



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE CARATINGA**  
**Programa de Pós-Graduação em Meio Ambiente e Sustentabilidade**  
**Mestrado Profissional**

**QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM  
INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA SUBMETIDO AO  
TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE NO MUNICÍPIO DE  
CARATINGA - MG**

**LEANDRO GOMES BARBIERI**

**CARATINGA**  
**Minas Gerais – Brasil**  
**Dezembro de 2007**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE CARATINGA**  
**Programa de Pós-Graduação em Meio Ambiente e Sustentabilidade**  
**Mestrado Profissional**

**QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM  
INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA SUBMETIDO AO  
TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE NO MUNICÍPIO DE  
CARATINGA - MG**

**LEANDRO GOMES BARBIERI**

Dissertação apresentada ao Centro  
Universitário de Caratinga, como parte  
das exigências do Programa de Pós-  
Graduação em Meio Ambiente e  
Sustentabilidade, para obtenção do título  
de *Magister Scientiae*.

**CARATINGA**  
**Minas Gerais – Brasil**  
**Dezembro de 2007**



**LEANDRO GOMES BARBIERI**

**QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM  
INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA SUBMETIDO AO  
TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE NO MUNICÍPIO DE  
CARATINGA - MG**

Dissertação apresentada ao Centro  
Universitário de Caratinga, como parte  
das exigências do Programa de Pós-  
Graduação em Meio Ambiente e  
Sustentabilidade, para obtenção do título  
de *Magister Scientiae*.

APROVADA:

---

Prof. Dr. Marcus Vinícius Mello Pinto  
(Orientador)

---

Prof. Dr. Marcos Alves Magalhães  
(Co-Orientador)

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Anke Bergmann

---

Prof. Dr. Hélio Ricardo dos Santos

A minha esposa Ana Paula  
Aos meus filhos João Victor (*in memoriam*) e Guilherme  
Aos meus pais

## **AGRADECIMENTO**

Agradeço primeiramente a Deus por nunca me abandonar.

Aos pacientes da Clirenal que demonstraram muita luta e coragem para enfrentar a vida e nunca desistirem dela. Pela paciência que tiveram ao responder ao questionário e desta forma possibilitarem este estudo.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Marcus Vinícius Mello Pinto, pela compreensão e paciência na construção do meu conhecimento e limitações teóricas – metodológicas, por me mostrar que o conhecimento se faz com o tempo. Pelo profissional dedicado a pesquisa.

Ao Prof. Dr. Marcos Alves de Magalhães, por me ajudar nesta caminhada.

Ao Centro Universitário de Caratinga (UNEC) pela oportunidade de realizar o curso de Pós-Graduação. Com os professores competentes que tem.

Aos funcionários da Clirenal pela disponibilidade, colaboração e compreensão no decorrer da pesquisa.

Aos meus familiares no todo por incentivarem mais esta conquista na minha vida.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Pacientes entrevistados por faixas quanto ao tempo de tratamento.....	34
Tabela 2. Escores das dimensões do SF – 36 para os pacientes com IRC submetidos ao tratamento de hemodiálise.....	35
Tabela 3: Comparação dos escores médios das dimensões do SF – 36 dos pacientes diabéticos e não diabéticos em tratamento de hemodiálise.....	37
Tabela 4: Escores médios das dimensões do SF – 36 para os pacientes com IRC submetidos ao tratamento de hemodiálise e artrite reumatóide no Brasil .....	38
Tabela 5. Comparação dos escores das dimensões do SF – 36 para os pacientes com IRC submetidos ao tratamento de hemodiálise com diabetes .....	40
Tabela 6: Comparação dos escores das dimensões do SF –36 para os pacientes com IRC em relação ao tempo de tratamento .....	48



## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Dimensões do SF – 36 em relação aos pacientes diabéticos e não diabéticos.....	39
FIGURA 2: Dimensões do SF – 36 em relação ao sexo dos pacientes.....	41
FIGURA 3: Capacidade funcional dos pacientes com insuficiência renal crônica, submetidos a tratamento de hemodiálise na Clirenal.....	43
FIGURA 4: Aspectos físicos dos pacientes com insuficiência renal crônica, submetidos a tratamento de hemodiálise na Clirenal. ....	43
FIGURA 5: Percepção da dor nos pacientes com insuficiência renal crônica, submetidos a tratamento de hemodiálise na Clirenal. ....	44
FIGURA 6: Estado geral de saúde dos pacientes com insuficiência renal crônica, submetidos a tratamento de hemodiálise na Clirenal, de acordo com o tratamento. ....	44
FIGURA 7: Vitalidade dos pacientes com insuficiência renal crônica, submetidos a tratamento de hemodiálise na Clirenal, de acordo com o tempo de tratamento. ....	45
FIGURA 8: Aspectos sociais dos pacientes com insuficiência renal crônica, submetidos a tratamento de hemodiálise na Clirenal, de acordo com o tempo de tratamento.....	46
FIGURA 9: Tempo de tratamento x aspectos emocionais.....	46
FIGURA 10: Tempo de tratamento x saúde mental.....	47

## LISTA DE ABREVIATURAS

- AE – Aspectos Emocionais
- AF – Aspectos Físicos
- AS – Aspectos Sociais
- CF – Capacidade Funcional
- DP – Desvio Padrão
- DM – Diabetes Melitus
- EGS – Estado Geral de Saúde
- NDM – Não Diabetes Melitus
- IRC – Insuficiência Renal Crônica
- IRCT – Insuficiência Renal Crônica Terminal
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- MHIQ – McMaster Health Index Questionnaire
- NHP – Nottingham Health Profile
- QV – Qualidade de Vida
- SF – 36 – Item Short Form Health Survey
- SIP – Sickness Impact Profile
- SM – Saúde Mental
- SUS – Sistema Único de Saúde
- VITA – Vitalidade
- WHOQOL – 100 – Avaliação de Vida da Organização Mundial da Saúde

## RESUMO

BARBIERI, LEANDRO GOMES. Centro Universitário de Caratinga, Dezembro de 2007. **Qualidade de vida dos pacientes com insuficiência renal crônica submetido ao tratamento de hemodiálise no município de Caratinga – MG.** Orientador: Professor D.Sc. Marcus Vinícius Mello Pinto. Co-orientador: Professor D.Sc. Marcos Alves Magalhães.

Atualmente, as doenças crônicas requerem tratamentos de custo elevado para o Sistema Único de Saúde (SUS), entre elas está a Insuficiência Renal Crônica (IRC), que é causada pela hipertensão arterial e a diabetes mellitus. Com o aumento do número de casos diagnosticados de IRC no Brasil, a doença renal é considerada pelo Ministério da Saúde como um problema de saúde pública, onde os números de pacientes aumentam mais do que o crescimento populacional brasileiro. O presente trabalho de pesquisa consiste em um estudo descritivo, do tipo transversal e inclui uma abordagem quantitativa com objetivo de avaliar a qualidade de vida dos pacientes com Insuficiência Renal Crônica, submetidos ao tratamento de hemodiálise no município de Caratinga - MG, correlacionando a qualidade de vida com o tempo de tratamento, sexo e diabetes mellitus. Participaram do estudo 103 pacientes que responderam ao questionário genérico de qualidade de vida MOS 36 Item Short-Form Health Survey (SF-36). Os dados coletados foram submetidos à análise estatística, observando-se prejuízo na qualidade de vida maior nos pacientes do sexo feminino, com diabetes mellitus e com maior

tempo de tratamento. Mesmo vivendo com uma doença que causa forte impacto na vida das pessoas, o presente estudo contribui para ampliar o entendimento sobre esse tema, principalmente para que profissionais de saúde que atuam ou pretendem atuar com pacientes portadores de insuficiência renal crônica, percebam a necessidade de avaliar a qualidade de vida destas pessoas. Para que possam promover transformações pertinentes com a realidade.

**Palavras-chave:** insuficiência renal crônica, hemodiálise, qualidade de vida.

## ABSTRACT

BARBIERI, LEANDRO GOMES. University Center of Caratinga, December, 2007. **Quality of life of patients with impaired renal chronic subjected to the treatment of hemodialysis in the city of Caratinga - MG.** Adviser: Marcus Vinícius Mello Pinto. Committee Member: Professor D.Sc Marcos Alves Magalhães.

In the current time of the Single Health System for the treatment of chronic diseases require high cost for the Union, States and Municipalities. Among them is Chronic Renal, which is caused by Arterial Hypertension and diabetic mellitus. With increasing population of Brazil in the last century, really noted that the renal disease is a public health problem, where the number of patients increases more than the Brazilian population growth. This research consisted of working in a descriptive study, the type transverse and included a quantitative approach. In order to evaluate the quality of life of people held treatment of Chronic Renal subjected to the treatment of hemodialysis in the city of Caratinga, MG, correlating the quality of life with time of treatment, gender and diabetes mellitus. They were surveyed 103 people held for hemodialysis treatment, through the questionnaire generic quality of life MOS 36 Item Short-Form Health Survey (SF-36). The data were subjected to statistical analysis where noted a loss in quality of life more in female patients with diabetic mellitus and more time in treatment. Even living with a disease that causes strong impact on the lives of people, the survey sought to provide subsidies to the

health professionals who serve or intends to act with patients with chronic renal failure, understand the need to assess the quality of life of these people. In order to promote change relevant with reality.

**Keywords:** Among them is chronic renal, hemodialysis, quality of life.

## CONTEÚDO

	<i>Página</i>
LISTA DE TABELAS .....	v
LISTA DE FIGURAS .....	vi
LISTA DE ABREVIATURAS .....	vii
RESUMO .....	viii
ABSTRACT .....	x
1. INTRODUÇÃO .....	12
2. OBJETIVOS .....	15
2.1. Objetivo Geral.....	15
2.2. Objetivos Específicos .....	15
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3.1. Breve histórico da insuficiência renal e hemodiálise .....	16
3.2. Qualidade de Vida .....	19
3.2.1. A importância do instrumento para medir qualidade de vida .....	21
3.3. Qualidade Vida e Hemodiálise .....	24
4. MATERIAL E MÉTODOS.....	29
4.1. Delineamento .....	29
4.2. Amostra .....	29
4.3. Critérios de Inclusão.....	29
4.4. Critérios de Exclusão.....	30
4.5. Local da Pesquisa .....	30
4.6. Coleta de dados .....	31
4.7. Qualidade de Vida .....	31
4.8. Aspectos éticos .....	32

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	33
5.1. Qualidade de vida: questionário SF - 36 .....	34
5.2. Qualidade de vida dos pacientes em relação ao tempo de tratamento na hemodiálise .....	34
5.2.1. Qualidade de vida dos pacientes com diabetes melitus com IRC em tratamento de hemodiálise.....	36
5.2.2. Dimensões do SF – 36 para os pacientes com IRC submetidos ao tratamento de hemodiálise com diabetes .....	39
5.3. Qualidade de vida dos pacientes com insuficiência Renal Crônica em tratamento de hemodiálise quanto ao sexo.....	41
5.4. Relação ao tempo de tratamento dos pacientes com IRC que realizam tratamento de hemodiálise em relação às dimensões do questionário SF –36 .....	42
5.5. Limitações e implicações deste estudo .....	49
6. CONCLUSÃO .....	50
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
ANEXOS .....	57



## 1 INTRODUÇÃO

O tratamento para pacientes com Insuficiência Renal Crônica (IRC) está tradicionalmente direcionado para aumentar as possibilidades de sobrevida, bem como melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Os tratamentos utilizados têm efeitos secundários importantes na qualidade de vida desses pacientes. Deste modo, tem-se observado, nos últimos anos, um crescente interesse em investigar a qualidade de vida de pacientes submetidos a tratamento de IRC, assim como o desenvolvimento de testes para medir a relação entre saúde e qualidade de vida.

“O aumento da incidência das doenças crônicas entre a população é um fato conhecido e tem suscitado muitas discussões sobre a questão” (SILVA *et al.*, 2002). O cuidado à saúde das pessoas com essas doenças tem sido um grande problema na área de saúde, abrangendo várias dimensões e representando um desafio a ser superado no dia-a-dia, por aqueles que têm a doença como por seus companheiros e cuidadores.

De acordo COHEN (1996): “Quando a diálise tornou-se disponível, a preocupação era quase exclusivamente o prolongamento da sobrevida, mas atualmente as atenções têm sido centradas também na qualidade dessa sobrevida”. Tudo em decorrência da constante evolução da medicina, que busca incessantemente o aprimoramento das técnicas para os tratamentos das doenças e desta forma nos últimos anos tem um avanço tecnológico para aumento da vida e conseqüentemente uma maior sobrevida. “Esses pacientes, que dependem de tecnologia avançada para sobreviver, apresentam limitações no seu cotidiano e vivenciam inúmeras perdas e mudanças biopsicossociais que interferem na sua qualidade de vida” (MARTINS & CESARINO, 2005).

Os avanços tecnológicos permitiram uma melhor assistência às pessoas com IRC, promovendo resultados clínicos evidentes ao tratamento, possibilitando um controle mais efetivo do paciente, resultante do desenvolvimento dos medicamentos e do uso de equipamentos sofisticados, como é o caso da hemodiálise. O Brasil tem acompanhado gradativamente este desenvolvimento, disponibilizando tecnologias mundialmente conhecidas e passou a ser mais rigorosa a partir da Portaria do Ministério da Saúde nº 82 de 3 de janeiro de 2000 que estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos serviços de diálise e as normas para cadastramento destes junto ao Sistema Único de Saúde. Buscando melhorar a assistência aos portadores de doenças renais e de IRC, e organizar redes assistenciais que, incluindo os serviços de diálise, foi publicada a Portaria do Ministério da Saúde Nº 1.654, de 17 de setembro de 2002 para regulamentação e dos centros de referências em diálise. Em 2004 através da Portaria nº 1168/GM do Ministério da Saúde publicada em 15 de junho de 2004(anexo 01) institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

As doenças crônicas têm recebido maior atenção dos profissionais de saúde nas últimas décadas. Conforme MARTINS & CESARINO (2005): “Isso se deve ao importante papel desempenhado na morbimortalidade da população mundial, não sendo apenas privilégio da população mais idosa, já que também as doenças crônicas atingem os jovens em idade produtiva”.

“Com a concepção de que o processo saúde-doença ultrapassa o aspecto biológico e envolve todo o contexto social, político e cultural do indivíduo, incluindo sua família...” (Carreira & Marcon, 2003).

Os indivíduos portadores de IRC, submetidos a tratamento dialítico, passam a perceber, de forma mais clara, aspectos importantes das suas condições de vida e constataam a amplitude das questões direta ou indiretamente vinculadas à manutenção da qualidade de vida. Em sua pesquisa realizada com idosos portadores de IRC. SOUZA *et al.* (2005) afirmam que: “A Proposta da terapia renal substitutiva nos idosos fundamenta-se na melhoria da qualidade de vida (QV), resgatando-lhes o bem-estar físico e a capacidade cognitiva, além de mantê-los inseridos no contexto social”.

Fundamentados nestas concepções de que é possível ter a qualidade de vida mesmo tendo uma doença crônica, mesmo sabendo que estes parâmetros têm sido utilizados para analisar o impacto das doenças crônicas no cotidiano das pessoas. “A relevância dos indicadores de QV é fundamental não só por ser um aspecto básico de saúde, como também porque permite mostrar a relação existente entre a QV, a morbidade e a mortalidade” (MACHADO, 2001).

Portanto a qualidade de vida de uma pessoa com diagnóstico clínico de IRC e que vai ter que fazer hemodiálise geralmente é comprometida pelo impacto de saber que tem uma doença incurável. Dependendo da idade ficará a sua vida presa a um tratamento longo e de resultados incertos, com limitações físicas, diminuições da sua vida social. Com a certeza de que a sua “experiência da hemodiálise é única: duas ou três vezes por semana a pessoa torna-se um paciente com a vida dependente da máquina de diálise e da equipe médica” (ALMEIDA & MELEIRO, 2000 apud LEVY, 1993).

As pesquisas sobre qualidade de vida com pacientes portadores de IRC têm ganhado importância, conforme MARTINS & CESARINO (2005): “Considerando a contribuição que estudos sobre QV, atividades cotidianas das pessoas com IRC”. Buscou-se com esta pesquisa ser mais um instrumento para compreensão do impacto que o tratamento de hemodiálise dá a qualidades de vida de seus pacientes.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Avaliar a qualidade de vida em pacientes com Insuficiência Renal Crônica que realizam tratamento de Hemodiálise na Clirenal Ltda, estabelecimento de saúde localizado na cidade de Caratinga – Minas Gerais.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- a) Estudar a relação de variáveis de qualidade de vida em pacientes com IRC.
- b) Correlacionar qualidade de vida com o tempo de tratamento em hemodiálise.
- c) Correlacionar qualidade de vida dos pacientes com IRC e sexo.
- d) Correlacionar qualidade de vida dos pacientes com IRC e Diabetes Melitus.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Breve histórico da insuficiência renal e hemodiálise**

A busca pelo conhecimento nefrológico inicia-se pelo desenvolvimento das pesquisas a respeito das bases anatômicas do aparelho urinário, seguido de estudos dos aspectos anatomofuncionais e, posteriormente dos aspectos funcional e celular. De acordo com SILVA (1993): “O primeiro a apontar a participação do rim na formação da urina foi Galeno, ao descrever os ureteres como transportadores da urina e a bexiga como órgão armazenador”.

Durante o período que compreende o século XVII até o século XIX é que se realizou estudos mais profundos sobre o sistema urinário. No ano de 1885, Claude Barnard descreveu o meio interno, caracterizando-o como elemento essencial da interação biológica em contraposição ao meio externo destacando a importância do rim como órgão responsável pela regulação do equilíbrio eletrolítico, hidrogeniônico e clareador de catabólitos. “Claude Barnard deduziu que a capacidade física e mental do ser humano seria decorrente da competência renal em contrariar o meio externo, pela mobilização de seus mecanismos reguladores e protetores da integridade biológica” (SILVA, 1993).

Mas foi durante a 2ª grande guerra que a insuficiência renal causou interesse na comunidade científica. Conforme MACHADO (2001):

“Com o aumento da insuficiência renal aguda somando ao crescimento do número de transfusões sanguíneas e com a

ausência de drogas farmacêuticas hipotensoras e diuréticas, a idéia de se retirar uréia e água dos doentes que passavam de 15 a 18 dias em anúria, fortaleceu-se na sociedade científica. Em 1944 foi criado um rim artificial por Willen Kolf, na Holanda”.

Segundo Rocha (1993) as primeiras hemodiálises foram realizadas no Brasil com finalidades terapêuticas para insuficiência renal aguda. Esse autor relata que “no final de 1962 e início de 1963, tanto a diálise peritoneal quanto à hemodiálise passaram a ser utilizadas como modalidades terapêuticas de intervenção na IRC”. Os centros de diálise de todo o país, desde o seu início, foram subsidiados pelo governo federal através dos sistemas previdenciário nacional (INAMPS). Atualmente, os repasses do Governo Federal são feitos por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

No início dos anos 60, MOCELIN (1993) descreve: “as máquinas em sua tecnologia dominavam as salas de diálise, ocupando-as por seu tamanho e barulho e, os doentes se a sorte permitissem que fossem triados, enfrentavam uma maratona de 12h de diálise, três vezes por semana”. Atualmente, “o processo de hemodiálise pode levar à remoção de 1 a 4 litros de fluido no período médio de 4 horas e, dependendo do paciente e da eficiência da diálise” (KAMIMURA *et al.*, 2004).

Com bases nestes dados podemos afirmar que um dos mais importantes avanços da medicina no século passado foi o aprimoramento da assistência dialítica aos pacientes com IRC, Para ANTONIAZZI *et al.* (2002): “Um dos mais importantes avanços médicos observados nas décadas passadas diz respeito ao aprimoramento da assistência dialítica oferecida a pacientes com IRC”. Culminou progressivamente em um acréscimo de pacientes submetidos aos procedimentos de diálise.

De acordo com VIEIRA (2005), o aprimoramento da assistência dialítica aos pacientes tem propiciado um aumento na expectativa de vida dos pacientes com doença renal terminal.

Salienta-se que para esta patologia a hemodiálise não é o único método utilizado para o tratamento. Podendo ser empregado também: diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC), diálise peritoneal automatizada (DPA), diálise peritoneal intermitente (DPI) e o transplante renal (TX). De acordo com MACHADO (2001):

“É importante salientar que, embora o transplante renal seja considerado uma opção terapêutica, a complexidade da legislação vigente associada à captação reduzida de órgãos diminui com significância sua possibilidade de concretização como alternativa terapêutica.”

Para melhor entendimento da situação do tratamento dialítico, alguns dados são necessários:

“Em 1983, o Brasil contava com 6.663 doentes em tratamento dialítico e destes, 63,9% tinham mais de 55anos de idade” (BORRERO, 1988)

“No ano de 1987, o Brasil possuía uma população de aproximadamente 135,6 milhões de habitantes e 10.600 doentes em tratamento dialítico” (BORRERO, 1988)

“Apenas na grande são Paulo no ano de 1991. 79% dos doentes com insuficiência renal crônica estavam em tratamento hemodialitico, isto representa 2.272 doentes.” (SESSO *et al.*, 1994)

SESSO *et al.* (1996) em outro estudo demonstra que, em 1991, 1.582 doentes com insuficiência renal crônica terminal iniciaram tratamento dialítico, porém este mesmo estudo revelou que 545 dos doentes morreram, sem ter recebido tratamento dialítico.

Correlacionando estes dados com o censo realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), 2006, informa que no ano 2000 no Brasil 42.695 pessoas que realizavam tratamento Dialítico. Cinco anos depois o número de pacientes em 2005 era de 65.121 pacientes em tratamento, sendo um acréscimo de aproximadamente 52%. Em 2006, o número de pacientes ultrapassou 70mil pessoas. Em igual período os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico – IBGE (2004), informa que o crescimento populacional do Brasil foi de aproximadamente 11% de habitantes nos últimos cinco anos.

A IRC pode ocorrer em alguma fase da vida da maioria das pessoas, onde em geral é de uma vida longa e saudável. De acordo com BURY (1997): “O surgimento da doença rompe a estrutura cultural e social do individuo, expondo-o a ameaças para sua auto-identidade”. Buscando entender que a IRC se torna inseparável da historia de vida do paciente, pois o mesmo estará convivendo com uma doença incurável que o obrigará a uma vida com restrições. LIMA & GUALDA (2001) ressaltam que “a hemodiálise, apesar de possibilitar a melhora da condição física e a redução dos sintomas, não

proporciona ao individuo a cura da doença que ocasionou a perda da função renal, que segue a sua evolução natural”.

### 3.2 Qualidade de Vida

Qualidade de vida é uma medida de desfecho que tem sido entusiasticamente utilizada por clínicos, pesquisadores, economistas, administradores e políticos; não é um conceito novo, mas tem crescido a sua importância por uma série de razões. Com os avanços tecnológicos na área de saúde têm aumentado as possibilidades de influenciar a qualidade de vida para melhor ou pior.

MEYER *et al.* (1994) utilizou, no Canadá, em um estudo longitudinal e sugeriram que os escores de qualidade de vida podem ser usados para avaliar a resposta dos pacientes a mudanças na terapia;

Em sua pesquisa na Holanda, MERKUS *et al.* (1997), aferiram a qualidade de vida de pacientes com IRC, três meses após o início da diálise e compararam com a população sadia. Correlacionando os resultados obtidos para cada dimensão com a idade, nível de hemoglobina e nível de albumina;

DIAZ-BUXO *et al.* (2000) fez um estudo transversal, comparando a qualidade de vida dos pacientes com IRC que se submetiam ao tratamento de hemodiálise e a diálise peritoneal, nos Estados Unidos.

No Brasil, CICONELLI *et al.* (1997) realizaram a validação e adaptação cultural do SF-36, aplicando o questionário em pacientes com artrite reumatóide da Unifesp. NETO *et al.* (2000) utilizando o mesmo instrumento, avaliaram a qualidade de vida de pacientes com IRC (IRC), em oito unidades de diálise da grande São Paulo. Segundo os critérios educacionais vigentes no Brasil.

De acordo com CARR *et al.* (1996):

“O termo qualidade de vida originou-se nos EUA, no período pós-guerra, para descrever o efeito da afluência material, evidenciada por posse de carros, casas e outros bem de consumo, e, subsequentemente, incorporando educação, saúde, bem-estar, crescimento econômico, industrial e defesa da liberdade.”



Neste contexto o grupo de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) 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.* 2000).

Apesar da definição de qualidade de vida adotada pela OMS ainda não existe um consenso sobre o que constitui qualidade de vida. FLANAGAN (1982) define: “qualidade de vida engloba desde o estado de saúde, assim como uma variedade de domínios, como meio ambiente, recursos econômicos, relacionamentos, tempo para trabalho e lazer”

Os pacientes com doenças crônicas “associam qualidade de vida a relacionamentos positivos, atividades de recreação, senso de segurança e sentido da vida, além de relacionarem qualidade de vida à habilidade de cuidar de si próprios e a independência funcional” (BURCKHARDT *et al.*, 1989). Neste contexto observa-se a definição de saúde existente no Dicionário Médico Enciclopédico (2000):

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) consiste no “estado de bem-estar físico, mental ou social completo e não mera ausência de doença ou enfermidade.” A avaliação da qualidade de vida nos pacientes que realizam hemodiálise “pode possibilitar o conhecimento do impacto da doença e/ou do tratamento em dimensões que incluem, mas ultrapassam, a questão biológica” (VELOSO, 2001)

Os instrumentos que avaliam qualidade de vida têm várias utilidades. De acordo com objetivos podem ser usados em pesquisa populacional ou como rastreamento para identificar as necessidades de saúde da população. “Eles facilitam a comparação dos estados de saúde de diferentes grupos de pacientes tratados; informações podem ser usadas para alocação de recursos e na decisão sobre as prioridades em assistir determinados setores” (NETO, 2001).

MEYER *et al.* (1994) utilizou, no Canadá, em um estudo longitudinal e sugeriram que os escores de qualidade de vida podem ser usados para avaliar a resposta dos pacientes a mudanças na terapia;

Em sua pesquisa na Holanda, MERKUS *et al.* (1997), aferiram a qualidade de vida de pacientes com IRC, três meses após o início da diálise e

compararam com a população sadia. Correlacionando os resultados obtidos para cada dimensão com a idade, nível de hemoglobina e nível de albumina;

DIAZ-BUXO *et al.* (2000) fez um estudo transversal, comparando a qualidade de vida dos pacientes com IRC que se submetiam ao tratamento de hemodiálise e a diálise peritoneal, nos Estados Unidos.

No Brasil, CICONELLI *et al.* (1997) realizaram a validação e adaptação cultural do SF-36, aplicando o questionário em pacientes com artrite reumatóide da Unifesp. NETO *et al.* (2000) utilizando o mesmo instrumento, avaliaram a qualidade de vida de pacientes com IRC (IRC), em oito unidades de diálise da grande São Paulo. Segundo os critérios educacionais vigentes no Brasil.

### 3.2.1 *A importância do instrumento para medir qualidade de vida*

Existem diversos instrumentos para medir qualidade de vida divididos em dois grupos: genéricos e específicos. Os instrumentos genéricos são desenvolvidos com a finalidade de refletir o impacto de uma doença sobre a vida de pacientes em uma ampla variedade de populações. “podendo ser subdivididos em dois modos de avaliação: perfil de saúde e medidas de “utility” (NETO, 2001)

Os instrumentos relacionados ao perfil de saúde permitem uma ampla avaliação de diferentes aspectos da qualidade de vida do paciente. De acordo com GUYATT (1995) “podem ser utilizados em qualquer população”, entretanto, “não são sensíveis para detectar determinados aspectos particulares ou específicos da qualidade de vida de pacientes com uma determinada enfermidade”.

A criação deste instrumento foi baseada numa revisão de diversos instrumentos já existentes na literatura, nos últimos 20 anos, que avaliaram alterações e limitações em várias dimensões como capacidade funcional, aspectos sociais, saúde mental e percepção geral de saúde. Para os autores, a maior dificuldade no desenvolvimento do SF-36 foi a seleção dos 8 conceitos de saúde entre mais de 40 conceitos e escalas analisadas pelos estudos de

avaliação de saúde (MÓS). Alguns conceitos foram seriamente considerados, mas não escolhidos, como função sexual e adequação ao sono (NETO, 2001).

O SF-36 é um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou componente: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens) , aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás. Avalia tanto os aspectos negativos da saúde (doença ou enfermidade), como os aspectos positivos (bem-estar) (WARE, GANDEK, IQOLA Project Group, 1994).

A escala de avaliação da capacidade funcional foi adaptada sem modificações da escala de função física dos estudos de avaliação de saúde (MÓS). Esta escala avalia tanto a presença como a extensão das limitações relacionadas à capacidade física, com três níveis de resposta (muita limitação, pouca limitação, m limitação).

As escalas de avaliação relacionadas aos aspectos físicos e emocionais foram baseadas nas escalas do SF-20, Entretanto, no SF-36 são abordadas não somente as limitações no tipo e quantidade de trabalho, da forma proposta no SF-20, como também o quanto estas limitações dificultam a realização do trabalho e de atividades de vida diária do paciente.

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.

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 (WARE *et al*, 1986).

A escala de avaliação de vitalidade foi composta por quatro itens que consideram tanto o nível de energia , como o de fadiga e foram derivadas do questionário de avaliação de saúde mental, *Mental Health Inventor/ (MHI)*,

Ao contrário das escalas de saúde física e mental que se relacionam somente com o próprio indivíduo, a escala de avaliação dos aspectos sociais tenta analisar a integração do indivíduo em atividades sociais. O questionário

SF-20 possui somente 1 questão de avaliação do componente social e a esta foi acrescentada um outro item. A grande maioria dos questionários que avalia os aspectos sociais geralmente questionam a frequência ou participação do indivíduo em diferentes atividades (DONALD & WARE, 1984), no entanto, não avaliam se sua participação nas atividades sociais foi afetada devido a seus problemas de saúde, por isso, a grande variação até então relatadas nas escalas sociais podem não estar relacionadas à saúde do indivíduo (NETO, 2001). Os dois itens de avaliação do componente aspectos sociais do SF-36 definem diferentes níveis de atividade social e por isso alcançam um maior nível de precisão (NETO, 2001),

Os cinco itens de avaliação do componente saúde mental são os mesmos usados no SF-20, modificados apenas na sua forma de apresentação. Estes cinco itens foram escolhidos já que sumarizam, de melhor forma, o questionário de avaliação de saúde mental de 38 itens (MHI-38). Incluem uma ou mais questão sobre as 4 principais dimensões de avaliação de saúde mental, que são ansiedade, depressão, alterações do comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico (NETO, 2001).

O SF-36 inclui ainda um item de avaliação das alterações de saúde ocorridas no período de um ano e que embora não seja usado para pontuar nenhuma das oito dimensões anteriores, é de suma importância para o conhecimento da doença do paciente.

Medidas de “utility” são derivadas de teorias econômicas e de análise de decisão. Reflete a preferência dos pacientes por um determinado estado de saúde, tratamento ou intervenção. Como elementos chave das medidas chave das medidas de “utility” são a incorporação de medidas de prioridade do paciente relacionada à saúde e a morte. “A aceitabilidade, reprodutibilidade e validade destas medidas têm sido documentadas em vários grupos de pacientes” (GUYATT, 1995).

De acordo com NETO (2001) “os instrumentos são capazes de avaliar, de forma específica determinados aspectos da qualidade de vida, proporcionando uma maior capacidade de detecção de melhora ou piora do estudo”. Desta forma qualquer instrumento utilizado na medida de qualidade de vida deve apresentar características básicas de reprodutibilidade, validade e sensibilidade.

A reprodutibilidade é a medida de consistência dos resultados, quando o questionário é respeitado em tempos diferentes ou por observadores diferentes, levando a resultados similares. Para que isto seja possível o instrumento é testado em duas ou mais ocasiões e os investigadores usam da análise de variância para estimar a reprodutibilidade (NETO, 2000).

A validade de um instrumento é a propriedade do mesmo de medir o que realmente se pretende medir. Os principais tipos de validade que devem ser considerados na seleção ou construção de uma medida de qualidade de vida são: validade de conteúdo, é a relevância dos itens do questionário, incluindo compreensão e ausência de ambigüidade da escala; validade de critério, é a correlação da escala com outras medidas da doença consideradas como “padrão –ouro”; e validade de construção, consiste em ver se existem associações com outras variáveis (NETO, 2000).

Pode ser considerada a sensibilidade como a habilidades da escala de registrar alterações devido a um tratamento ou mudanças associadas à própria história natural da doença. “Essa propriedade é mais importante quando o propósito da medida é avaliativo, sendo de pouca relevância para instrumento do tipo discriminativos ou preditivos” (NETO, 2001).

### **3.3 Qualidade Vida e Hemodiálise**

“A IRC causa um forte impacto na vida das pessoas, modificando-a no que diz respeito à condição física, ao cotidiano, ao trabalho, à alimentação e também aos valores que orientam as pessoas no seu processo de viver” (SILVA *et al.*, 2002) Essa perspectiva evidencia que o paciente ao ser diagnosticado como portador de IRC, como sendo o estagio inicial da perda progressiva da função renal e a sua estará ligada a uma máquina de diálise. Conforme SESSO *et al.* (1987): “Pacientes com insuficiência renal crônica terminal (IRCT) têm tido sobrevida consideravelmente prolongada através de diálise e transplante renal”.

Com o passar dos anos observou o rápido crescimento da população que estavam submetidos ao tratamento de hemodiálise, conforme MARTINS & CESARINO (2005) constataram em sua pesquisa: “que a doença renal é

problema de saúde pública, onde os números de pacientes aumentam mais do que o crescimento populacional brasileiro”.

Segundo LUKE (2001) a IRC é definida como:

“uma doença progressiva, caracterizada por uma crescente incapacidade do rim em manter níveis baixos normais dos produtos do metabolismo das proteínas (como a uréia) e valores normais de pressão arterial (PA) e hematócrito, bem como o equilíbrio do sódio, da água, do potássio e o equilíbrio ácido – básico”

Na fase inicial os pacientes são, em geral, assintomáticos e somente apresentam alterações quando realizam exames de rastreamento. Com o passar do tempo aparecem os sintomas, que podem ser observados nos sistemas cardiovasculares, pulmonares, gastrintestinal, nervoso, hematológico, musculoesquelético, endócrino, dermatológico e imune. “Um paciente é classificado como tendo IRC quando necessita de terapia renal substitutiva (diálise e transplante renal), devido à gravidade dos sintomas urêmicos ou para manutenção da vida” (EDGEELL *et al.*, 1996).

A diálise pode ser realizada tanto para os pacientes com Insuficiência renal aguda quanto crônica. Podem ser feitos os tipos (Quadro 1): hemodiálise ou a diálise peritoneal. “A hemodiálise é tida como mais eficiente enquanto a diálise peritoneal é considerada de uso mais simples” (CURTIS, 2001).

Quadro 1. Tipos de diálise na prática Clínica

<b>Hemodiálise</b>	<b>Diálise Peritoneal</b>	
Aguda crônica	Aguda crônica	} Duas principais formas de diálise em uso clínico
Domiciliar	Diálise peritoneal ambulatorial crônica – DPAC	
No centro para hospital particular	Diálise peritoneal cíclica crônica – DPCC Diálise peritoneal intermitente – DPI	} Diferentes subgrupos de hemodiálise e de diálise peritoneal
Eficiente por mais tempo	Mais fisiológica – menos altos e baixos na depuração	
Maior experiência clínica a longo prazo e acompanhamento	Procedimento simples de aprender	} Vantagens

Fonte: CURTIS (2001).

Segundo a pesquisa realizada por CUNHA et al. (2007): “Uma das doenças crônicas que requerem tratamento de alto custo do Sistema Único de Saúde – SUS é a insuficiência renal crônica, que é causada principalmente pela hipertensão arterial e a diabetes mellitus”. Dentre as patologias (Quadro 2) que levam o paciente a uma Insuficiência Renal Crônica pode – se destacar a Diabetes Melito.

Quadro 2. Causas mais comuns de doença renal de estágio terminal (DRET)

<b>Causa</b>	<b>Porcentagem do total de pacientes com DRET</b>
Diabetes melito	41
Hipertensão	28
Glomerulonefrite	11
Doença policística do rim	3
Outras/desconhecidas	18

Fonte: GUYTON & HALL (2002).

Pois conforme PARIS (2005):

“O diabetes melito é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia resultante de defeitos da secreção insulínica, da ação insulínica, ou de ambos. Esta hiperglicemia crônica é relacionada a longo tempo com alterações no metabolismo dos carboidratos, lípidos e proteínas; causando danos principalmente nos olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos.”

“Nos pacientes com doenças renal progressiva, os nefrologistas recomendam iniciar a terapia dialítica conforme a evolução dos sintomas subjetivos, sinais e dados laborais”. É inapropriado esperar até o paciente tornar-se moribundo ou gravemente doente para iniciar a terapia. As indicações usuais para iniciar a terapia dialítica incluem encefalopatia urêmica, serosite urêmica (pericardite ou pleurite), neuropatia ou alteração do sensorio, hipervolemia grave e não tratável com resinas de trocas iônica, e grave acidose metabólica (pH < 7,2), não controlada com terapia alcalina (HAKIM & LAZARUS, 1995).

O clearance de creatinina, níveis de uréia e creatinina sérica têm sido utilizados para admissão de pacientes para tratamento dialítico crônico. “Geralmente, aceitam-se, para o programa de diálise, pacientes com clearance de creatinina menor que  $10 \text{ ml min}^{-1} 1,73\text{m}^2$ , para pacientes em geral, e menor que  $15 \text{ ml min}^{-1} 1,73\text{m}^2$ , para pacientes diabéticos” (NETO, 2001).



Com isso, “a complexidade e a extensão dos problemas inerentes à vivência da cronicidade da doença têm incentivado estudos que analisam o impacto desta condição na qualidade de vida dos referidos doentes” (MARTINS *et al.*, 1996). Desta forma as medidas de qualidade de vida em portadores de IRC tem sido alvo de estudos nos últimos anos. Possibilitando a comparação dos tratamentos aplicados a estes pacientes, conforme CASTRO *et al.* (2003): “possibilitou a comparação de tratamentos complexos, permitindo a definição de estratégias na área de saúde, com controle da efetividade e manutenção da qualidade de vida dos pacientes.”

O conceito de qualidade de vida é complexo e impregnado de aspectos subjetivos, não pode apenas ser identificado nas situações como a simples presença de saúde ou ausência de doença. Diante da importância de se estudar a qualidade de vida de pacientes com IRC, foi proposto a realização deste estudo com a utilização do questionário SF –36 para melhor compreensão da qualidade de vida dos portadores de IRC que se submetem ao tratamento de hemodiálise no município de Caratinga.

## **4 MATERIAL E MÉTODOS**

### **4.1 Delineamento**

O presente trabalho de pesquisa consiste de um estudo descritivo, do tipo transversal e terá uma abordagem quantitativa, explorando as variáveis sexo, diabetes melitus e tempo de tratamento dos pacientes.

### **4.2 Amostra**

Foram entrevistados os pacientes com IRC e que realizavam tratamento de hemodiálise na Clirenal LTDA – Hemodiálise localizada no município de Caratinga, estado de Minas Gerais, que é prestadora de serviços pelo Sistema Único de saúde (SUS). A amostra atendida no período entre junho e julho de 2007 em que se realizou a pesquisa era de 156 pacientes. Cujas origens dos mesmos são 13 municípios vizinhos da microrregião de Caratinga e do próprio município.

### **4.3 Critérios de Inclusão**

Para a participação da pesquisa os pacientes deveriam preencher os seguintes critérios de inclusão:

1. Que tenham Insuficiência Renal Crônica e estejam em tratamento de hemodiálise na Clirenal;

2. Com idade igual ou superior a 18 anos, pois esse limite de idade dispensa autorização de terceiros para que o paciente participe da pesquisa;
3. Sem déficit cognitivo; e
4. Que assinassem o termo de consentimento informado para participar do estudo.

#### **4.4 Critérios de Exclusão**

Os pacientes que apresentaram os seguintes critérios, foram excluídos da pesquisa:

1. Pacientes que apresentarem déficit mental;
2. Idade menor de 18 anos; e
3. Os que não quiserem assinar o termo de consentimento.

Sendo que desta forma foram eliminados todos os paciente que se adequarem aos critérios de exclusão.

#### **4.5 Local da Pesquisa**

Este estudo foi desenvolvido com os pacientes que tinham o diagnóstico de Insuficiência renal crônica e realizavam tratamento de hemodiálise em uma clínica prestadora de serviços ao SUS, localizada no município de Caratinga, nos meses de junho e julho de 2007. Após o consentimento formal da direção clínica da Clirenal Ltda (Anexos II e III) e que preencheram os critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa.

O município de CARATINGA está inserido na região VIII denominada Rio Doce e na microrregião homogênea da Mata de Caratinga, na porção leste mineira. Segundo dados do IBGE (2007) o município tem uma população de 81.731 habitantes. Tem como municípios limítrofes: Raul Soares, Inhapim, Imbé de Minas, Ipatinga, Ipaba, Ubaporanga, Piedade de Caratinga, Santana do Paraíso, Timóteo, Bom Jesus do Galho, Entre Folhas, Vargem Alegre, Santa Rita de Minas, Santa Bárbara do Leste, Simonésia e Ipanema.

A força da economia do município apóia-se na produção do café e da hortifruticultura. Com um parque cafeeiro de 66 milhões de covas plantadas em uma área de mais de 32 mil hectares, a cafeicultura regional envolve cerca de

8 mil empregos diretos e 35 mil indiretos. À distância do município a capital do estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, é de 340 Km.

A Clirenal conta com uma equipe composta de 3 médicos nefrologistas, 4 enfermeiros, 16 técnicos de enfermagem, 2 assistentes sociais e uma nutricionista. Conta ainda com dois funcionários administrativo para realizar as atividades burocráticas.

À parte de nefrologia conta com uma sala dividida em 7 box e outra sala em separado para realizar diálise nos pacientes com hepatite. Sendo que em cada box tem 4 máquinas dialisadoras, um hall de entrada, uma sala de emergência; dois quartos com dois leitos cada para repouso e/ou espera dos doentes que não estejam em condições clínicas de deambulação com um banheiro adjunto; um consultório médico, um consultório de enfermagem e uma cozinha.

#### **4.6 Coleta de dados**

Todos os pacientes com diagnóstico de IRC que realizavam tratamento de hemodiálise na Clirenal e que preenchiam os critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa.

Os pacientes foram entrevistados durante as sessões de hemodiálise, desde que o procedimento estivesse estável. Esses pacientes foram abordados pelo entrevistador que realizava, individualmente, uma apresentação da pesquisa e antes de aplicar o questionário SF – 36 (Anexo IV), o entrevistado assinou o termo de consentimento (Anexo V). Todos os entrevistados foram informados a importância de sua participação neste estudo e a sua liberdade de, a qualquer momento, desistir de ser entrevistado, se fosse o caso. Foi utilizada uma entrevista semi-estruturada para caracterizar os pacientes quanto: sexo, tempo de tratamento de hemodiálise e a presença de diabetes melitus em uma ficha de avaliação (Anexo VI). Depois estes dados foram conferidos com o prontuário do paciente.

#### **4.7 Qualidade de Vida**

Para a realização da pesquisa foi escolhido o questionário genérico de qualidade de vida SF – 36 por se tratar de um instrumento de fácil

administração e compreensão. Como podemos constatar o questionário SF – 36 está sendo utilizado em diversos países para medir a qualidade de vida nos pacientes com IRC:

O questionário SF – 36 é composto de 36 itens, divididos em oito dimensões (Anexo IV):

1. capacidade funcional (10 itens),
2. aspectos físicos (4 itens),
3. dor (2 itens),
4. estado geral de saúde (5 itens),
5. vitalidade (4 itens),
6. aspectos sociais (2 itens),
7. aspectos emocionais (3 itens),
8. saúde mental (5 itens),
9. e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás. Avalia tanto os aspectos negativos da saúde (doença ou enfermidade), como os aspectos positivos (bem-estar).

Para a avaliação resultados obtidos com o questionário SF -36 é atribuído um valor a cada questão, o qual, posteriormente, é transformado num escore de 0 a 100, onde zero corresponde a um pior estado de saúde, e 100 a um melhor, sendo analisada cada dimensão em separado (Anexos VII e VIII). Não existe um único valor que resuma toda a avaliação, e que corresponda a um estado geral de saúde melhor ou pior.

#### **4.8 Aspectos éticos**

Esse estudo foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Caratinga (UNEC), tendo os voluntários sido informados do teor deste e de seus objetivos, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 156 pacientes que realizam tratamento de hemodiálise no município de Caratinga, 103 foram estudados (66,02%). 53 pacientes não (33,98%) foram excluídos da pesquisa, sendo distribuídos pelos seguintes critérios de exclusão: 6 apresentaram déficit mental; 2 eram menores de idade na época da entrevista; 10 foram excluídos por apresentarem instabilidade clínica e, conseqüentemente, déficit cognitivo; 35 optaram por não participar e/ou não quiseram assinar o termo de responsabilidade.

Em média o tempo utilizado para realizar a entrevista foi de 25 minutos, ocorrendo sem muita dificuldade para o paciente entender as questões.

Dos 103 pacientes que realizaram a pesquisa, 55 (53,4%) eram do sexo masculino, 24,3% dos pacientes eram diabéticos.

De acordo com os pacientes entrevistados, o tempo de tratamento na hemodiálise, distribuído por faixas está descrito na Tabela 1.

TABELA 1: Pacientes entrevistados por faixas quanto ao tempo de tratamento

Período (meses)	%
1 – 37	37,9
38 – 74	19,4
75 – 111	12,6
112 – 148	19,4
149 – 185	7,8
> 186	2,9
Total	100,0

O tempo médio de tratamento dos pacientes durante o período da entrevista era de  $72,3 \pm 54,3$  meses. O paciente com menor tempo de tratamento tinha 1 mês e o maior 218 meses.

### **5.1 Qualidade de vida: questionário SF - 36**

A utilização do questionário SF – 36 para pacientes com IRC é cada vez mais comum. Embora o delineamento, os critérios de seleção dos pacientes e as características das amostras destes estudos não permitam comparações mais precisa entre eles.

A utilização do questionário SF – 36 para pacientes com IRC é cada vez mais comum. Embora no delineamento, os critérios de seleção dos pacientes e as características das amostras destes estudos não permitam comparações mais precisa entre eles.

### **5.2 Qualidade de vida dos pacientes em relação ao tempo de tratamento na hemodiálise**

A Tabela 2 apresenta os escores das dimensões do questionário SF – 36 dos pacientes avaliados nesse estudo, observa-se um comprometimento maior na dimensão de aspecto físico com média  $\pm$  DP é de  $43,20 \pm 35,36$ .

TABELA 2: Escores das dimensões do SF – 36 para os pacientes com IRC submetidos ao tratamento de hemodiálise

Dimensões	Média	± DP	Min – máx
CF	60,78	31,82	0 – 100
AF	43,20	35,36	0 – 100
DOR	63,17	21,21	0 – 100
EGS	57,80	33,23	0 – 97
VITA	83,13	8,84	38 – 100
AS	57,28	23,57	0 – 100
AE	67,31	23,57	0 – 100
SM	69,32	25,46	4 – 100

CF: Capacidade Funcional; AF: Aspectos Físicos; DOR: Dor; EGS: Estado Geral de Saúde; VITA: Vitalidade; AS: Aspectos Sociais; AE: Aspectos Emocionais; SM: Saúde Mental; DP: Desvio Padrão.

Na Escócia, KHAN *et al.* (1995) avaliaram a qualidade de vida dos 172 pacientes que realizam terapia renal substitutiva (transplante renal n= 102; hemodiálise n= 43; diálise peritoneal n=27) comparando os resultados com 542 controles da população em geral. A qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise e diálise peritoneal foi pior do que a dos grupos controle. O SF – 36 mostrou-se eficaz para fazer a discriminação entre os pacientes com IRC e a população em geral; pacientes transplantados e em diálise; e entre pacientes renais crônicos conforme o seu grau de gravidade clínica.

Nos EUA, BEUSTERIEN *et al.* (1996) realizaram um estudo prospectivo, multicêntrico com 1004 pacientes de 203 unidades de diálise, para avaliar o efeito da eritropoetina sobre a qualidade de vida dos pacientes. Dividiram os pacientes em 2 grupos, 1º os que faziam uso da eritropoetina e o 2º com os pacientes que não faziam o uso dela. Utilizaram o questionário SF – 36 e duas dimensões do questionário *Nottingham Health Profile*. Observaram que os pacientes diabéticos tiveram piores resultados, em todas as dimensões, em relação aos não diabéticos.



Na Holanda, MERKUS *et al.* (1999) avaliaram a qualidade de vida de 230 pacientes com IRC submetido à diálise peritoneal e hemodiálise, em um estudo longitudinal aos 6, 12 e 18 meses após início do tratamento. Concluíram que a qualidade de vida, ao longo do tempo, piora, no componente físico e não ocorre alteração no componente mental. Nos pacientes em hemodiálise a qualidade de vida, no componente físico foi melhor do que nos pacientes em diálise peritoneal; e similar, tanto nos pacientes em hemodiálise quanto em diálise peritoneal, no componente mental.

No Brasil, NETO (2001) avaliou de forma prospectiva, a qualidade de vida com IRC no primeiro ano de diálise, utilizando o questionário SF – 36. Foram estudados 118 pacientes de 9 centros de diálise da grande São Paulo. Identificou que os pacientes do sexo feminino, com idade avançada, comorbidade cardiovascular e baixo nível socioeconômico são possuem a pior qualidade de vida. O autor chegou à conclusão de que a qualidade de vida melhora após 6 meses de tratamento, mas continua limitada e que o questionário SF – 36 demonstrou ter a sensibilidade à mudança conforme o tempo de em diálise nos pacientes pesquisados.

#### *5.2.1 Qualidade de vida dos pacientes com diabetes melitus com IRC em tratamento de hemodiálise*

Para um melhor entendimento do grau de comprometimento da qualidade de vida dos pacientes renais crônicos do Brasil, seria necessário que houvesse dados sobre os escores da qualidade de vida, medidos com o SF –36, conforme expôs DUARTE *et al.* (2003): “não foi possível essa comparação, uma vez que não existem dados de qualidade de vida da população brasileira analisada pelo SF – 36. A título de ilustração realizamos a comparação da pesquisa atual com a pesquisa feita com pacientes no Brasil (DUARTE *et al.*, 2003) das dimensões dos escores do SF – 36 para pacientes diabéticos e não diabéticos, mostrado na Tabela 3.

TABELA 3: Comparação dos escores médios das dimensões do SF – 36 dos pacientes diabéticos e não diabéticos em tratamento de hemodiálise

Dimensões	Estudo atual				Castro <i>et al.</i> (2003)			
	DM	± DP	NDM	± DP	DM	± DP	NDM	± DP
CF	48,00	23,89	64,87	24,75	46	32	63	30
AF	33,00	35,88	46,47	35,36	43	37	54	39
DOR	70,12	31,51	60,95	28,28	64	27	67	30
EGS	59,16	22,91	57,36	19,09	49	27	61	24
VITA	88,50	14,60	81,41	8,84	51	21	59	22
AS	48,00	41,49	60,26	23,57	64	29	70	30
AE	60,00	41,02	69,66	23,57	58	42	60	39
SM	74,72	21,93	67,59	16,97	60	24	63	25

CF: Capacidade Funcional; AF: Aspectos Físicos; DOR: Dor; EGS: Estado Geral de Saúde; VITA: Vitalidade; AS: Aspectos Sociais; AE: Aspectos Emocionais; SM: Saúde Mental; DP: Desvio Padrão; DM: Diabetes Melitus; Não Diabetes Melitus.

Na Tabela 4, são mostrados os escores do SF – 36 das pesquisas mais recentes realizadas no Brasil, com pacientes que tenham IRC e estejam em tratamento de hemodiálise (NETO, 2001; CASTRO *et al.*, 2003; MARTINS & CESARINO, 2005) comparados com os resultados obtidos na tradução e validação do questionário SF – 36 para o português (CICONELLI, 1997).

TABELA 4: Escores médios das dimensões do SF – 36 para os pacientes com IRC submetidos ao tratamento de hemodiálise e artrite reumatóide no Brasil

<b>Dimensões</b>	<b>Estudo Atual</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4 Artrite Reumatóide</b>
CF	60,78	51,8	61	57,3	66,5
AF	43,20	25,2	52	32,3	59,5
DOR	63,17	63,6	67	60,7	64,0
EGS	57,80	52,2	60	58,6	68,2
VITA	83,13	53,3	58	48,7	66,3
AS	57,28	51,0	69	55,8	87,0
AE	67,31	38,7	60	46,1	66,6
SM	69,32	58,0	62	64,3	70,3

CF: Capacidade Funcional; AF: Aspectos Físicos; DOR: Dor; EGS: Estado Geral de Saúde; VITA: Vitalidade; AS: Aspectos Sociais; AE: Aspectos Emocionais; SM: Saúde Mental; 1 – NETO (2001); 2 - CASTRO *et al.* (2003); 3 - MARTINS & CESARINO (2005); 4 – CICONELLI (1997)

Na Figura 1 estão indicados os escores do SF – 36 em relação aos pacientes com diabetes melitus submetidos ao tratamento de hemodiálise comparando-os com os pacientes que não possuem diabetes.



CF: capacidade funcional; AF: aspectos físicos; DOR: dor; EGS: estado geral de saúde; VITA: vitalidade; AS: aspectos sociais; AE: aspectos emocionais; SM: Saúde Mental

FIGURA 1: Dimensões do SF – 36 em relação aos pacientes diabéticos e não diabéticos.

#### *5.2.2 Dimensões do SF – 36 para os pacientes com IRC submetidos ao tratamento de hemodiálise com diabetes*

Observa-se, na Tabela 5, um comprometimento nas dimensões: capacidade funcional, aspectos físicos e aspectos sociais ( $média \pm DP = 48,00 \pm 23,89$ ,  $33,00 \pm 35,88$  e  $48,00 \pm 41,49$ ) dos diabéticos em relação aos pacientes não diabéticos.

TABELA 5: Comparação dos escores das dimensões do SF – 36 para os pacientes com IRC submetidos ao tratamento de hemodiálise com diabetes

Dimensões	Diabéticos	DP	Não diabéticos	DP
CF	48,00	23,89	64,87	24,75
AF	33,00	35,88	46,47	35,36
DOR	70,12	31,51	60,95	28,28
EGS	59,16	22,91	57,36	19,09
VITA	88,50	14,60	81,41	8,84
AS	48,00	41,49	60,26	23,57
AE	60,00	41,02	69,66	23,57
SM	74,72	21,93	67,59	16,97

CF: capacidade funcional; AF: aspectos físicos; DOR: dor; EGS: estado geral de saúde; VITA: vitalidade; AS: aspectos sociais; AE: aspectos emocionais; SM: Saúde Mental

Os pacientes diabéticos que realizam tratamento de hemodiálise no município de Caratinga tem uma pior qualidade de vida quando comparada com os pacientes que não são portadores da Diabetes melitus (Figura 1 e Tabela 5). Isto vai de encontro com as pesquisas realizadas com os pacientes que realizam tratamento dialítico no Brasil.

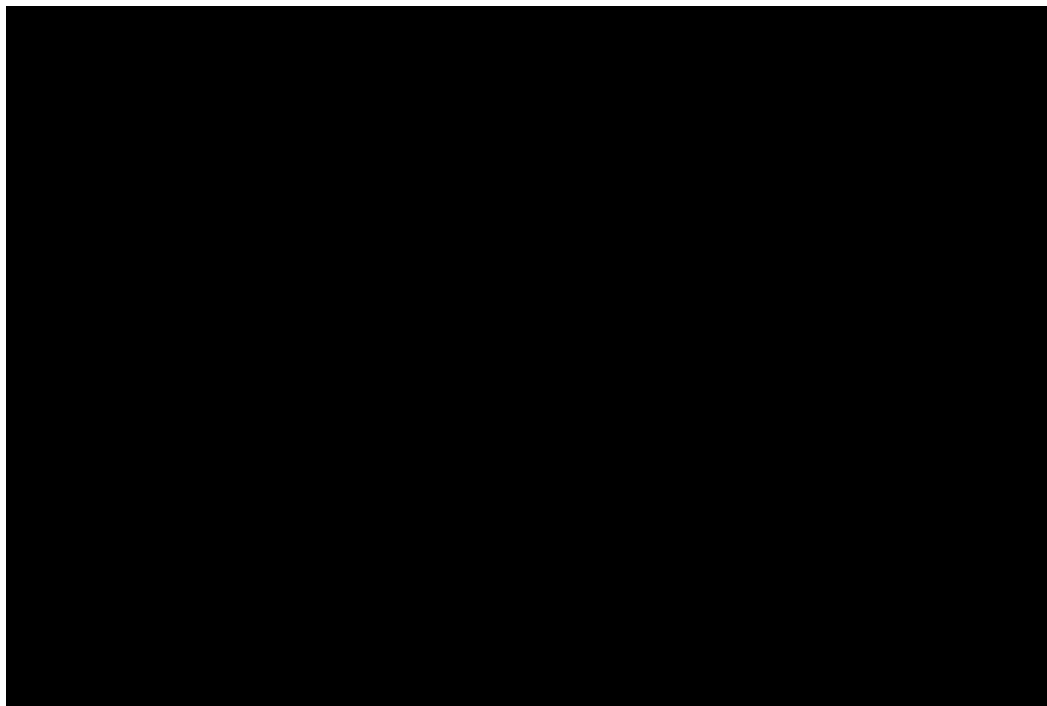
Em sua pesquisa CASTRO *et al.* (2003) afirma: “Os pacientes diabéticos estudados apresentaram valores menores nas dimensões capacidade funcional e estado geral de saúde, quando comparados aos pacientes sem diabetes.” Em sua pesquisa VALDERRÁBANO (2000) também encontrou resultados similares, em que “pacientes diabéticos estratificados por faixas etárias, consistentemente obtiveram piores resultados, quando comparados aos pacientes não diabéticos”

O resultado de um estudo realizado pela comissão Regional de Nefrologia de São Paulo, conforme aponta KUSUMOTA *et al.* (2004), afirma que: “os diagnósticos de hipertensão arterial e diabetes melitus como determinantes da insuficiência renal, ressaltando que 30% dos pacientes que apresentaram falência da função renal e foram submetidos a tratamento dialítico”

As alterações observadas demonstram um comprometimento da qualidade de vida dos pacientes com IRC portadores de diabetes melitus em relação aos pacientes que não possuem diabetes. As dimensões comprometidas são: capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos sociais e aspectos emocionais.

### 5.3 Qualidade de vida dos pacientes com insuficiência Renal Crônica em tratamento de hemodiálise quanto ao sexo

Em relação à qualidade de vida dos pacientes em relação ao sexo, observa uma melhor qualidade de vida do sexo masculino em relação ao sexo feminino, conforme Figura 2. Quando a dimensão de aspectos físicos apresenta uma pior qualidade de vida, mesmo assim os dados obtidos do sexo masculino apresentam uma melhor qualidade em relação ao do sexo feminino.



10,0  
0,0  
CF: capacidade funcional; AF: aspectos físicos; DOR: dor; EGS: estado geral de saúde; VITA: vitalidade; AS: aspectos sociais; AE: aspectos emocionais; SM: Saúde Mental

CF AF DOR EGS VITA AS AE SM

FIGURA 2: Dimensões do SF – 36 em relação ao Sexo dos pacientes.

Os dados obtidos para as variáveis relacionadas ao questionário SF – 36 de qualidade de vida em relação sexo podem ser observados na Figura 2.

Na literatura pesquisada ficou bastante claro que na maioria das pesquisas realizadas no Brasil, não se encontra nenhum achado significativo sobre a diferença entre a qualidade de vida dos pacientes entre pacientes do sexo oposto, exceto os resultados da pesquisa realizada por SANTOS (2006), em que ele afirma:

“Em países como Canadá, Estados Unidos e Inglaterra, onde o SF-36 foi utilizado para gerar um normograma populacional (de pessoas saudáveis) do nível de qualidade de vida, foi evidenciado que homens obtêm maior pontuação do que mulheres em todas oito dimensões do teste, a não ser na Inglaterra onde a diferença ocorreu em sete das oito dimensões.”

Os resultados da pesquisa realizada na Clirenal, demonstra que há uma diferença na qualidade de vida pertinente ao sexo. Estes dados reforçam que os pacientes do sexo femininos têm uma pior qualidade de vida em relação aos pacientes do sexo masculino, nos escores: aspectos físicos, dor, aspectos sociais e aspectos emocionais.

#### **5.4 Relação ao tempo de tratamento dos pacientes com IRC que realizam tratamento de hemodiálise em relação às dimensões do questionário SF –36**

Nas Figuras 3, 4 e 5 estão indicados os escores do questionário SF –36 em relação ao tempo de tratamento dos pacientes com IRC que realizam tratamento de hemodiálise em relação às dimensões de capacidade funcional, aspectos físicos e dor, respectivamente. Observa-se um declínio na qualidade de vida nestes três quesitos para os pacientes que tem mais de 186 meses de tratamento na hemodiálise.

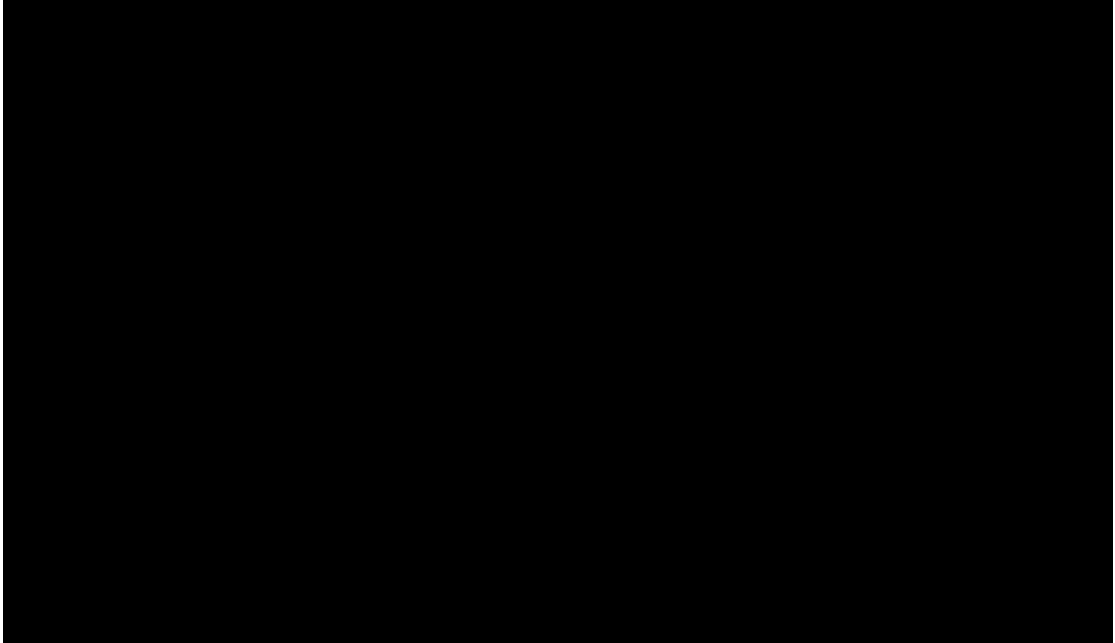


FIGURA 3: Capacidade funcional dos pacientes com insuficiência renal crônica, submetidos a tratamento de hemodiálise na Clirenal, <sup>01-37</sup> <sup>38-74</sup> <sup>75-111</sup> <sup>112-148</sup> <sup>149-185</sup> <sup>186-218</sup> <sup>Tempo de tratamento (meses)</sup>

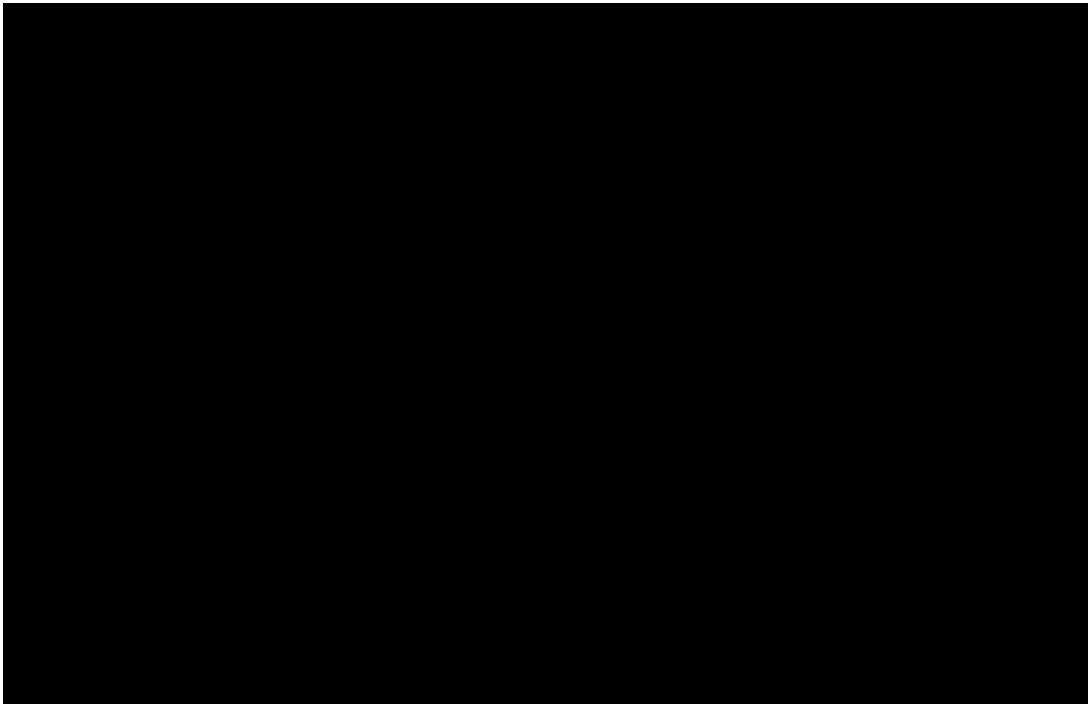


FIGURA 4: Aspectos físicos dos pacientes com insuficiência renal crônica, submetidos a tratamento de hemodiálise na Clirenal. <sup>Tempo de tratamento (meses)</sup> <sup>186-218</sup>



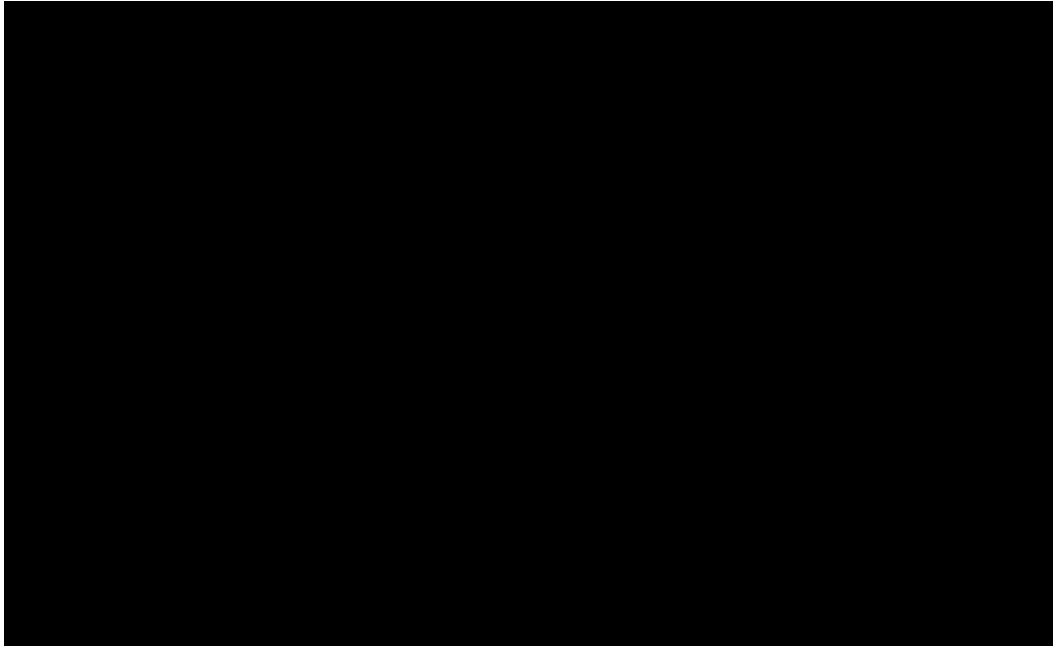


FIGURA 5: Percepção da dor nos pacientes com insuficiência renal crônica, submetidos a tratamento de hemodiálise na Clirenal. Tempo de tratamento (meses)

186-21

A Figura 6 mostra a relação de tempo de tratamento em relação ao estado geral de saúde. Onde os pacientes que realizam tratamento a 149 a 185 meses de tratamento uma piora nesta dimensão.

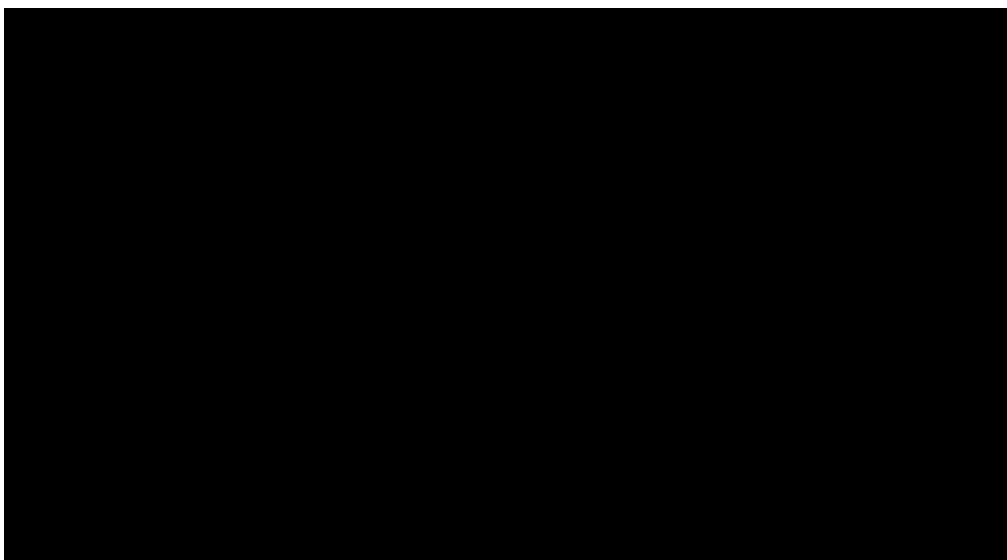


FIGURA 6: Estado geral de saúde dos pacientes com insuficiência renal crônica, submetidos a tratamento de hemodiálise na Clirenal, de acordo com o tratamento.

A Figura 7 apresenta os dados em relação ao tempo de tratamento com a dimensão vitalidade. Com os pacientes que realizam tratamento no período de 112 a 148 meses demonstra um pior resultado.

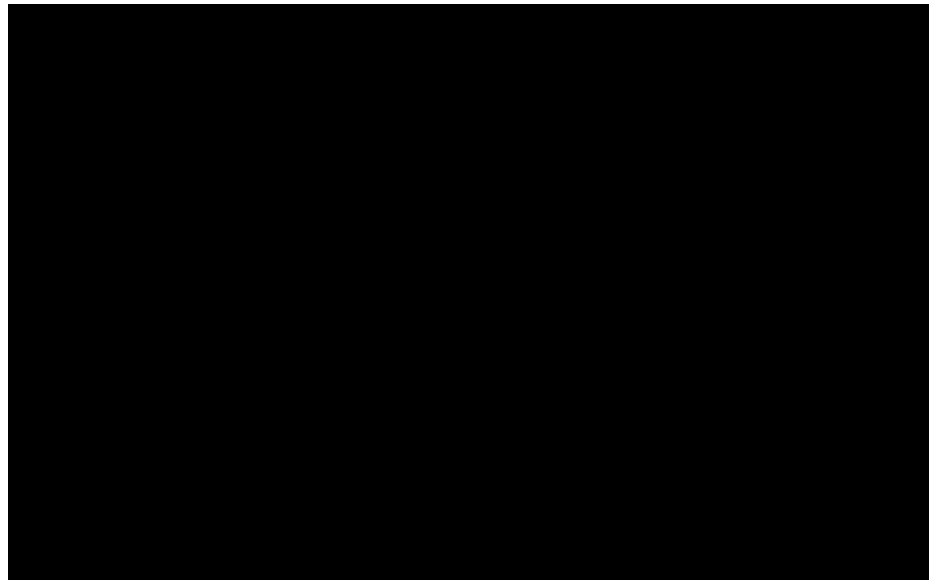
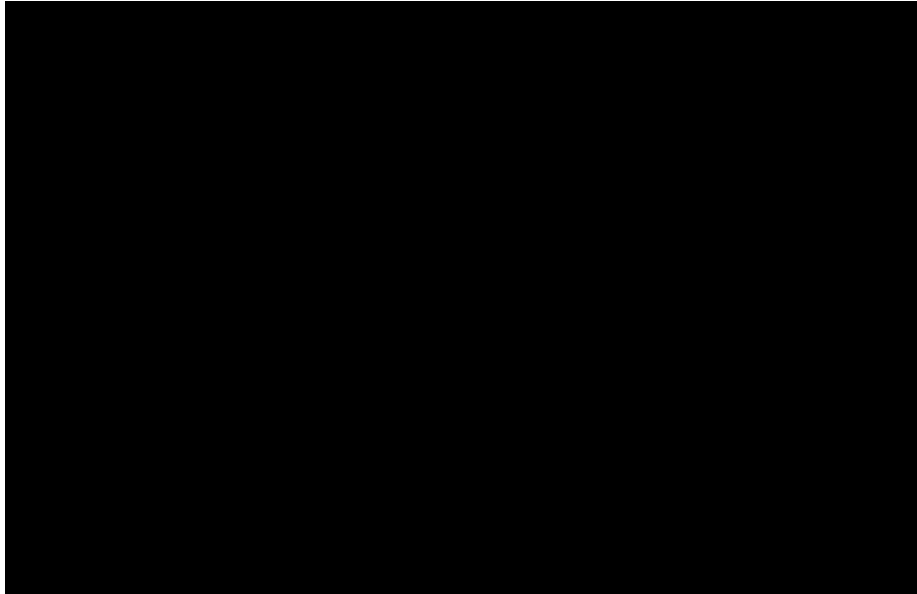
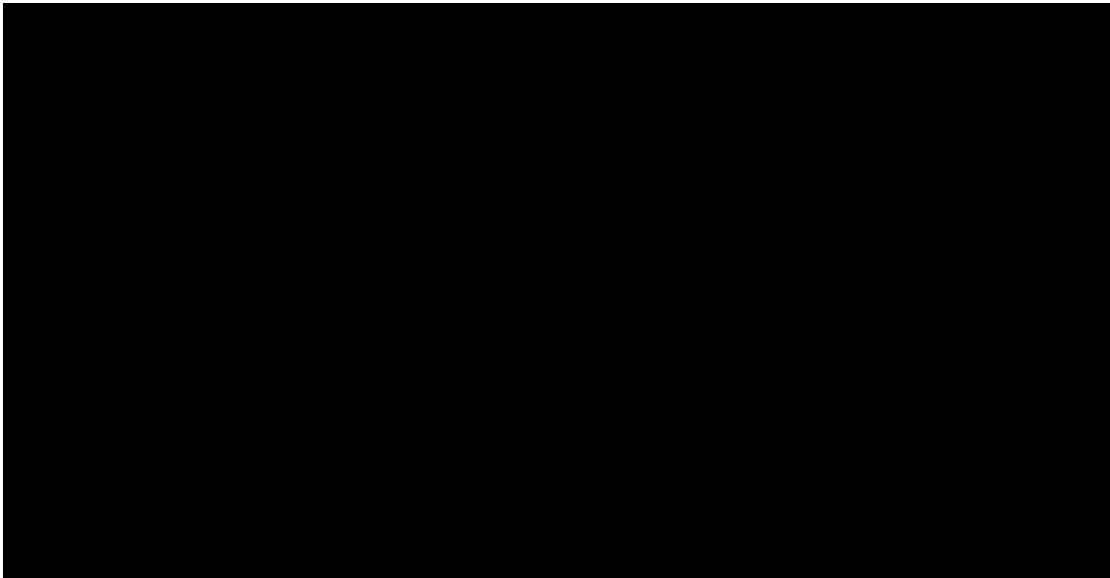


FIGURA 7: Vitalidade dos pacientes com insuficiência renal crônica, submetidos a tratamento de hemodiálise na Clirenal, de acordo com o tempo de tratamento. Tempo de tratamento (meses)

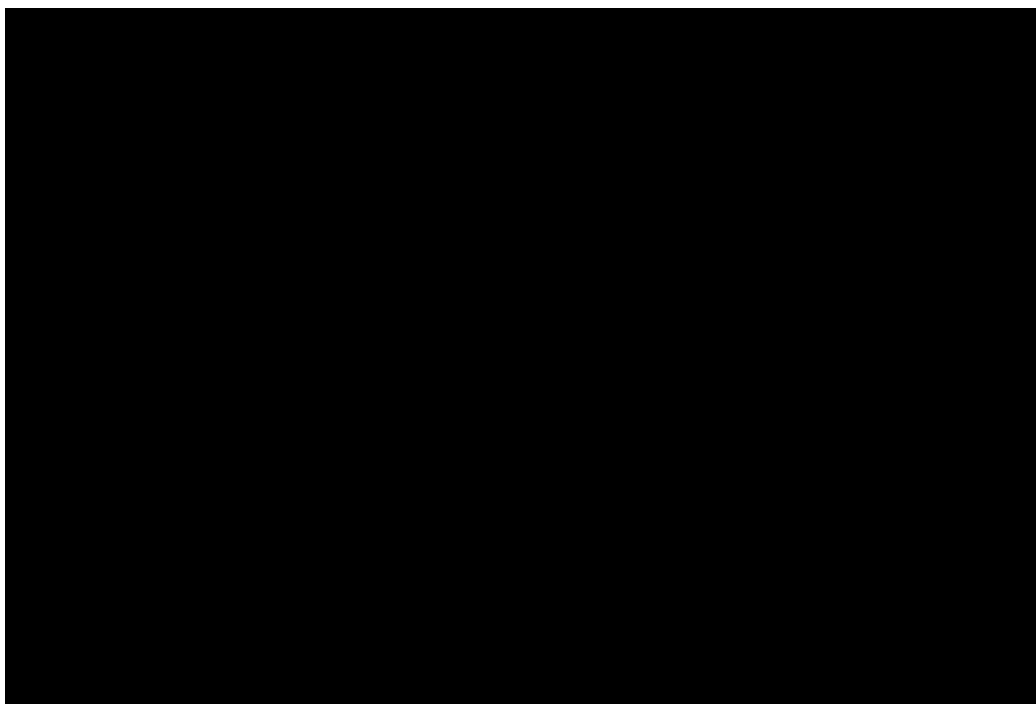
Nas Figuras 8, 9 e 10 mostra os resultados do tempo de tratamento correlacionados com as seguintes dimensões do SF – 36: aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Os pacientes que realizam hemodiálise há mais tempo tem o seu score mais prejudicado.



01-37 38-74 75-111 112-148 149-185 186-218  
 FIGURA 8: Aspectos sociais dos pacientes com insuficiência renal crônica, submetidos a tratamento de hemodiálise na Clirenal, de acordo com o tempo de tratamento.



186-218  
 FIGURA 9: Tempo de tratamento x aspectos emocionais.



186-218

FIGURA 10: Tempo de tratamento x saúde mental

Os pacientes que apresentam menos de 74 meses (57,28%) de tratamento têm uma melhor qualidade de vida do que os outros pacientes (Tabela 6). Ao analisar os dados com um intervalo maior observa-se que os pacientes com tempo de tratamento no intervalo de 149 –185 meses (n=8) tem uma melhor qualidade de vida nos seguintes escores: capacidade funcional (Figura 3), aspectos físicos (Figura 4), dor (Figura 5), aspectos sociais (Figura 8) e aspectos emocionais (Figura 9); no intervalo de 75 – 111 meses (n=13) tem uma melhor resposta no escore estado geral de saúde (Figura 6); os pacientes com mais de 186 meses (n=3) apresenta um melhor escore no item vitalidade (Figura 7); e os pacientes que iniciaram tratamento ou tem até 37meses, apresentam um melhor escore no item saúde mental (Figura 10).

TABELA 6: Comparação dos escores das dimensões do SF –36 para os pacientes com IRC em relação ao tempo de tratamento

<b>Dimensões</b>	<b>01 – 74 meses (n=59)</b>	<b>acima de 75meses (n=44)</b>
CF	60,49	58,12
AF	43,92	40,73
DOR	65,68	54,47
EGS	58,43	55,03
VITA	84,94	83,06
AS	60,37	49,47
AE	70,49	62,16
SM	70,42	67,16

CF: capacidade funcional; AF: aspectos físicos; DOR: dor; EGS: estado geral de saúde; VITA: vitalidade; AS: aspectos sociais; AE: aspectos emocionais; SM: Saúde Mental.

Essas alterações observadas demonstram um comprometimento da qualidade de vida dos pacientes com IRC submetidos ao tratamento de hemodiálise com um tempo de tratamento maior que 75 meses. O que sugere que a necessidade de intervenção antes de chegar neste tempo de tratamento para que possa melhorar todas as dimensões avaliadas.

Ao descobrir que tem IRC, o paciente tem que se adaptar a uma nova realidade, de acordo com BARBOSA, AGUILAR E BOEMER (1999): “A maneira de reagir à doença difere de pessoa para pessoa, mas todos têm a necessidade de reaprender a viver, e que isto é visto como indispensável”. Ao mesmo tempo com o diagnóstico o paciente deve entender que a sua vida vai estar ligada a uma máquina por um tempo indeterminado.

O fato dos pacientes fazerem tratamento para hemodiálise pode influenciar os escores do SF – 36 para baixo, conforme BAIARDI *et al.* (2002) “Pesquisas sobre o tempo de hemodiálise, influenciando a qualidade de vida desses pacientes, são escassas, mas, de acordo com alguns estudos, destaca-se que, quanto mais tempo de HD, mais resignação à doença é percebida”. Este dado é muito importante devido ao fato da hemodiálise ser o método terapêutico mais utilizado nas últimas décadas. Isso reforça a hipótese de que

a qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise esteja com uma maior degradação em relação aos pacientes em início de tratamento.

### **5.5 Limitações e implicações deste estudo**

Enfatiza-se a grande característica de um instrumento genérico de medida da qualidade de vida, como o SF – 36, que é a obtenção de informação que possa ser, potencialmente, utilizada para comparar a qualidade de vida entre diversas populações e doenças.

O presente estudo pode ser visto com algumas limitações. Em primeiro lugar a ausência, no Brasil, de uma avaliação da qualidade de vida com o questionário utilizado em pesquisa sobre a qualidade de vida da população em geral, por esta falta de padronização fica difícil fazer comparações mais precisas, com outros grupos de pacientes. Segundo, foi realizado uma avaliação dos pacientes com IRC, talvez um acompanhamento por um período de tempo maior seja necessário para detectar as tendências de percepção da qualidade de vida, nas dimensões do SF –36, pelos pacientes em tratamento.

Este estudo descritivo, do tipo transversal, teve uma abordagem quantitativa , explorando as variáveis de sexo, diabetes melitus e o tempo de tratamento dos pacientes. Observou que os pacientes do sexo masculino com menos tempo de tratamento e que não eram portadores de diabetes melitus apresentaram uma melhor qualidade de vida. Este estudo está reforçando a necessidade de intervenções para melhorar a qualidade de vida do paciente submetido ao tratamento de hemodiálise, o mais precoce possível. Pois com o tempo a qualidade de vida tende a piorar.

## 6 CONCLUSÃO

1. Os resultados obtidos neste estudo para a avaliação dos pacientes com IRC em relação ao tempo de tratamento denota uma resposta insuficiente para análise em pacientes que tem mais de 75 meses de hemodiálise, em todas as dimensões;
2. As variáveis de qualidade de vida dos pacientes com IRC em relação ao sexo apresentam resultados mínimas diferenças em relação às dimensões: aspectos físicos, dor, aspectos sociais e aspectos emocionais. Para uma melhor qualidade de vida nos pacientes do sexo masculino em relação ao do sexo feminino;
3. Em relação aos pacientes com diabetes melitus que apresentaram a IRC, observou-se um comprometimento em sua qualidade de vida nas seguintes dimensões: capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos sociais e aspectos emocionais, devido ao agravo que essa co-morbidade proporciona ao paciente.
4. Este estudo oferece subsídios para que profissionais de saúde que atuam ou pretende atuar com pacientes portadores de IRC, percebam a necessidade de avaliar a qualidade de vida destas pessoas. Para que possam promover transformações condizentes com a realidade.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A.M.; MELEIRO, A.M.A.S. Depressão e insuficiência renal crônica: uma revisão. **J. Bras. Nefrol.** São Paulo, v. 22, n. 1, p. 21 – 29, 2000.

ANTONIAZZI, A.L.; BIGAL, M.E.; BORDINI, C.A.; SPECIALI, J.G. Cefaléia relacionada à hemodiálise: análise dos possíveis fatores desencadeantes e do tratamento empregado. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** São Paulo. v. 60, n. 3A, 2002.

BAIARDI, F.; ESPOSIT, ED.; COCECHI, R.; FABRI, A.; VALPIANI, G. Effects of clinical and individual variables on quality of life in chronic renal failure patients. **J. Nephrol.** v. 15, n. 1, p. 61-67, jan. 2002.

BARBOSA, J.C.; AGUILAR, O.M.; BOEMER, M.R. O significado de conviver com a insuficiência renal crônica. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 52, n. 2, p. 293-302, abr/jun, 1999.

BEUSTERIEN, K.; NISSENSON, A.R.; PORT, F.K.; KELLY, M.; STEINWALD, B.; Jr.WARE, J.E. The effects of recombinant human erythropoietin on functional health and well – being in chronic patients. **J. Am. Soc. Nephrol.** n. 7, p. 763-773, 1996.

BORRERO, J. Insuficiencia renal cronica, dialisis y transplante. *In: Conferência de Consenso.* Primera, Caracas, 1988. Washington: Organización Panamericana de la Saludp. 69-120,1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654, de 17 de setembro de 2002.**



**Brasília.** Disponível em: [<http://www.sbn.org.br/Portarias/portaria41.htm>]. Acesso em: 08 de Nov. de 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 82, de 03 de janeiro de 2000.** Brasília. Disponível em: [<http://www.sbn.org.br/Portarias/portaria26.htm>]. Acesso em: 08 de Nov. de 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1168/GM Em 15 de junho de 2004.** Brasília, 2004. Disponível em: [<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1168.htm>]. Acesso em: 19 Ago. 2006.

BURCKHARDT, C.S.; WOODS, S.L.; SCHULTZ, A.A.; ZIEBARTH, D.M. Quality of life of adults with chronic illness: a psychometric study. **Res. Nurs. Health.** n.12, p.347-354, 1989.

BURY, M. Health and Illness in a changing society. **Chronic illness and diasability.** London: Routledge. cap. 4, p.110-140, 1997.

CARR, A.J.; THOMPSON, P.W.; KIRWAN, J.R. Quality of life measures. **Br. J. Rheumatol.**, n. 35, p. 275-281, 1996.

CARREIRA, L.; MARCON, S.S. Cotidiano e trabalho: Concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. **Rev. Latino-am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, v.11, n. 6, p.823-831, nov/dez. 2003.

CASTRO, M. de; CAIUBY, A.V.S.; DRAIBE, S.A.; CANZIANI, M.E.F. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo. v. 49, n. 3, p. 245-249. 2003.

CICONELLI, R.M. **Tradução para o português e validação do Questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36)".**1997. 140f. Tese (Doutorado em Medicina) - Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP, São Paulo, SP,1997.

COHEN, L.M. Renal disease. *In:* RUNDELL, J.R, WISE, M.G., editors. **Textbook of consultation-liaison psychiatry.** Washington (DC): American Psychiatric Pressp. 573-578; 1996.

CUNHA, C.B. da; Leon, A.C.P. de; Schramm, J.M. de A.; Carvalho, M.S.; Souza JR, P.R.B.de.; Chain, R. Tempo até o transplante e sobrevida em pacientes com insuficiência renal crônica no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1998-2002. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 805 - 813, abr, 2007.

CURTIS, J.J. Tratamento da Insuficiência Renal Irreversil. In:\_\_\_\_\_ Cecil – **Tratado de Medicina Interna**. 21. ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S. A. p. 632-640, 2001.

DIAZ-BUXO, J.A.; LOWRIE, E.G.; LEW, S.M.; ZHANG, H.; LAZARUS, J.M.; Quality of life using Short Form 36: comparison in hemodialysis and peritoneal dialysis patients. **Am. J. Kidney. Dis.** n. 35, p. 293 – 300, 2000.

DICIONÁRIO médico enciclopédico: TABER, C. L.T. (Coordenador). 17. ed. São Paulo: Manole, 2000.

DUARTE, Priscila Silveira, MIYAZAKI, Maria Cristina O.S., CICONELLI, Rozana Mesquita *et al.* 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.375-381. 2003.

EDGEELL, E.T.; CONOS, S.J.; CARTER, W.B.; KALLICH, J.D.; MAPES, D.; DAMUSH, T.M.; HAYS R.D. A review of health-related quality-of-life measures used in end-stage renal disease. **Clinical Therapeutics**. n. 18, p. 887-914, 1996.

FLECK, M.P.A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, V. 34, n. 2, abril. 2000.

GUYATT, G.H. A taxonomy of health status instruments. **J. Rheumatol.** n.22, p. 188-1190, 1995.

GUYATT, G.H.; VANZATEN, S.J.O.V.; FEENEY, D.H.; PATRICK, D.L. Measuring quality of life in clinicals trials: a taxonomy and review. **Can. Med. Assoc. J.** n.140, p.1141-1148, 1989.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 10. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2002.

HAKIM, R.M.; LAZARUS, M.J. Initiation of dialysis. **J. Am. Soc. Nephrol.** n. 06, p. 1319 – 1328, 1995.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Contagem da População 2007. **Diário Oficial da União**, em 05 de outubro de 2005: Rio de Janeiro, 2007.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estimativas para 1º de Julho de 2005. **Diário Oficial da União**, em 31 de ago. de 2005: Rio de Janeiro, 2005.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 – Revisão 2004 Metodologia e Resultados Estimativas anuais e mensais da população do Brasil e das unidades da federação: 1980 – 2020. **Metodologia estimativas das populações municipais Metodologia**. Rio de Janeiro, IBGE, 2004.

KAMIMURA, M.A.; DRAIBE, S.A.; SIGULEM, D.M.; CUPPARI, L. Métodos de avaliação da composição corporal em pacientes submetidos à hemodiálise. **Rev. Nutr.** Campinas, v.17, n.1, 2004.

KHAN, I.H.; CATTO, G.R.D.; EDWARD, N.; McLEOD, A.M. Death during the first 90 days of dialysis: case-control study. **Am. J. Kidney Dis.** n.25, p.276-280, 1995.

KUSUMOTA, L.; RODRIGUES, R.A.P.; MARQUES, S. Idosos com insuficiência renal crônica: alterações do estado de saúde. **Rev Latino-Am. Enfermagem.** Ribeirão Preto. v. 12, n. 3, p. 525 -532, mai./jun, 2004.

LIMA, A.F.C.; GUALDA, D.M.R. O significado da hemodiálise para o paciente renal crônico : utilização de um modelo para interpretação de dados de pesquisa qualitativa. **Revista Paulista de Enfermagem.** São Paulo, v. 20, n. 02, mai./ago. 2001.

LUKE, R.G. Insuficiência Renal Crônica. In:\_\_\_\_\_ **Cecil –Tratado de Medicina Interna.** 21. ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S. A. p.632-640, 2001.

MACHADO, L.R.C. **A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica em hemodiálise: entre o inevitável e o casual.** Dissertação apresentada na Escola de Enfermagem/USP para obtenção do grau de Mestre: São Paulo; 2001.

MARTINS, L.M.; FRANÇA, A.P.D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.4, n.3, p.05-08. 1996.

MARTINS, M.R.I.; CESARINO, C.B.. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.13, n.5, 2005.

MERKUS, M.P.; JAGER, K.J.; DEKKER, F.W.; BOESCHOTEN, E.W.; STEVENS, P.; KREDIET, R.T.; THE NECOSAD STUDY GROUP. Quality of life in patients on chronic dialysis: self – assessment 3 months after the start of treatment. **Am. J. Kidney. Dis.** n.29, p.584-592, 1997.

MERKUS, M.P.; JAGER, K.J.; DEKKER, F.W.; HAAN, R.J.; BOESCHOTEN, E.W.; KREDIET, R.T.; FOR NESAND STUDY GROUP. Quality of life over time in dialysis: the Netherlands study on the adequacy of dialysis. **Kidney Int.** n.56, p.720 – 728, 1999.

MEYER, K.B.; ESPINDLE, D.M; DeGIACOMO, J.M.; JENULESON, C.S.; KURTIN P.S.; DAVIES, A.R. Monitoring dialysis patients health status. **Am. J. Kidney. Dis.** n. 24, p. 267-279, 1994.

MOCELIN, A.J. Ponto de vista histórico. **J. Bras. Nefrol.** São Paulo, v. 15, n.4, p.135, 1993.

NETO, J.F.R. **Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise: um estudo prospectivo. 2001.** 106f. Tese (Doutorado em medicina) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, 2001.

ROCHA, H.A. A nefrologia no Brasil: Alguns aspectos de sua evolução histórica. **J. Bras. Nefrol.** São Paulo, v.15, n.4, p.107-125, 1993.

SANTOS, P.R. Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, vol.52, n.5, p.356-359, set./out, 2006.

SBN - SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Resultados do Censo 2006.** São Paulo, 2006. Disponível em: [<http://www.sbn.org.br/Censo/2006/GraficosComparativos.ppt>]. Acesso em: 20 ago. 2006.

SESSO, R. et al. Acesso ao tratamento dialítico crônico: deficiente e desigual. **Rev. Ass. Med. Bras.** São Paulo, v.42, n.2, p.84-88, 1996.

SESSO, R.; ANÇÃO, M.S.; MADEIRA, A.S. Aspectos epidemiológicos do tratamento dialítico na grande São Paulo. **Rev. Ass. Med. Bras.** São Paulo, v.40, n.1, p.10-14, 1994.

SILVA, A.C. Ponto de vista histórico. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v.15, n.4, p.128-130, 1993.

SILVA, D. M. G. V. da; VIEIRA, R. M.; KOSCHNIK, Z.; AZEVEDO, M.; SOUZA, S. da S. de. Qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.55, n.5, p.562-567, set./out. 2002.

SOUZA, F.F.; CINTRA, F.A., GALLANI, M.C.B.J. Qualidade de vida e severidade em idosos renais crônicos. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.58, n.5, p.540-544, set/out. 2005.

VALDERRÁBANO, F. Quality of life benefits of early anaemia treatment. **Nephrol Dial Transplant.** n.15, .p.23-28, 2000.

VELOSO, M.M.X. **Qualidade de vida subsequente ao tratamento para câncer de mama.** Dissertação apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública para obtenção do grau de Mestre: Rio de Janeiro; s.n., p.71; 2001.

VIEIRA, W.P.; GOMES, K.W.P.; FROTA, N.B.; ANDRADE, J.E.C.B.; VIEIRA, R.M.R. DE A.; MOURA, F.E.A.; VIEIRA, F.J.F. Manifestações Musculoesqueléticas em Pacientes Submetidos à Hemodiálise. **Rev Bras Reumatol.** São Paulo, v.45, n.6, p. 357-364, nov./dez. 2005.

## **ANEXOS**

## ANEXO I: PORTARIA Nº 1168/GM EM 15 DE JUNHO DE 2004

Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Constituição Federal, no capítulo saúde, em seus artigos 196 a 200 e as Leis Orgânicas da Saúde nºs 8.080 de 19 de setembro de 1990, e 8.142 de 28 de dezembro de 1990;

Considerando a importância epidemiológica das doenças renais e da insuficiência renal crônica no Brasil;

Considerando a magnitude social da doença renal na população brasileira e suas conseqüências;

Considerando o quadro de morbidade do País, composto por elevada prevalência de patologias que levam às doenças renais;

Considerando as condições atuais de acesso da população brasileira aos procedimentos de Terapia Renal Substitutiva;

Considerando a possibilidade de êxito de intervenção na história natural da doença renal por meio de ações de promoção e prevenção, em todos os níveis de atenção à saúde;

Considerando os custos cada vez mais elevados dos procedimentos de diálise;

Considerando a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que estabeleça uma linha de cuidados integrais e integrados no manejo das principais causas das doenças renais, com vistas a minimizar o dano da doença renal no País, melhorar o acesso dos pacientes ao atendimento especializado em nefrologia e melhorar o acesso do paciente à Terapia Renal Substitutiva;

Considerando a necessidade de aprimorar os regulamentos técnicos e de gestão em relação ao tratamento de diálise no País;

Considerando a necessidade da implementação do processo de regulação, fiscalização, controle e avaliação da atenção ao portador de doença renal, com vistas a qualificar a gestão pública a partir de Centrais de Regulação

que integrem o Complexo Regulador da Atenção, conforme previsto na Portaria nº 356/SAS/MS, de 22 de setembro de 2000, e na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002;

Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde de estimular a atenção integral às patologias que, com maior frequência, levam à doença renal, por meio da implantação e implementação de medidas de prevenção e controle, nos três níveis de atenção; e

Considerando a necessidade de promover estudos que demonstrem o custo-efetividade e analisem a qualidade dos procedimentos de Terapia Renal Substitutiva,

#### R E S O L V E:

Art. 1º Instituir a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Art. 2º Estabelecer que a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal seja organizada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo:

I - desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades;

II - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpassa todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção;

III - identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias que levam à doença renal e ao desenvolvimento de ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;

IV - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados que realizam diálise, bem como os mecanismos de sua monitoração com vistas a diminuir os riscos aos quais fica



exposto o portador de doença renal;

V - ampliar cobertura no atendimento aos portadores de insuficiência renal crônica no Brasil, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às diferentes modalidades de Terapia Renal Substitutiva (diálise peritoneal, hemodiálise e transplante);

VI - ampliar cobertura aos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, principais causas da insuficiência renal crônica no Brasil;

VII - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica do processo da Terapia Renal Substitutiva no Brasil;

VIII - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível um aprimoramento da gestão, disseminação das informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas com doença renal e dos indivíduos transplantados;

IX - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e

X - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e implementação da Política de Atenção ao Portador de Doença Renal, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

Art. 3º Definir que a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, de que trata o artigo 1º desta Portaria, deve ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

I - atenção básica: realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção dos danos, bem como as ações clínicas para o controle da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e das doenças do rim que possam ser realizadas neste nível. Tais ações terão lugar na rede de serviços básicos de saúde (Unidades Básicas de Saúde e Equipes da Saúde da Família). De acordo com a necessidade local, o gestor poderá instituir uma equipe de referência da atenção básica com a função de tutoria e, ou referência assistencial à rede de serviços básicos de saúde, cuja

regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde;

II - média complexidade: realizar atenção diagnóstica e terapêutica especializada garantida a partir do processo de referência e contra referência do portador de hipertensão arterial, de diabetes mellitus e de doenças renais. Essas ações devem ser organizadas segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde. Para desempenhar as ações neste nível de atenção, o gestor poderá instituir um Centro de Referência especializado em hipertensão e diabetes, cuja regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde;

III - alta complexidade: garantir o acesso e assegurar a qualidade do processo de diálise visando alcançar impacto positivo na sobrevida, na morbidade e na qualidade de vida e garantir equidade na entrada em lista de espera para transplante renal. A assistência na alta complexidade se dará por meio dos Serviços de Nefrologia e dos Centros de Referência em Nefrologia, cuja regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde;

IV - plano de Prevenção e Tratamento das Doenças Renais, que deve fazer parte integrante dos Planos Municipais de Saúde e dos Planos de Desenvolvimento Regionais dos Estados e do Distrito Federal;

V - regulamentação suplementar e complementar por parte dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o objetivo de regular a atenção ao portador de doença renal;

VI - a regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação de ações de atenção ao portador de doença renal serão de competência das três esferas de governo;

VII - sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão para o processo de planejamento, regulação, fiscalização, controle e avaliação e promover a disseminação da informação;

VIII - protocolos de conduta em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, fiscalização, controle e avaliação;

IX - capacitação e educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional,

envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde;

X - acesso aos medicamentos da assistência farmacêutica básica e aos medicamentos excepcionais, previstos em portaria do Ministério da Saúde, disponibilizados pelo SUS.

Art. 4º Criar uma Câmara Técnica, subordinada à Secretaria de Atenção à Saúde, com o objetivo de acompanhar a implantação e implementação da política instituída pelo artigo 1º desta Portaria.

Art. 5º Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde, isoladamente ou em conjunto com outras áreas e agências do Ministério da Saúde, que, no prazo de 90 (noventa) dias, adote todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal instituída por esta Portaria.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação,

Art. 7º Ficam revogadas as Portarias nº 82/GM, de 3 de janeiro de 2000, publicada no DOU nº 27-E, de 8 de fevereiro de 2000, Seção 1, página 13, e nº 1.654/GM, de 17 de setembro de 2002, publicada no DOU nº 181, de 18 de setembro de 2002, Seção 1, página 43.

HUMBERTO COSTA

ANEXO II: Solicitação de autorização da CLINERAL para que a pesquisa seja realizada no seu estabelecimento.



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE CARATINGA**  
**Programa de Pós-Graduação em Meio Ambiente e Sustentabilidade**  
**Mestrado Profissional**

Prezado Senhor

Eu, Leandro Gomes Barbieri portador do R. G. nº 1.182.001-ES e C. P. F. nº 078.530.647-13, aluno regularmente matriculado no Programa de Pós-Graduação Meio Ambiente e Sustentabilidade - Mestrado Profissionalizante. Com linha de pesquisa em Ambiente e Saúde venho por meio desta solicitar autorização de V. S. para realização de pesquisa de entrevista conforme consentimento pós – informado aos doentes que estão inseridos no programa de hemodiálise da CLIRENAL Ltda, no município de Caratinga-MG.

Desde já informo que será garantido o sigilo de cada um dos pacientes entrevistados e que os dados obtidos através do questionário Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form (KDQOL-SFTM) item Short-Form Health Survey (SF-36), serão utilizados para a elaboração do trabalho de conclusão do curso do pesquisador: Dissertação do Mestrado.

Agradeço a atenção recebida e me coloco a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Cordialmente

Caratinga – MG, 08 de junho de 2007

---

Leandro Gomes Barbieri

---

**Prof. Dr. Marcus Vinícius Mello Pinto**

Orientador

Ilmo. Sr.  
Dr. Eli Nogueira da Silva  
DONO DA CLIRENAL – LTDA

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO


Prezado Senhor:

Em atenção ao seu ofício com data do dia 08 de junho de 2007, que solicita autorização para realização da pesquisa para elaboração da Dissertação de Mestrado. Comunico a V.S. o nosso parecer favorável para elaboração da mesma.

Estando a disposição para quaisquer esclarecimentos necessários.

Atenciosamente,

Caratinga – MG, 11 de junho de 2007.

  
Dr. Eli Nogueira da Silva  
.....  
**DR. ELI NOGUEIRA DA SILVA**  
NEFROLOGIA  
CRM 19353-T - CPF 222.162.006-20

Ilmo Sr.  
Leandro Gomes Barbieri  
Caratinga - MG

SF-36 PESQUISA EM SAÚDE	ESCORE
-------------------------	--------

INSTRUÇÕES: Este questionário é sobre sua saúde. Estas informações ajudarão a avaliar como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado:

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

(circule um número correspondente a opção desejada)

- Excelente..... 1
- Muito boa..... 2
- Boa..... 3
- Ruim..... 4
- Muito ruim..... 5

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

(circule um número correspondente a opção desejada)

- Muito melhor agora do que há um ano atrás..... 1
- Um pouco melhor agora do que há um ano atrás.....2
- Quase a mesma coisa do que há um ano atrás.....3
- Um pouco pior agora do que há um ano atrás.....4
- Muito pior agora do que há um ano atrás.....5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldades para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número correspondente a opção desejada)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta pouco	Não. Não dificulta de modo algum
A) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos	1	2	3
B) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer casa	1	2	3
C) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
D) Subir vários lances de escada	1	2	3
E) Subir um lance de escadas	1	2	3
F) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
G) Andar mais de 1 Km	1	2	3
H) Andar vários quarteirões	1	2	3
I) Andar um quarteirão	1	2	3
J) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

(circule um número correspondente a opção desejada)

	Sim	Não
A) Você diminui a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades	1	2
B) Realizou menos tarefas do que gostaria ?	1	2
C) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
D) Teve dificuldade para fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex.: necessitou de um esforço extra) ?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso) ?

(circule um número em cada linha)

	Sim	Não
A) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades ?	1	2
B) Realizou menos tarefas do que gostaria ?	1	2
C) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz ?	1	2



6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferem nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule um número correspondente a opção desejada)

- De forma nenhuma.....1
- Ligeiramente.....2
- Moderadamente.....3
- Bastante.....4
- Extremamente.....5

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

(circule um número correspondente a opção desejada)

- Nenhuma.....1
- Muito leve.....2
- Leve.....3
- Moderada.....4
- Grave.....5
- Muito grave.....6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo tanto trabalho fora ou dentro de casa) ?

(circule um número correspondente a opção desejada)

- De maneira alguma.....1
- Um pouco.....2
- Moderadamente.....3
- Bastante.....4
- Extremamente.....5

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

(circule um número correspondente a opção desejada)

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
A) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força ?	1	2	3	4	5	6
B) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa ?	1	2	3	4	5	6
C) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
D) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
E) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
F) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
G) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
H) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
I) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule um número correspondente a opção desejada)

- Todo o tempo.....1  
 A maior parte do tempo.....2  
 Alguma parte do tempo.....3  
 Uma pequena parte do tempo.....4  
 Nenhuma parte do tempo.....5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

(circule um número correspondente a opção desejada)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes	Não sei	A maioria das vezes	Definitivamente falsas
A) Costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
B) Sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
C) Acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
D) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

## ANEXO V: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_, R. G. \_\_\_\_\_, abaixo qualificado, declaro para fins de participação em pesquisa, na condição de sujeito objeto da pesquisa/representante legal, que fui devidamente esclarecido do Projeto de Pesquisa intitulado: QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA SUBMETIDO AO TRATAMENTO DE HEMODIALISE NO MUNICIPIO DE CARATINGA - MG desenvolvido pelo Leandro Gomes Barbieri, estudante do Programa de Pós Graduação Mestrado Profissionalizante em Meio Ambiente e Sustentabilidade do Centro Universitário de Caratinga – UNEC, Orientado pelo Profº Dr. Marcus Vinícius de Mello Pinto, quanto aos seguintes aspectos:

- a) justificativa, objetivos e procedimentos que serão utilizados na pesquisa;
- b) desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados;
- c) forma de acompanhamento e assistência com seus devidos responsáveis;
- e) garantia de esclarecimentos da metodologia de trabalho da pesquisa, informando sobre a possibilidade de inclusão em grupo de controle e placebo;
- f) liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado;
- g) garantia de sigilo quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, assegurando-lhe absoluta privacidade;
- i) formas de ressarcimento das despesas decorrentes da participação na pesquisa.

*DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar/que meu dependente legal participe desta pesquisa.*

Caratinga, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

---

Assinatura do voluntário

ANEXO VI: Ficha de Avaliação do Paciente

Nº \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Data de Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ anos Sexo: ( ) Masc ( ) Fem

Início do Tratamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tempo de Tratamento: \_\_\_\_\_ meses

Diagnóstico Clínico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diabetes Melito: ( ) Sim ( ) Não

Outras patologias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ANEXO VII: Pontuação do questionário SF-36

Questão	Pontuação
01	1 = 5,0 2 = 4,4 3 = 3,4 4 = 2,0 5 = 1,0 ,4 4 = 2,0 5 = 1,0
02	Soma normal
03	Soma normal
04	Soma normal
05	Soma normal
06	1 = 5,0 2 = 4,0 3 = 3,0 4 = 2,0 5 = 1,0
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 - 6 → 5 Se 8 = 2 e 7 = 2 - 6 → 4 Se 8 = 3 e 7 = 2 - 6 → 3 Se 8 = 4 e 7 = 2 - 6 → 2 Se 8 = 5 e 7 = 2 - 6 → 1
09	a,d,e,h = valores contrários (1=6, 2=5, 3=4, 4=3, 5=2, 6=1)
10	Soma normal
11	a, c = valores normais; b, d = valores contrários 1=5 2=4 3=3 4=2 5=1)

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

$$1 = 6,0$$

$$2 = 4,75$$

$$3 = 3,5$$

ANEXO VIII: Cálculo do escore (O a 100) do SF - 36

Dimensões	Questões
Capacidade Funcional	3 (a+b+c+d+e+f+g+h+i+j)
Aspectos Físicos	4 (a+b+c+d)
Dor	7+8
Estado Geral de saúde	1+11
Vitalidade	9 (a+e+g+i)
Aspectos Sociais	6+10
Aspecto Emocional	5 (a+b+c)
Saúde Mental	9 (b+c+d+f+h)

Escore: Dimensão =  $[(\text{Valor obtido} - \text{Valor mais baixo}) / \text{Variação}] \times 100$ . Valor obtido = resultado da pontuação da dimensão (soma das questões). Valor mais baixo = menor valor obtido entre todos os pacientes, para determinada dimensão. Variação = maior valor obtido - menor valor obtido entre todos os pacientes.

ANEXO IX: Termo de Aprovação pelo do Comitê de Ética em Pesquisa



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE CARATINGA**

Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-graduação e Extensão  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA CEP/UNEC**  
E-Mail: cep@unec.edu.br Telefone: (33) 3329-4555

**TERMO DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

DECLARO, que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), do Projeto de Pesquisa: **“Qualidade de Vida das pessoas com Insuficiência Renal Crônica que realizam tratamento de Hemodiálise no Município de Caratinga - MG”**, de autoria de **Leandro Gomes Barbieri**, foi aprovado pelo COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA, em reunião realizada dia 17/12/2007.

Caratinga, 18 de dezembro de 2007.

Prof. José Maria, PhD  
Presidente do CEP/UNEC



# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)