

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL  
CURSO DE ENFERMAGEM**

**QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE RENAL CRÔNICO  
EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO EM DOURADOS-MS**

**Gabriella Escobar da Silva**

**DOURADOS-MS  
2010**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL  
CURSO DE ENFERMAGEM**

**QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE RENAL CRÔNICO  
EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO EM DOURADOS-MS**

Pesquisa desenvolvida pela acadêmica Gabriella Escobar da Silva no Conteúdo de Pesquisa em Ciências da Enfermagem II como Trabalho de Conclusão de Curso. Orientador Professor Msc. Marcos Antonio Nunes de Araújo.

DOURADOS-MS  
2010

"Nem olhos viram, nem ouvidos ouviram,  
nem jamais penetrou em coração humano, o que Deus  
tem preparado para aqueles que O amam."

I Coríntios 2.9

Dedico esta pesquisa a Deus por suas bênçãos e por ter me concedido a graça da conclusão do trabalho, e a todos que torceram pela realização de mais esta etapa em minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

**A Deus**, por sua eterna fidelidade e por me carregar nos braços enquanto enfrentei dificuldades e obstáculos nesta caminhada, e principalmente por me confortar com Seu amor incondicional.

**Aos meus pais**, por acreditarem em mim, por todo amor e carinho dedicados. Esta conquista pertence muito mais a vocês do que a mim.

**Em especial aos Prof. Msc. Marcos Antônio Nunes de Araújo e Fabiana Peres Rodrigues**, orientadores desta pesquisa, pela atenção, ensinamentos, incentivo, dedicação durante o período da realização desta pesquisa, e principalmente pela amizade, paciência e palavras amigas. Obrigada pela confiança e por acreditar em meu potencial.

**A Micaías Conde**, meu amigo, amor e companheiro, pelo auxílio e compreensão durante a realização desta pesquisa. Sem você nada disto seria possível.

**A minha família**, por estarem sempre ao meu lado apoiando minhas decisões.

**Aos amigos**, por me proporcionarem momentos de distração e alegria, e por todo incentivo para atingir meus objetivos.

**A Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – UEMS**, por oferecer esta oportunidade preciosa de me tornar uma profissional capacitada e humana.

**A Profª Drª Marcia Regina Martins Alvarenga**, pelos ensinamentos na área de pesquisa, compreensão e paciência demonstradas no decorrer desta pesquisa.

**Ao Dr. Antônio Pedro Lucas Bitencourt**, pela amizade, incentivo e inspiração para este trabalho.

**A Direção da Clínica do Rim, especialmente à Enfª Bertha Borges**, por permitir e auxiliar na realização desta pesquisa.

**A todos os funcionários da Clínica do Rim**, pelo respeito, compreensão e ajuda durante a coleta dos dados.

**A todos os pacientes que aceitaram participar desta pesquisa**, por compartilharem seus problemas, anseios e que se mostraram determinados e verdadeiros guerreiros em busca de uma melhor qualidade de vida.

**Aos Docentes do Curso de Enfermagem da UEMS**, pelo apoio, incentivo e amizade demonstrados durante o curso.

**A todos** que, direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta pesquisa.

A todos vocês, minha eterna gratidão.

**Resumo:** O aumento das doenças crônico-degenerativas tem levado a um aumento da discussão sobre a qualidade de vida (QV), o grau de satisfação do indivíduo com a sua saúde e seu tratamento. Dentre estas doenças está a insuficiência renal crônica (IRC), considerada uma condição sem alternativas de melhoras rápidas, de evolução progressiva, causando problemas médicos, sociais e econômicos, interferindo diretamente na QV dos pacientes. Das opções para o tratamento de IRC podemos destacar a hemodiálise. O presente estudo teve como objetivo principal identificar a qualidade de vida de renais crônicos em hemodiálise na Clínica do Rim de Dourados - MS. Através de um estudo de corte transversal descritivo. A coleta de dados foi realizada mediante a aplicação de um instrumento com questões que abordam as características sócio-demográficas, e para a análise da qualidade de vida foi aplicado o instrumento genérico SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey*) traduzido e validado em português, que avalia a percepção da qualidade de vida que o paciente tem relacionando à sua própria saúde. Participaram desta pesquisa 38 indivíduos com IRC em hemodiálise de ambos os sexos com idade entre 18 e 60 anos. O perfil dos participantes desta pesquisa é de maioria homens (60,53%), sendo a cor da pele mulata ou negra (63,16%), com renda acima de um salário mínimo (57,89%), com ensino fundamental incompleto (63,16%), e que não trabalham (60,5%). Quando cruzados os dados sócio-demográfico com o SF – 36, podemos observar que os pacientes estão piores em qualidade de vida no domínio “Aspectos Físicos” e melhores no domínio “Saúde Mental” ( $p = 0,001$ ). Concluindo que a doença crônica e o tratamento dialítico impõem alterações comportamentais e corporais que alteram a QV dos pacientes estudados.

**Palavras-chave:** insuficiência renal; diálise renal; qualidade de vida.

**Abstract:** The increase in chronic diseases has led to increased discussion on the life quality (QOL), the degree of satisfaction with one's own health and treatment. Among these diseases are chronic renal failure (CRF) considered a condition with no alternative rapid improvement of progressive disease, causing medical problems, social and economic factors, interfering directly in patient QOL. Options for the treatment of CRF may highlight hemodialysis. The present study aimed at identifying the quality of life of chronic kidney disease Kidney Clinic in Dourados - MS. Through a cross-sectional descriptive study. Data collection was performed by applying an instrument with questions that address the socio-demographic characteristics, and the quality of life analysis was applied to the generic instrument SF-36 (Medical Outcomes Study 36 - Item Short Form Health Survey) translated and validated in Portuguese, which assesses the perception of quality of life the patient has related to their own health. Participated in this study 38 patients with renal failure patients of both sexes aged between 18 and 60. The profile of participants in this study is mostly male (60.53%), and skin color black or mulatto (63.16%), with an income above minimum wage (57.89%) with incomplete primary education (63.16%), and do not work (60.5%). When we cross the socio-demographic data with the SF - 36, we see that patients are worse in quality of life in the "Role Physical" and better in the "Mental Health" ( $p = 0.001$ ). Concluding that the chronic disease and require dialysis and behavioral changes that alter the physical QOL of patients.

**Keywords:** renal failure, kidney dialysis, life quality.



## **LISTA DE TABELAS**

TABELA 1 – Características dos Pacientes

TABELA 2 - Escores médios dos pacientes no instrumento SF – 36.

TABELA 3 - Resultados das análises.

TABELA 4 - Renda em relação aos domínios do instrumento SF - 36

TABELA 5 - Diabetes Mellitus em relação aos domínios do instrumento SF – 36

TABELA 6 - Idade em relação aos domínios do instrumento SF – 36

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AF- Aspectos Físicos  
AM - Aspectos Mentais  
CAPD - Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua  
CF- Capacidade Funcional  
CFR – Componente Físico Resumido  
CMR – Componente Mental Resumido  
DF - Dor Física  
DM - Diabetes Mellitus  
DPA - Diálise Peritoneal Automática  
DPI - Diálise Peritoneal Intermitente  
FAV - Fístula Arteriovenosa  
HA - Hipertensão Arterial  
IRA - Insuficiência Renal Aguda  
IRC – Insuficiência Renal Crônica  
LE - Limitações Emocionais  
LS - Limitações Sociais  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
QV – Qualidade de Vida  
QVRS - Qualidade de Vida Relacionada à Saúde  
SBN - Sociedade Brasileira de Nefrologia  
SF-36 - Medical Outcome Survey-Short Form – 36  
SG - Estado Geral de Saúde  
SM – Salário Mínimo  
SPSS - Software Statistical Package for the Sciences  
UEMS – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
VT - Vitalidade

## SUMÁRIO

	Pág.
I. INTRODUÇÃO.....	10
II. REVISÃO DE LITERATURA.....	13
III. OBJETIVOS.....	20
3.1 Objetivo Geral.....	20
3.2 Objetivos Específicos.....	20
IV. METODOLOGIA.....	20
4.1 Delineamento do Estudo.....	20
4.2 População.....	20
4.2.1 Amostra.....	20
4.2.2 Técnica de Amostragem.....	20
4.3 Critérios de Inclusão.....	20
4.4 Coleta de Dados.....	21
4.5 Questionário SF-36.....	21
4.6 Processamento e Análise dos Dados.....	22
4.7 Aspectos Éticos.....	22
V. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	23
VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS.....	33
APÊNDICES.....	37
Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	38
Apêndice B: Questionário Sócio Demográfico e Informações Clínicas..	39
Apêndice C: Tabelas Completas dos Resultados.....	40
ANEXOS.....	42
Anexo A: Carta de Aprovação do CEP – UFMS.....	43
Anexo B: Carta de Autorização da Clínica do Rim.....	44
Anexo C: Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida SF-36.....	45

## 1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde - OMS, o conceito de Qualidade de Vida (QV) é definido como: “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” (BITTENCOURT, *et. al.*, 2004).

Medidas objetivas de qualidade de vida tem se tornado uma ferramenta auxiliar na análise de intervenções terapêuticas e do grau de satisfação do indivíduo com sua saúde e seu tratamento (VALDERRABANO, 2001).

O aumento das doenças crônico-degenerativas, entre a população é um fato conhecido e tem levado a muitas discussões sobre a questão. O cuidado à saúde de pessoas com essas doenças tem sido geralmente um problema na área de saúde, abrangendo várias dimensões e representando um desafio a ser enfrentado no dia-a-dia, tanto para aqueles que vivenciam a situação quanto para os cuidadores, como a equipe de saúde. Entre essas doenças está a insuficiência renal crônica (IRC), considerada uma condição sem alternativas de melhoras rápidas, de evolução progressiva, causando problemas médicos, sociais e econômicos, interferindo diretamente na QV dos pacientes (TERRA, 2007).

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) pode ser definida como uma síndrome em que há perda progressiva, e geralmente, irreversível da função renal. Embora essa definição não faça menção à quantidade de função renal perdida, costuma-se usar a classificação “leve”, “moderada”, “grave”, ou “terminal”, conforme o grau de diminuição da filtração glomerular. (BARROS, 1999)

O termo uremia é usado como sinônimo da insuficiência renal terminal e refere-se a um complexo de sinais e sintomas provocados por anormalidades fisiológicas e bioquímicas que ocorrem na insuficiência renal grave (MORSCH, 2002).

Para melhor entendermos o significado de IRC, Barros (1999) a define como uma síndrome provocada por uma grande variedade de nefropatias, que devido a sua evolução progressiva, determinam de modo gradativo e quase sempre irreversível uma redução global das múltiplas funções renais, tais como, glomerulares, tubulares e endócrinas. Em consequência disto, os rins tornam-se incapazes de desempenhar suas múltiplas e essenciais atividades homeostáticas.

Soares *et al.* (2003), relatam que a IRC possui etiologia variada, podendo ser resultante, por exemplo, de doenças que acometem diretamente os rins ou os atingem a partir de um acometimento sistêmico, e apresenta um quadro clínico complexo, envolvendo

distúrbios hidroeletrólíticos, ácido-básicos do metabolismo de cálcio e fósforo, endócrinos e nutricionais.

Para Martins (2005), a doença renal é considerada um grande problema de saúde pública, e tem causado elevadas taxas de morbidade e mortalidade e, além disso, tem impacto negativo sobre a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), que é definida como a percepção da pessoa de sua saúde por meio de uma avaliação subjetiva de seus sintomas, satisfação e adesão ao tratamento proposto pelo médico.

A doença renal reduz acentuadamente o funcionamento físico e profissional e a percepção da própria saúde e tem um impacto negativo sobre os níveis de energia e vitalidade, o que pode reduzir ou limitar as interações sociais e causar problemas relacionados à saúde mental do indivíduo (DUARTE, *et.al.*, 2003).

Como opções de tratamento para IRC têm-se o transplante renal e os processos dialíticos, dentre eles a hemodiálise, a diálise peritoneal intermitente (DPI), a diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) e a diálise peritoneal automática (DPA). Todas tem por objetivo manter a homeostase do organismo e proporcionar uma melhor qualidade de vida ao indivíduo (REIS, GUIRANDELLO, CAMPOS, 2008).

As indicações para o início da terapia dialítica incluem a deterioração da qualidade de vida com fadiga, insônia, fraqueza, prurido e desnutrição progressiva manifestada por anorexia, diminuição acentuada do peso e queda da albumina sérica. O início relativamente precoce da diálise, permite ao paciente uma ingestão maior de proteínas e calorias que pode afetar, significativamente, sua sobrevida (MORSCH, 2002).

As terapias de caráter crônico, como as terapias de substituição renal, apresentam três objetivos básicos: aumentar a longevidade, reduzir a morbidade e melhorar a qualidade de vida (QV) dos pacientes (BARBOSA, ANDRADE JÚNIOR, BASTOS, 2007).

Dentre as diferentes modalidades de terapia de substituição renal, a mais utilizada é a hemodiálise, que é considerada um procedimento complexo, no qual, a adequação de materiais e equipamentos, o preparo e a competência técnico-científica dos profissionais que dele participam são muito importantes para evitar riscos e garantir melhores resultados na manutenção da vida do cliente e de seu relativo bem-estar. O tratamento hemodialítico é responsável por um cotidiano monótono e restrito, e as atividades desses indivíduos são limitadas após o início do tratamento, favorecendo o sedentarismo e a deficiência funcional, fatores que refletem na QV (TERRA, 2007; MARTINS, 2005).

A hemodiálise representa, na maioria das vezes, uma esperança de vida para os que a ela submetem-se, já que a doença é vista como um processo irreversível. Contudo, observa-se que geralmente as dificuldades de adesão ao tratamento estão relacionadas a

não aceitação da doença, à percepção de si próprio, relacionamento interpessoal com familiares e ao convívio social. O tratamento ainda pode gerar frustração e limitações, uma vez que é acompanhado de diversas restrições, dentre elas a manutenção de uma dieta específica associada às restrições hídricas e a modificação na aparência corporal em razão da presença do cateter para acesso vascular ou da fístula arteriovenosa (SOUZA, DE MARTINHO, LOPES, 2007).

Apesar das várias inovações tecnológicas incorporadas no procedimento hemodialítico, os estudos brasileiros não demonstram melhora da sobrevida dos pacientes portadores de insuficiência renal crônica (IRC) na última década (SANTOS, 2006). Esse fato impulsionou o interesse em evidenciar o nível de qualidade de vida oferecida pela terapia hemodialítica aos pacientes renais crônicos em Dourados-MS. Espera-se que os resultados deste estudo possam corroborar para a identificação das necessidades deste grupo de pacientes e favorecer a elaboração de uma assistência de enfermagem mais completa e direcionada a realidade do paciente renal crônico. Reforçando enfim a importância do nível de qualidade de vida como fator prognóstico de desfechos clínicos insatisfatórios tais como: mortalidade, co-morbidades e abandono do tratamento hemodialítico.

Para a realização deste trabalho, foi escolhida a Clínica do Rim da cidade de Dourados-MS. Segundo censo realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia - SBN no ano de 2008 existiam 684 centros de hemodiálise espalhados pelos diversos estados brasileiros com um total de 73.605 pacientes em tratamento, sendo que o Mato Grosso do Sul dispõe de 8 centros de hemodiálise e um total de 553 pacientes realizando tratamento de hemodiálise (SESSO *et al.*, 2008).

Em Dourados, existe apenas um centro de hemodiálise (Clínica do Rim de Dourados), referência para tratamento de pacientes renais crônicos para diversas localidades com 140 pacientes, aproximadamente, realizando tratamento, a qual foi escolhida para a realização deste trabalho.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

A saúde tem influência muito importante na qualidade de vida e ambos os conceitos estão fortemente relacionados. Quando é feita uma referência à qualidade de vida em pacientes com doenças crônicas, observa-se todo o aspecto relacionado à saúde biopsicossocial, cada qual com uma diversidade de componentes. Cada componente pode ser expresso de diferentes maneiras, de acordo com a percepção subjetiva de cada paciente resultando em diferentes escores para quantificar a percepção da qualidade de vida (VALDERRÁBANO, *et.al.*,2001).

Oliveira, Lenardt e Tuoto (2003), relatam que a existência humana desenvolve-se imersa num contexto marcado por doenças. Em determinadas épocas, era crescente o surgimento de doenças infecto-contagiosas que, aos poucos, foram dando lugar às doenças crônicas e hoje coabitam o espaço no processo saúde-doença, atingindo a sociedade juntamente com o processo de industrialização e urbanização, o aumento da população em situação de estresse gerado pelo estilo de vida, que suscetibiliza o ser humano a desenvolver doenças crônico-degenerativas, como Hipertensão Arterial Severa, Diabetes Mellitus e Insuficiência Renal Crônica.

Uma das definições mais amplamente aceita de doença crônica foi proposta em 1957 pela Comissão de Doenças Crônicas de Cambridge, que incluem todos os desvios do normal que tinham uma ou mais das seguintes características: permanência, presença de incapacidade residual, mudança patológica não reversível do sistema corporal, necessidade de treinamento especial do paciente para reabilitação e previsão de um longo período de supervisão, observação e cuidado (GREGG; ROBERTUS; STONE, 1989).

Trentini *et.al.* (1990) observaram que, a partir do diagnóstico de doença crônica, os indivíduos acometidos passam a ter novas incumbências, como fazer regime do tratamento, conhecer a doença e lidar com incômodos físicos, perda nas relações sociais, financeiras, nas atividades como locomoção, trabalho e lazer, ameaças à aparência individual, à vida e à preservação da esperança.

Assim, tradicionalmente, à assistência à pacientes em condições crônicas de saúde, desenvolve-se por meio de uma rotina que se inicia com o diagnóstico, confirmado por exames, a definição de um tratamento básico e o acompanhamento para avaliação e ajustes que muitas vezes se fazem necessário (SAUPE, BROCA, 2004).

Essas doenças podem começar com uma condição aguda, aparentemente insignificante, que se prolongam por episódios de exacerbação e remissão. Embora seja passível de controle, o acúmulo de eventos e as restrições impostas pelo tratamento podem

levar á uma drástica alteração no estilo e na qualidade de vida das pessoas (TERRA, 2007).

Dentre as doenças crônicas destacamos aqui as degenerativas, como a Insuficiência Renal Crônica.

Os dois rins situam-se na parede posterior do abdômen, fora da cavidade peritoneal. Cada rim de um humano adulto pesa em média 150 gramas, e tem aproximadamente o tamanho de uma mão fechada. O lado medial de cada rim contém uma região indentada denominado hilo, por onde passam à artéria e veias renais, vasos linfáticos, suprimento nervoso e o ureter, que carrega a urina do rim à bexiga, que por sua vez é o órgão onde a urina é armazenada e periodicamente eliminada do corpo (GUYTON, HALL, 2006).

O rim é envolvido em toda sua superfície por uma membrana fibroelástica muito fina e brilhante denominada cápsula renal, que adere à pelve e aos vasos sanguíneos na região do hilo. Ao redor dos rins no espaço retroperitoneal, tem-se uma condensação de tecido conjuntivo, que representa a fásia de Gerota, ou fásia renal, que divide-se em anterior e posterior, envolvendo um tecido adiposo denominado gordura perirrenal. Essa gordura é a responsável pela visualização radiológica da silhueta renal. Macroscopicamente o rim pode ser dividido em córtex e medula, sendo que o córtex constitui-se de glomérulos, túbulos contorcidos distais e proximais; já a medula contém as alças de Henle e os túbulos coletores, os quais se abrem nas papilas dos cálices menores. Os cálices maiores unem-se para formar um funil curvo, a pelve renal, que por sua vez se curva no sentido medial e caudal para tornar-se o ureter a um ponto denominado junção ureteropélvica. O ureter é um tubo muscular que se estende da pelve renal à bexiga urinária. A circulação renal apresenta uma característica única, duas redes capilares se encontram em série em um mesmo órgão, capilar e peritubular. A artéria renal divide-se em ramo anterior e ramo posterior, algumas vezes é possível encontrar artérias acessórias renais. A inervação origina-se do plexo celíaco, a distribuição das fibras nervosas segue os vasos arteriais através do córtex e medula externa (RIELLA, 2003).

A unidade funcional do rim é o néfron. Cada néfron é composto de dois componentes principais, o glomérulo e a capsula de Bowman na qual água e solutos são filtrados a partir do sangue; e os túbulos, que reabsorvem os materiais indispensáveis do filtrado e permitem que as substâncias residuais e desnecessárias permaneçam no filtrado e fluam para a pelve renal como urina (HUDAHK; GALLO, 2007).

Os rins ainda têm papel importante na manutenção da homeostasia, como na regulação do balanço hídrico e de eletrólitos, excreção de escórias metabólicas (uréia, creatinina e ácido úrico), de produtos finais da degradação de hemoglobina (como a



bilirrubina) e de metabólitos de diversos hormônios; regulação da pressão arterial por meio da excreção de água e sódio e da secreção de substâncias vasoativas como a renina; regulação do equilíbrio ácido básico; regulação da produção de eritrócitos por meio da secreção de eritropoetina; regulação da produção da forma ativa de vitamina D e, através da gliconeogênese, isto é, a síntese de glicose a partir de aminoácidos e outros precursores. Quando os rins deixam de desempenhar alguma dessas funções desencadeiam um quadro de insuficiência renal (IR), que pode ser aguda (IRA) ou crônica (IRC) (TERRA, 2007).

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) pode ser definida como uma síndrome em que há perda progressiva, e geralmente, irreversível da função renal (MORSCH, 2002). Embora essa definição não faça menção à quantidade de função renal perdida, costuma-se usar a classificação “leve” quando ocorre déficit de função renal com ritmo de filtração glomerular entre 60 e 89ml/min/1,73m<sup>2</sup>, nessa fase os níveis de uréia e creatinina são normais e não há sintomas clínicos importantes; “moderada” quando a avaliação laboratorial mostra níveis elevados de uréia e creatinina com ritmo de filtração glomerular entre 30 e 59ml/min/1,73m<sup>2</sup>, o paciente apresenta sinais e sintomas discretos de uremia, mantendo-se clinicamente bem; “grave”, ou “terminal”, conforme o grau de diminuição da filtração glomerular (BARROS, 1999).

No início, quando a função renal está modestamente comprometida, o paciente apresenta-se assintomático, a não ser que a causa básica produza sintomas evidentes de infecção urinária ou de comprometimento sistêmico. A uréia plasmática eleva-se, mas permanece dentro faixa de normalidade. A creatinina plasmática é o indicador mais fiel da função renal residual, porém também pode variar dependendo da massa muscular de cada indivíduo (LOPES, 2009).

Riella (2003) divide a insuficiência renal crônica em quatro fases distintas. Na primeira fase, de diminuição da função renal, não há azotemia, e os balanços de sódio, potássio, cálcio, fósforo e ácido – básico são mantidos graças a um aumento do processo funcional adaptativo dos néfrons remanescentes. As alterações histológicas são acompanhadas de um aumento progressivo de proteinúria e uma moderada elevação da uréia plasmática (azotemia). Na segunda fase, há uma redução de até 75% da função renal e este já não é capaz de manter a homeostasia interna. O paciente apresenta nictúria, a qual reflete o distúrbio na concentração urinária; ocorre anemia e azotemia. Numa terceira fase, as anormalidades do meio interno são mais persistentes: azotemia intensa, anemia, acidose metabólica, hiperfosfatemia, hipercalemia e hiponatremia. A função renal está geralmente abaixo de 20% (renal failure). A quarta fase é a fase terminal, em que

predominam os sintomas e sinais de uremia (síndrome urêmica), indicando a necessidade de uma terapia de substituição renal ou transplante.

Como opções de tratamento para IRC têm-se o transplante renal e os processos dialíticos, dentre eles a hemodiálise, a diálise peritoneal intermitente (DPI), a diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) e a diálise peritoneal automática (DPA), cujo objetivo é manter a homeostase do organismo e proporcionar uma melhor qualidade de vida ao indivíduo (REIS, GUIRANDELLO, CAMPOS, 2008).

As indicações para o início da terapia dialítica incluem a deterioração da qualidade de vida com fadiga, insônia, fraqueza, prurido e desnutrição progressiva manifestada por anorexia, diminuição acentuada do peso e queda da albumina sérica. O início relativamente precoce da diálise, permite ao paciente uma ingestão maior de proteínas e calorias que pode afetar, significativamente, sua sobrevida (MORSCH, 2002).

As terapias de caráter crônico, como as terapias de substituição renal, apresentam três objetivos básicos: aumentar a longevidade, reduzir a morbidade e melhorar a qualidade de vida (QV) dos pacientes (BARBOSA, ANDRADE JÚNIOR, BASTOS, 2007).

Dentre as diferentes modalidades de terapia de substituição renal, a mais utilizada é a hemodiálise, que é considerada um procedimento complexo, no qual, a adequação de materiais e equipamentos, o preparo e a competência técnico-científica dos profissionais que dele participam são muito importantes para evitar riscos e garantir melhores resultados na manutenção da vida do cliente e de seu relativo bem-estar (TERRA,2007; MARTINS, 2005).

As primeiras hemodiálises foram realizadas, na década de 40, com finalidade terapêutica para a Insuficiência Renal Aguda (IRA). Em 1962 e início de 1963 tanto a diálise peritoneal como a hemodiálise foram utilizadas como modalidades terapêuticas de intervenção para a Insuficiência Renal Crônica (IRC) (MACHADO; CAR, 2003).

Segundo Vieira, (2005) e Sesso *et.al.*,(2008) o desenvolvimento da diálise na década de 60 como modalidade terapêutica continuada aumentou consideravelmente a expectativa de vida dos pacientes renais crônicos. No mundo, cerca de 1,2 milhões de pessoas encontram-se sob tratamento dialítico. No Brasil, são aproximadamente 87.044 mil pessoas, destas, 89,4% em hemodiálise, segundo censo realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia no ano de 2008. A cada ano, cerca de 19.000 pacientes brasileiros desenvolvem IRC e iniciam programa de terapia de substituição renal. No ano de 2008 existiam 684 centros de hemodiálise espalhados pelos diversos estados brasileiros com um total de 73.605 pacientes em tratamento, sendo que o Mato Grosso do Sul dispõe de 8 centros de hemodiálise e um total de 553 pacientes realizando tratamento de hemodiálise.

Em Dourados, existe apenas um centro de hemodiálise (Clínica do Rim de Dourados), referência para tratamento de pacientes renais crônicos para diversas localidades com 140 pacientes, aproximadamente, realizando tratamento. É um pólo de tratamento que atende pacientes oriundos de várias partes do estado, inclusive de países vizinhos como o Paraguai, que buscam tratamento para controlar a IRC até que possa ser realizado o transplante renal, segundo dados internos da direção da clínica. Quase a totalidade dos pacientes é atendida pelo Sistema Único de Saúde e recebem auxílio das prefeituras de suas cidades para o transporte até a clínica, seja recebendo condução direta ou passagem de ônibus para vir a Dourados, onde recebem o acompanhamento dialítico.

A diálise se refere à difusão de partículas dissolvidas de um compartimento líquido para outro através de uma membrana semipermeável. Na Hemodiálise, o sangue é um compartimento líquido e o dialisado outro (RIELLA, 2003).

A hemodiálise se baseia na transferência de solutos e líquidos através de uma membrana semipermeável de diálise (dialisado) no hemodialisador (filtros capilares). Essa membrana semipermeável permite a passagem de moléculas de pequeno peso molecular, como eletrólitos, uréia, creatinina e potássio dentre outras, mas impede a transferência de moléculas maiores como proteínas séricas, elementos figurados do sangue, vírus e bactérias. A remoção de líquidos durante a hemodiálise é feita pelo processo de ultrafiltração, o qual é gerado pelo gradiente de pressão hidrostática transmembrana (LOPES, 2009).

O sucesso da terapêutica depuradora extracorpórea depende intimamente da presença de um bom acesso vascular que tenham as seguintes características: facilidade de utilização, bom fluxo sanguíneo, baixa resistência no retorno venoso, durabilidade garantida e baixa probabilidade de acidentes hemorrágicos, infecção e coagulação. Nos pacientes com necessidade de serem mantidos em programas de hemodiálise crônica, o acesso de escolha mais comumente utilizado é a FAV (fistula arteriovenosa) onde é realizada a anastomose entre a veia e a artéria radial. (LINARDI, 2003).

Em média, três sessões semanais com duração de três à quatro horas são suficientes para se evitar complicações clínicas urêmicas, ofertando dose adequada de hemodiálise. Recentemente voltou-se a introduzir o conceito da hemodiálise diária com seis a sete sessões semanais que traz vantagens clínicas, maior reabilitação social e melhor qualidade de vida aos pacientes (LOPES, 2009).

O tratamento hemodialítico é responsável por um cotidiano monótono e restrito, e as atividades desses indivíduos são limitadas após o início do tratamento, favorecendo o sedentarismo e a deficiência funcional, fatores que refletem na QV, sem contar as

complicações clínicas que podem ocorrer durante as sessões, entre elas hipo ou hipertensão arterial, cefaléia, náuseas e vômitos, crise convulsiva, febre e calafrios (TERRA,2007; MARTINS,2005; LOPES, 2009).

É importante lembrar que alguns destes pacientes se deslocam de municípios vizinhos para realização da hemodiálise, aumentando desta forma o tempo gasto no tratamento, uma vez que além do período que permanecem na clínica, eles passam parte do dia nas rodovias; sendo que muitos destes pacientes dependem do transporte oferecido pela rede pública. Esta rotina interfere diretamente na mudança do papel social dos pacientes que se ausentam de suas casas, causando também depressão e insegurança.

Dessa forma a qualidade de vida (QV) tem se tornado importante critério na avaliação da efetividade de tratamentos e intervenções na área da saúde. Esses parâmetros têm sido utilizados para analisar o impacto das doenças crônicas no cotidiano das pessoas e para isso, é necessário avaliar indicadores de funcionamento físico, aspectos sociais, estado emocional e mental, da repercussão de sintomas e da percepção individual de bem-estar. 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 (CICONELLI *et.al.*,1997).

Apesar das várias inovações tecnológicas incorporadas no procedimento hemodialítico, os estudos brasileiros não demonstram melhora da sobrevivência dos pacientes portadores de insuficiência renal crônica (IRC) na última década (SANTOS, 2006). Esse fato impulsionou o interesse em evidenciar o nível de qualidade de vida oferecida pela terapia hemodialítica aos pacientes renais crônicos em Dourados-MS.

Faz-se crescente o interesse em transformar o conceito de QV em uma medida quantitativa, que possa ser usada em ensaios clínicos e modelos econômicos. O número de ferramentas usadas para avaliar quantitativamente a QV continua a se expandir, porém somente um pequeno número delas tem sido objeto de testes rigorosos para determinar sua consistência, preditabilidade e capacidade para definir objetivos a médio e longo prazo (PEREIRA, *et.al.*, 2003).

Dentre os instrumentos mais utilizados para avaliar a QV, o instrumento genérico SF-36, (Medical Outcome Survey-Short Form – 36, Rand Corp., EUA) tem se mostrado adequado tanto para uso na população em geral como para indivíduos acometidos por diversas patologias.

Instrumentos genéricos avaliam conceitos de saúde que representam valores básicos e são relevantes para o bem estar do ser humano; são aplicáveis a uma variedade

de população e permitem a comparação de diferentes grupos de pacientes, mas não focam, especificamente, uma área de interesse ou um problema clínico (MORSCH, 2002).

O SF-36 foi derivado, inicialmente, de um questionário de avaliação de saúde formado por 149 itens, desenvolvido e testado em mais de 22.000 pacientes, como parte de um estudo de avaliação de saúde. A criação deste instrumento foi baseada numa revisão de diversos instrumentos já existentes na literatura, nos últimos vinte anos, e foi reduzido com o intuito de formular um instrumento abrangente, sem ser extenso. Em 1997, foi apresentada a tradução para o português e sua validação como tese de doutorado na Escola Paulista de Medicina (CICONELLI, 1997).

Por fim, é essencial a ação educativa com os pacientes renais crônicos, para que estes descubram maneiras de viver dentro de seus limites, de forma que não seja contrária ao seu estilo de vida e que consigam conviver com a doença e com o tratamento hemodialítico, para que estes assumam os cuidados e controle do sistema terapêutico, é necessário identificar suas necessidades, auxiliá-los a se sentirem responsáveis e capazes de cuidarem de si mesmos (CESARINO; CASAGRANDE, 1998).

Em suma, receber o apoio das pessoas que estão próximas, como familiares e profissionais de saúde, influencia a qualidade de vida de pessoas com IRC em hemodiálise. Este apoio ofertado de diferentes maneiras, seja dando força, esclarecendo dúvidas ou discutindo opções de tratamento, enfim, o estar próximo, parece ser o ponto mais importante nesse apoio (TERRA, 2007).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Identificar a Qualidade de Vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise na Clínica do Rim de Dourados-MS.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Descrever as características sócio-demográficas dos pacientes em tratamento hemodialítico;
- Verificar os possíveis fatores predisponentes á doença renal crônica;
- Identificar as co-morbidades apresentadas mais freqüentemente em pacientes com IRC;
- Descrever os fatores que indiquem alterações na QV dos pacientes em hemodiálise.

### **4. METODOLOGIA**

#### **4.1 Delineamento do Estudo**

Estudo de natureza transversal, descritivo e abordagem quantitativa.

#### **4.2 População**

Pacientes com IRC em tratamento hemodialítico na Clínica do Rim de Dourados-MS.

##### **4.2.1 Amostra**

Foram entrevistados 38 pacientes de ambos os sexos na faixa etária compreendida entre 18 a 60 anos na Clínica do Rim de Dourados – MS. A coleta de dados foi realizada no período de 01 a 30 de agosto de 2010.

##### **4.2.2 Técnica de Amostragem**

A técnica de amostragem foi realizada por conveniência de forma a entrevistar os pacientes de todos os turnos na Clínica do Rim, que se dividem da seguinte forma: período matutino, vespertino e noturno. Sendo três grupos três vezes na semana as segundas,

quartas e sextas-feiras; e três grupos duas vezes na semana as terças e quintas-feiras sempre nos mesmos horários.

#### **4.3 Critérios de Inclusão**

- Ser renal crônico, estar em tratamento hemodialítico na Clínica do Rim há no mínimo um ano, ter idade acima de 18 anos e inferior a 60 anos e aceitar participar do estudo.

#### **4.4 Coleta de Dados**

A coleta de dados foi realizada mediante a aplicação de um instrumento com questões que abordam as características sócio-demográficas (idade em anos, sexo feminino ou masculino, estado civil casado ou solteiro, escolaridade, salário mínimo vigente no ano de 2010, cor da pele, DM, HAS, GNF, atividade laboral), e para a análise da qualidade de vida foi aplicado o instrumento genérico SF-36 traduzido e validado em português. O SF-36 avalia a percepção da qualidade de vida que o paciente tem relacionando à saúde. Aborda oito conceitos: Capacidade Funcional (CF), Aspectos Físicos (AF), Dor Física (DF), Estado Geral de Saúde (SG), Vitalidade (VT), Limitações Sociais (LS), Limitações Emocionais (LE) e Aspectos Mentais (AM).

#### **4.5 Questionário SF-36 - *The Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey***

Para realizar a medida da QV foi utilizado como formulário o SF-36, instrumento do tipo genérico cuja tradução e validação cultural no Brasil foram realizadas por Ciconelli. O instrumento é constituído de 36 itens, fornecendo pontuações em oito dimensões da QV, citados anteriormente.

A pontuação dos componentes resumidos deriva de média ponderada. O CFR – Componente Físico Resumido é determinado principalmente pelas dimensões CF e AF, mas também por DF, SG e VIT. Para a pontuação do CMR – Componente Mental Resumido, a dimensão SM tem maior peso, seguido em ordem decrescente por AE, AS, VIT e SG. O resultado é expresso por uma pontuação que varia de 0 (mais comprometido) a 100 (nenhum comprometimento).

Sendo assim, o SF-36 caracteriza as escalas de dimensão de saúde da seguinte forma:

- Estado Geral da Saúde (SG):  
Refere-se ao modo como o indivíduo percebe sua saúde atual, comparada ao último ano.
- Capacidade Funcional (CF):  
Refere-se à intensidade com que a condição física atual limita o desempenho em atividades vigorosas, como correr, erguer objetos pesados, praticar esportes extenuantes; realizar atividades moderadas, como limpeza do lar, prática de esportes leves, erguer objetos leves, como sacolas de compras, subir escadas, inclinar-se, ajoelhar-se, caminhar longas e curtas distâncias e realizar higiene pessoal.
- Aspecto Físico (AF):  
Refere-se aos problemas causados no trabalho e/ou desenvolvimento de outras atividades como consequência da condição física no último mês.
- Aspecto Emocional (AE):  
Refere-se aos problemas causados no trabalho e/ou desenvolvimento de outras atividades como consequência da condição emocional no último mês.
- Limitações Sociais (LS):  
Refere-se à interferência nas atividades sociais determinadas por comprometimento da saúde física ou emocional.
- Dor Física (DF):  
Refere-se a interferência nas atividades habituais determinadas pela dor no último mês.
- Vitalidade (VT):  
Refere-se como tem se sentido em relação à sua vida: desanimado, nervoso, feliz, cansado, triste, cheio de energia, limitado em atividades sociais, em decorrência da saúde.
- Saúde Mental (SM):  
Refere-se a autopercepção da evolução da doença e de sua saúde em relação a outras pessoas.

#### **4.6 Processamento e Análise dos Dados**

Após a coleta os dados foram analisados pelo Software Statistical Package for the Sciences (SPSS). Para as análises foram utilizados três testes estatísticos, sendo o teste de diferenças de média, análise de correlação e Análise de Variância (ANOVA)



#### **4.7 Aspectos Éticos**

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética, respeitando a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O sujeito da pesquisa foi convidado a participar do estudo e assinou o termo de consentimento livre esclarecido.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise estatística do trabalho tem como objetivo identificar as variáveis que interferem na Qualidade de Vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise na Clínica do Rim de Dourados-MS. Para tanto foi utilizado o instrumento de qualidade de vida SF – 36 para mensurar as possíveis diferenças de qualidade de vida no grupo.

Para as análises foram utilizados três testes estatísticos, sendo o teste de diferenças de média, análise de correlação e Análise de Variância (ANOVA).

O perfil dos pacientes está descrito na tabela 1.

**Tabela 1:** Características dos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico em Dourados-MS.

	<b>Variável</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Percentual</b>
<b>Gênero</b>	Feminino	15	39,47
	Masculino	23	60,53
<b>Renda</b>	Até 1 s.m	16	42,11
	Mais de 1 s.m	22	57,89
<b>Escolaridade</b>	Até Fundamental	25	65,79
	Mais Fundamental	13	34,21
<b>Cor da Pele</b>	Branca	14	36,84
	Mulato/Negro	24	63,16
<b>Diabete</b>	Não	29	76,32
	Sim	9	23,68
<b>Hipertensão</b>	Não	10	26,32
	Sim	28	73,68
<b>Glomerulonefrites</b>	Não	21	55,26
	Sim	17	44,74
<b>Atividade Laboral</b>	Não Trabalha	23	60,5
	Trabalha	15	39,5
<b>Total</b>		<b>38</b>	<b>100,0</b>

O perfil dos participantes desta pesquisa é de maioria homens (60,53%), sendo a cor da pele mulata ou negra (63,16%), com renda acima de um salário mínimo (57,89%), com ensino fundamental incompleto (63,16%), e que não trabalham (60,5%). Ressaltando, quanto ao predomínio do sexo masculino (60,53%), possuem dados semelhantes os estudos de Bittencourt (2004) e Barbosa (2007), sendo que segundo dados do Ministério da Saúde (2009), nos últimos anos houve um aumento das doenças crônicas em homens.

Há evidências de que a hipertensão arterial, com prevalência significativa neste estudo (73,68%), encontra-se como uma das maiores causas de IRC, levando o paciente a

necessitar de terapia de substituição renal, uma vez que a prevalência de HA nos homens é três vezes maior que em mulheres (TERRA, 2007).

Os pacientes estudados apresentaram o índice de 23,88% de Diabetes Mellitus. Os últimos dados do Inquérito Epidemiológico em Unidades de Diálise de 1999 documentam prevalência de Diabetes Mellitus em 16,9% dos pacientes no Brasil (MORSCH, 2002).

A variante Glomerulonefrites representou 44,74% dos pacientes estudados. Santos (2008) apresenta resultados semelhantes, demonstrando porém, que predominam pacientes jovens, acometidos por Glomerulonefrites.

Vale ressaltar que as doenças citadas (Hipertensão, Diabetes Mellitus e Glomerulonefrites) não se apresentam somente como co-morbidades da IRC, sendo também as principais causas da doença alterando a capacidade dos rins em responder a alterações hidroeletrólíticas agudas.

A tabela 1 refere ainda a maioria dos entrevistados com ensino fundamental incompleto. Em consonância com esses achados os estudos de Martins; França; Kimura (1996) e Trentini *et al.*, 2004 revelaram dados semelhantes, também verificando que a maioria dos nefropatas crônicos em tratamento hemodialítico não possuía o primeiro grau completo (29,4%). Devido à baixa escolaridade Terra (2007) ressalta que os profissionais de saúde devem atentar no que se refere à comunicação com estes pacientes, utilizando-se de linguagem acessível ao nível de educação deles, principalmente ao se tratar de orientações e educação em saúde, visando também prevenir complicações na doença por falta de conhecimento. Para tanto o profissional deverá abrir mão de termos técnicos e se valer de uma linguagem mais popular e de métodos participativos.

Observamos também que a maioria não exerce atividade laboral (60,5%). Percebemos durante a coleta de dados que a maioria com renda superior a um salário mínimo exerce alguma atividade, seja ela fora ou dentro de casa, como no caso das donas-de-casa. Terra (2007) chama a atenção que, dentre as terapias de substituição renal, a hemodiálise é o tratamento em que a proporção de pacientes trabalhando é bem menor do que as que estariam aptas para o trabalho.

A maioria dos entrevistados possui renda acima de um salário mínimo (57,89%), porém a quantidade de pessoas com renda inferior a um salário sugere um número bastante expressivo (42,11%), estes resultados aliados ao sexo predominante no estudo (masculino), nos levam a refletir sobre o papel social do homem.

Freitas *et. al.* (2009) concluem que entre os papéis sociais de gênero, que acompanham mulheres e homens em todas as fases do seu ciclo vital, persistem os do modelo tradicional orientando o trabalho masculino para a produção e o feminino para a

reprodução biológica. Isto carrega uma preocupação a mais na vida destes pacientes, que em decorrência da doença crônica e do tratamento deixam de trabalhar, diminuindo assim a renda da família.

A média de idade dos pacientes foi de 49 anos e 8 meses. Esta tem sido descrita como um dos fatores mais fortemente relacionados com a deterioração da atividade física e qualidade de vida.

Pesquisas encontradas na literatura verificam que a média de idade dos nefropatas estudados foi de 36 a 55 anos (MARTINS; CESARINO, 2005); e 41 a 60 anos (TRENTINI *et.al.*,2004). Cabe ressaltar que a idade avançada é um fator que influencia fortemente na mortalidade, porém não deve impedir a indicação do tratamento, assim os efeitos negativos da idade avançada podem ser compensados pelos cuidados ministrados ao paciente.

Uma parcela significativa dos pacientes com IRC que realizam hemodiálise no Brasil (26%) tem mais de 60 anos (SESSO, 2000). Dados semelhantes podem ser observados no trabalho de Morsch (2002), que também ressalta a importância de atendermos, hoje, nos programas de diálise, uma população com um perfil completamente diferente do encontrado há dez anos, com pacientes mais idosos e com maior número de comorbidades.

O tempo médio de diálise foi de aproximadamente 5 anos. Similar a estes resultados está o trabalho de Castro *et. al.* (2003), que mostra uma média de tempo de diálise de 4 anos.

Considerando-se que, à medida que a insuficiência renal progride e o paciente passa a apresentar sintomas que interferem nas suas atividades diárias, em fases mais avançadas da doença renal estes sintomas podem influenciar diretamente na percepção do indivíduo de sua qualidade de vida. Da mesma forma, a terapêutica dialítica utilizada (hemodiálise ou diálise peritoneal ambulatorial contínua) também influencia a avaliação da qualidade de vida, já que nem todos os sintomas são eliminados (BITTENCOURT, 2004).

São ofertados na tabela 2 os escores médios dos pacientes em cada dimensão do SF – 36.

**Tabela 2:** Escores médios dos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico em Dourados-MS no instrumento SF – 36.

<b>Dimensão</b>	<b>N*</b>	<b>Média</b>	<b>D.P.**</b>
<b>Capacidade Funcional</b>	38	60,92	26,78
<b>Aspectos Físicos</b>	38	39,47	46,73
<b>Dor</b>	38	57,61	30,39
<b>Estado Geral de Saúde</b>	38	44,47	20,21
<b>Vitalidade</b>	38	58,03	21,61
<b>Aspectos Sociais</b>	38	66,78	23,66
<b>Aspecto Emocional</b>	38	51,75	48,21
<b>Saúde Mental</b>	34	67,53	20,72

\*N: Número de indivíduos

\*\*D.P.:Desvio Padrão

Através da tabela 2 podemos observar que os pacientes estão piores em qualidade de vida no domínio “Aspectos Físicos” e melhores no domínio “Saúde Mental” ( $p = 0,001$ ). Foi aplicado o teste de Análise de Variância (ANOVA) com 95% de confiabilidade.

O estudo de Terra (2007) representa o mesmo resultado nos domínios citados. A IRC e o tratamento hemodialítico, provocam uma sucessão de situações para o renal crônico, que compromete o aspecto não só físico, como psicológico, com repercussões pessoais familiares e sociais.

De acordo com Santos (2006) a conquista de um melhor nível do aspecto mental de qualidade de vida ao longo do tempo pode dever-se à adaptação psicológica, que ocorre em portadores de doenças crônicas em geral, que utilizam estratégias racionais para o enfrentamento da doença e, finalmente, percebem a vida cotidiana mais valorizada.

Deve-se também levar em consideração que as relações sociais e familiares são consideradas influenciadoras na qualidade de vida destes pacientes. Relações harmônicas são de fundamental importância para a manutenção da saúde mental destes pacientes.

As pessoas com IRC geralmente apresentam sinais de deterioração músculo-esqueléticas e contínuas fraquezas devido à ação da hemodiálise o que desencadeia uma série de sintomas como sentimentos de mal estar e cansaço, relacionados assim com este estudo. A terapia dialítica não substitui completamente as funções renais e, por este motivo, a permanência prolongada sob hemodiálise acarreta complicações ósseas (ostedistrofia pelo hiperparatireoidismo secundário), cardiovasculares (hipertrofia ventricular esquerda, calcificação vascular), cerebrais (arteriosclerose avançada), complicações estas que interferem nas atividades físicas e no bem estar geral dos pacientes (SANTOS, 2006).

Os resultados das variáveis estatisticamente significativas estão apresentados na tabela 3.

**Tabela 3:** Resultados das análises dos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico em Dourados-MS

<b>Variável</b>	<b>Domínio</b>	<b>P-value</b>
<b>Renda</b>	Estado Geral de Saúde	0,002
<b>Diabetes Mellitus</b>	Capacidade Funcional	0,033
	Saúde Mental	0,021
<b>Idade</b>	Capacidade Funcional	0,030

Através das análises detectou-se que três variáveis são estatisticamente significativas com algum domínio do SF – 36, sendo: Renda, diabetes e idade.

No caso da renda demonstrados na tabela 4, pacientes com renda superior a 1 salário mínimo (57,89%) estão piores em relação aos com menos de 1 salário mínimo (42,11%) no domínio estado Geral de Saúde ( $p = 0,002$ ). Deve-se considerar que neste estudo a maioria dos pacientes com renda superior a um salário mínimo, geralmente continua com suas atividades laborais. Desta forma, para avaliar o quanto a renda e as atividades laborativas são resultado ou consequência de uma melhor qualidade de vida, é necessária a elaboração de um estudo mais direcionado aos aspectos sociais e econômicos destes pacientes.

**Tabela 4:** Renda dos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico em Dourados-MS em relação aos domínios do instrumento SF - 36

<b>Dimensões</b>	<b>Variável</b>	<b>Média</b>	<b>D.P.</b>	<b>T*</b>	<b>P**</b>
<b>Capacidade Funcional</b>	Até 1 s.m	63,75	33,29	0,30	<b>0,586</b>
	Mais de 1 s.m	58,86	21,49		
<b>Aspectos Físicos</b>	Até 1 s.m	29,69	41,05	1,22	<b>0,277</b>
	Mais de 1 s.m	46,59	50,18		
<b>Dor</b>	Até 1 s.m	49,19	26,39	2,19	<b>0,148</b>
	Mais de 1 s.m	63,73	32,19		
<b>Estado Geral de Saúde</b>	Até 1 s.m	55,63	15,76	10,60	<b>0,002</b>
	Mais de 1 s.m	36,36	19,46		
<b>Vitalidade</b>	Até 1 s.m	65,63	17,97	3,66	<b>0,064</b>
	Mais de 1 s.m	52,50	22,72		
<b>Aspectos Sociais</b>	Até 1 s.m	62,50	25,82	0,90	<b>0,349</b>
	Mais de 1 s.m	69,89	22,05		
<b>Aspecto Emocional</b>	Até 1 s.m	35,41	46,3	3,38	<b>0,074</b>
	Mais de 1 s.m	63,64	47,04		
<b>Saúde Mental</b>	Até 1 s.m	73,33	17,87	2,18	<b>0,149</b>
	<b>Mais de 1 s.m</b>	<b>62,95</b>	<b>22,1</b>		

\*T: t-distante

\*\*P: p-value

Já no caso do paciente ter diabetes, os domínios significativos foram Capacidade Funcional ( $p = 0,033$ ) e Saúde Mental ( $p = 0,021$ ), demonstrados na tabela a seguir. Entende-se então que em ambos os casos pacientes com diabetes estão piores em qualidade de vida que pacientes sem diabetes. Machado; Car (2003) acreditam que estes resultados são de grande importância, pois apontam, objetivamente, para o impacto que as co-morbidades causam na qualidade de vida de pacientes em hemodiálise, e para implementar, precocemente, intervenções terapêuticas que visem a prevenção de complicações, especialmente nos pacientes diabéticos.

Estudos demonstram que as co-morbidades afetam significativamente a função física e os escores globais que medem o impacto da doença para o indivíduo, além disso, demonstram que a presença de diabetes é um dos fatores chave na deterioração da QV (MORSCH, 2002)

**Tabela 5:** Diabetes Mellitus nos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico em Dourados-MS em relação aos domínios do instrumento SF – 36

<b>Dimensões</b>	<b>Variável</b>	<b>Média</b>	<b>D.P.</b>	<b>T</b>	<b>P</b>
<b>Capacidade Funcional</b>	Não	66,03	25,37	4,94	<b>0,033</b>
	Sim	44,44	25,79		
<b>Aspectos Físicos</b>	Não	40,52	46,97	0,06	<b>0,809</b>
	Sim	36,11	48,59		
<b>Dor</b>	Não	61,59	31,59	2,17	<b>0,150</b>
	Sim	44,78	23,16		
<b>Estado Geral de Saúde</b>	Não	43,21	21,14	0,47	<b>0,495</b>
	Sim	48,56	17,32		
<b>Vitalidade</b>	Não	60,52	21,69	1,66	<b>0,206</b>
	Sim	50,00	20,46		
<b>Aspectos Sociais</b>	Não	67,67	23,98	0,17	<b>0,681</b>
	Sim	63,89	23,75		
<b>Aspecto Emocional</b>	Não	56,32	48,06	1,10	<b>0,301</b>
	Sim	37,03	48,43		
<b>Saúde Mental</b>	Não	72,00	19,43	5,91	<b>0,021</b>
	<b>Sim</b>	<b>53,00</b>	<b>18,97</b>		

Nesta pesquisa a idade do paciente interfere negativamente em relação à qualidade de vida ( $p = 0,030$ ) no domínio Capacidade Funcional, ou seja, quanto maior a idade do paciente menor será sua qualidade de vida no domínio Capacidade Funcional.

Castro *et.al.* (2003) colocam que, com o avançar da idade, maior é o comprometimento nas atividades físicas e funcionais dos pacientes em terapia de substituição renal, neste estudo com maior predominância na Capacidade Funcional como mostra a tabela a baixo. Já Trentini *et.al.* (2004) apontam que, devido à exigência de sessões repetidas e maçantes de hemodiálise, as pessoas mais jovens são mais comprometidas.

Deve-se levar em consideração que o Brasil envelhece de forma rápida e intensa. No Censo de 2000, contava com mais de 14,5 milhões de idosos (IBGE, 2002), em sua maioria com baixo nível socioeconômico e educacional e com uma alta prevalência de doenças crônicas e causadoras de limitações funcionais e de incapacidades. (BRASIL, 2006).

Vale ressaltar também o processo de senescência que todo ser humano passa, que define-se como o processo natural de envelhecimento com perda progressiva de força, tônus muscular e vitalidade, que neste caso são acentuados pela doença crônica.



**Tabela 6:** Idade dos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico em Dourados-MS em relação aos domínios do instrumento SF - 36

<b>Dimensões</b>	<b>Correlação</b>	<b>P-valor</b>
<b>Capacidade Funcional</b>	- 0,357	0,030
<b>Aspectos Físicos</b>	- 0,106	0,533
<b>Dor</b>	- 0,263	0,115
<b>Estado Geral de Saúde</b>	0,110	0,516
<b>Vitalidade</b>	- 0,286	0,086
<b>Aspectos Sociais</b>	- 0,196	0,244
<b>Aspecto Emocional</b>	- 0,219	0,192
<b>Saúde Mental</b>	- 0,227	0,203

Em relação ao sexo, nenhum domínio do SF-36 teve significância. Estudos demonstram que fatores como as co-morbidades, e mudança do papel social estão relacionadas a uma pior qualidade de vida de ambos os sexos (VALDERRÁBANO, 2001).

Na variante escolaridade, não foi detectada diferença significativa entre a escolaridade e os domínios do instrumento SF – 36. Foi realizado o teste de diferenças de médias com 95% de confiabilidade. Porém, segundo Castro *et. al.* (2003) o nível de escolaridade correlaciona-se de forma positiva com a qualidade de vida dos pacientes, sugerindo que pacientes que estudaram mais possam desenvolver recursos intelectuais capazes de melhorar a adaptação as complicações da doença renal.

Da mesma forma, quando realizado o teste de diferenças de médias entre os domínios do SF – 36 e a raça dos pacientes, não foi detectada nenhuma diferença significativa entre as variáveis. A associação entre raça e qualidade de vida tem sido estudada por inúmeros pesquisadores, sugerindo que intervenções para melhorar a QV de pacientes em hemodiálise não necessitam ser delineadas pela raça (MORSCH, 2002).

A situação do emprego em idade produtiva é um fator importante que influencia na QV. Geralmente o percentual de pessoas que continuam trabalhando é baixo, como neste estudo (39,5%). A variante trabalho não se mostrou significativa em relação aos domínios do SF-36. Seria de se esperar um melhor escore dos pacientes que trabalham. No entanto, a situação de desemprego da população em geral, no país, associada às limitações impostas pela rotina de tratamento, torna o acesso ao emprego extremamente difícil para estes pacientes, visto que em média três vezes por semana estes necessitam realizar a terapia.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A IRC pode causar mudanças no estilo de vida e causar alterações corporais em nefropatas crônicos submetidos à hemodiálise. Ao mesmo tempo, estas pessoas sofrem diferentes tipos de adaptação às alterações na capacidade física e mental que lhes ocorrem.

Talvez o impacto da terapia dialítica sobre o aspecto mental de qualidade de vida seja atenuado ao longo do tempo pela adaptação psicológica que ocorre de maneira geral nas doenças crônicas.

A rotina imposta pelas sessões de hemodiálise alteram as atividades cotidianas dos pacientes. Este estudo oferece subsídios para que o enfermeiro e sua equipe de saúde percebam a necessidade de avaliar a qualidade de vida das pessoas com doença renal crônica e as atividades cotidianas, que são comprometidas com o tempo, para promover transformações condizentes com a realidade e prevenir o comprometimento dessas atividades, amenizando o impacto que ocorre tanto nos aspectos físicos quanto mentais dos pacientes em tratamento.

O tratamento dialítico prolonga a vida do paciente renal crônico, embora não substitua totalmente a função renal. Nessa condição o nefropata está sujeito a várias complicações e co-morbidades, tais como a Diabetes, citada nesta pesquisa como um dos principais fatores que alteram os escores em QV. Adaptar-se a essa nova realidade não é um processo tranquilo e o profissional de saúde deve compreender e auxiliar o indivíduo, bem como sua família, neste caminho.

Considerando que, à medida que a insuficiência renal progride e o paciente passa a apresentar sintomas que interferem nas suas atividades diárias, a idade torna-se um fator determinante nestas alterações, pois quanto maior a idade menor será a capacidade física dos pacientes. Em fases mais avançadas da doença renal estes sintomas podem influenciar diretamente a percepção do indivíduo de QV.

Vale ressaltar a importância de um estudo dirigido para os aspectos sociais e econômicos destes pacientes, para que se visualize o quanto estes aspectos influenciam em sua QV.

Assim, ressaltamos a importância de atividades educativas com os renais crônicos, para que estes gerem auto-responsabilidade, e a adoção de um estilo de vida diferente, diminuindo as complicações e os sintomas da doença crônica e conseqüentemente melhoria da Qualidade de Vida.

Espera-se que este trabalho desperte o interesse e incentive a realização de novas pesquisas para avaliar outros aspectos que interferem na Qualidade de Vida de renais crônicos submetidos à terapia de substituição renal.

Finalizando, procuramos identificar as diferentes situações que caracterizam as condições de saúde do paciente em hemodiálise, de modo que isto auxilie no estabelecimento de intervenções de enfermagem que se adéquem às necessidades biopsicossociais destes indivíduos.



## REFERÊNCIAS

BARBOSA. L.M.M.; ANDRADE JÚNIOR, M.P.; BASTOS, K.A. **Preditores de Qualidade de Vida em Pacientes com Doença Renal Crônica em Hemodiálise**. Jornal Brasileiro de Nefrologia. Volume 29 - nº 4 - Dezembro de 2007.

BARROS, Elvino et al. **Nefrologia: rotinas, diagnostico e tratamento**. 2.ed - Porto Alegre: Editora Artes Medicas Sul Ltda., 1999.

BITTENCOURT, et. al. Camargo **Qualidade de vida em transplantados renais: importância do enxerto funcionante**. Rev. Saúde Pública [online]. 2004, vol.38, n.5 ISSN 0034-8910.

BRASIL, **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Portaria 2.528 de 19 de outubro de 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde do Homem**. 2009. Acesso em 21 de outubro de 2010.

CASTRO, M. et.al., **Qualidade de Vida de Pacientes com Insuficiência Renal Crônica em Hemodiálise avaliada através do Instrumento SF-36**. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v.49, n.3, p. 245-249, jul./set. 2003.

CESARINO, G.B.; CASAGRANDE, L.D.R. **Paciente com Insuficiência Renal Crônica em tratamento hemodialítico: atividade educativa do enfermeiro**. Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.6, n.4, p.31-40. Out.1998.

CICONELLI, et. al. **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)”**. [tese]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP;1997.

DUARTE, Priscila Silveira; MIYAZAKI, Maria Cristina O.S.; CICONELLI, Rozana Mesquita; SESSO, Ricardo. **Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SF TM)**. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 49, n. 4, 2003 .

FREITAS, et.al., **Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor**. Rev Saúde Pública 2009;43(1):85-90. Acesso em 26 de outubro de 2010.

GREGG, C.H.; ROBERTUS, J.L.; STONE, J.B. **The psychological aspects of chronic illness**. Springfield: Charles C. Thomas, 1989.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 11ª ed. Rio de Janeiro, Elsevier Ed., 2006.

HUDAK CM e GALLO BM; **Cuidados Intensivos de Enfermagem – uma abordagem holística**, Ed Guanabara Koogan, 2007.

IBGE – **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2000. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 19 de setembro de 2010.

LINARDI, Fábio et al . **Acesso vascular para hemodiálise: avaliação do tipo e local anatômico em 23 unidades de diálise distribuídas em sete estados brasileiros**. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, Junho 2003. Acesso em 01 Set. de 2010. doi: 10.1590/S0100-69912003000300005.

LOPES ET. AL. **Tratado de Clínica Médica**; 2.ed.- São Paulo : Rocca, 2009.

MACHADO, Leise Rodrigues Carrijo; CAR, Marcia Regina. **A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica: entre o inevitável e o casual**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 37, n. 3, Setembro de. 2003.

MARTINS, M.R.I, Cesarino CB. **Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico**. Revista Latino-americana de Enfermagem. 2005 setembro-outubro; 13(5):670-6.

MARTINS, L.M.; FRANÇA, A.P.D.; KIMURA, M. **Qualidade de Vida de Pessoas com Doença Crônica**. Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto. v.4, n.3, p. 5-18, dez. 1996.

MORSCH, Cássia Maria Frediani. **Avaliação da qualidade de vida e de indicadores assistências de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico.** Dissertação (Mestrado), UFRS., Porto Alegre:2002.

OLIVEIRA, D.R; LENARDT, M.H.; TUOTO, F.S. **O idoso e o sistema de cuidado à saúde na doença renal.** Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.16, n.4, p. 49-58. Out./dez. 2003.

PEREIRA, ET AL. **Qualidade de vida nos pós – transplante renal.** Clínica de Urologia e Nefrologia. Hospital da Beneficência Portuguesa. São Paulo, SP. Brasil. Jornal Brasileiro de Nefrologia 2003;25(1):10-6.

RIELLA, M.C. **Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrolíticos.** 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

REIS, Carla Klava dos; GUIRARDELLO, Ednês de Brito; CAMPOS, Claudinei José Gomes. **O indivíduo renal crônico e as demandas de atenção.** Rev. bras. enfermagem, Brasília, v. 61, n. 3, Junho de 2008..

SANTOS, Paulo Roberto. **Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados.** Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 52, n. 5, Outubro de 2006.

SANTOS, Paulo Roberto. **Disfunção erétil e Qualidade de Vida em pacientes jovens submetidos á hemodiálise.** Jornal Brasileiro de Nefrologia.v.30, n.2, p.136-136. Maio de 2008.

SAUPE, R.; BROCA, G.S. **Indicadores de Qualidade de Vida como tendência atual em cuidado a pessoas em hemodiálise.** Revista Texto e Contexto em Enfermagem, Florianópolis, v.13, n.1, p. 100 – 106, jan/mar. 2004.

SOARES, C.M.B. et al. **Curso clínico da insuficiência renal crônica em crianças e adolescentes admitidos no programa interdisciplinar do HC-UFMG.** Jornal Brasileiro de Nefrologia, São Paulo, v.25, n.3, p.117-125, set.2003.

SESSO, Ricardo et al., Censo 2008: **Sociedade Brasileira de Nefrologia;** [www.sbn.org.br](http://www.sbn.org.br); 2008. Acesso em 6 de março de 2010.

SOUZA, Emilia Ferreira de; DE MARTINO, Milva Maria Figueiredo; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes com tratamento hemodialítico utilizando o modelo teórico de Imogene King**. Rev. Da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 41, n. 4, Dezembro de. 2007 .

TERRA, Fabio de Sousa. **Avaliação da qualidade de vida do paciente renal crônico submetido à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico de uso diário**. Alfenas- UNIFENAS,2007

TRENTINI, M. et.al., **Qualidade de Vida de Pessoas dependentes de Hemodiálise Considerando Alguns Aspectos Físicos, Sociais e Emocionais**. Revista Texto e Contexto em Enfermagem, Florianópolis, v.13, n.1, p. 74-82, jan./mar. 2004.

TRENTINI, M. ET AL. **Qualidade de vida dos indivíduos com doenças cardiovasculares crônica e diabetes mellitus**. Revista Gaucha de Enfermagem, Porto Alegre, v.11, n.2, p. 20 – 27, jul 1990.

VALDERRABANO. F, Jofre R, López-Gonzalez JM. **Quality of life in end stage renal disease patients 2001**. Am J Kidney Dezembro de 2001;38:443-64.

VIEIRA, Walber Pinto et al. **Manifestações musculoesqueléticas em pacientes submetidos à hemodiálise**. Rev. Bras. Reumatologia. [online]. 2005, vol.45, n.6, pp. 357-364. ISSN 0482-5004



## APÊNDICES

### APÊNDICE A

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG: \_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e domiciliado à  
\_\_\_\_\_  
município de \_\_\_\_\_.

Declaro que consinto em participar como voluntário do projeto de pesquisa “**Qualidade de vida dos renais crônicos em hemodiálise de Dourados-MS**”, sob responsabilidade da acadêmica do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul Gabriella Escobar da Silva, orientada pela Professora Msc. Fabiana Perez Rodrigues. Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido que: A) o estudo será realizado a partir da aplicação de questionários que deverá ser respondido por mim (participante da pesquisa); B) que não haverá riscos para minha saúde, C) que posso consultar os pesquisadores responsáveis em qualquer época, pessoalmente ou por telefone, para esclarecimento de qualquer dúvida; D) que estou livre para, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa e que não preciso apresentar justificativas para isto; E) que todas as informações por mim fornecidas e os resultados obtidos serão mantidos em sigilo e que, estes últimos serão apenas utilizados para divulgação em reuniões e revistas científicas sem a minha identificação; F) que serei informado de todos os resultados obtidos, independentemente do fato de mudar meu consentimento em participar da pesquisa; G) não terei quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes da pesquisa; H) que esta pesquisa é importante para o estudo, melhor entendimento do assunto qualidade de vida do renal crônico submetido à hemodiálise, assim como favorecer a elaboração de uma assistência de enfermagem mais completa e direcionada a realidade destes pacientes. Assim, consinto em participar do projeto de pesquisa em questão.

Dourados, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Voluntário

\_\_\_\_\_  
Gabriella Escobar da Silva  
Acadêmica da UEMS

OBS: Este termo apresenta duas vias, uma destinada ao usuário ou seu representante legal e a outra a pesquisadora.

\_\_\_\_\_  
**Contato: Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – Coordenação do Curso de Enfermagem**

**Cidade Universitária de Dourados - Caixa postal 351 - CEP: 79804-970**

**Telefone: (67) 3902 2684 / Fax: (67) 3902-2661**

## APENDICE B

### Questionário Sócio Demográfico e Informações Clínicas

<b>Nome:</b>		
<b>Idade:</b>	<b>Sexo:</b> F ( ) M ( )	<b>Profissão</b>
<b>Município de moradia:</b>		
<b>Estado Civil:</b> casado ( ) amasiado ( ) solteiro ( ) separado ( ) viúvo ( )		
<b>Renda Mensal:</b> um salário ( ) menos de um salário ( ) acima de um salário ( )		
<b>Escolaridade:</b> analfabeto( ) outros _____		
<b>Cor da pele:</b> Branco ( ) Preto ( ) Amarelo ( ) Mulato ( )		
<b>Tipo de Diálise:</b> Hemodiálise ( )		<b>Diálise Peritoneal ( )</b>
<b>Tempo de Diálise:</b>	<b>Doença de Base:</b> ( ) Diabetes Mellitus ( ) Hipertensão ( ) Glomerulonefrites ( ) Cardiopatias ( ) Outras _____ _____	
<b>Complicações durante a Diálise:</b>		

SILVA, G.E. Questionário Sócio Demográfico e Informações Clínicas para Renais Crônicos. Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, out. de 2009.

## APENCIDE C

### TABELAS COMPLETAS DOS RESULTADOS

**Gênero dos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico em Dourados-MS em relação aos domínios do instrumento SF - 36**

<b>Dimensões</b>	<b>Variável</b>	<b>Média</b>	<b>D.P.</b>	<b>T</b>	<b>P</b>
<b>Capacidade Funcional</b>	Feminino	50,67	24,99	3,92	<b>0,055</b>
	Masculino	67,61	26,28		
<b>Aspectos Físicos</b>	Feminino	33,33	48,80	0,42	<b>0,520</b>
	Masculino	43,48	45,99		
<b>Dor</b>	Feminino	57,73	31,64	0,00	<b>0,984</b>
	Masculino	57,52	30,26		
<b>Estado Geral de Saúde</b>	Feminino	44,67	22,38	0,00	<b>0,963</b>
	Masculino	44,35	19,18		
<b>Vitalidade</b>	Feminino	57,00	21,03	0,05	<b>0,817</b>
	Masculino	58,70	22,42		
<b>Aspectos Sociais</b>	Feminino	64,17	25,82	0,30	<b>0,590</b>
	Masculino	68,48	22,57		
<b>Aspecto Emocional</b>	Feminino	40,00	47,48	1,49	<b>0,230</b>
	Masculino	59,42	48,16		
<b>Saúde Mental</b>	Feminino	66,33	16,58	0,06	<b>0,808</b>
	<b>Masculino</b>	<b>68,18</b>	<b>23,01</b>		

**Escolaridade dos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico em Dourados-MS em relação aos domínios do instrumento SF - 36**

<b>Dimensões</b>	<b>Variável</b>	<b>Média</b>	<b>D.P.</b>	<b>T</b>	<b>P</b>
<b>Capacidade Funcional</b>	Até Fundamental	58,8	27,32	0,45	<b>0,506</b>
	Mais Fundamental	65	26,3		
<b>Aspectos Físicos</b>	Até Fundamental	36	46,26	0,40	<b>0,532</b>
	Mais Fundamental	46,15	48,78		
<b>Dor</b>	Até Fundamental	51,36	28,31	3,28	<b>0,079</b>
	Mais Fundamental	69,62	31,73		
<b>Estado Geral de Saúde</b>	Até Fundamental	46,52	21,57	0,74	<b>0,394</b>
	Mais Fundamental	40,54	17,41		
<b>Vitalidade</b>	Até Fundamental	56,4	24,73	0,41	<b>0,527</b>
	Mais Fundamental	61,15	14,16		
<b>Aspectos Sociais</b>	Até Fundamental	62,5	25,52	2,48	<b>0,124</b>
	Mais Fundamental	75	17,68		
<b>Aspecto Emocional</b>	Até Fundamental	46,66	47,14	0,81	<b>0,374</b>
	Mais Fundamental	61,54	50,64		
<b>Saúde Mental</b>	Até Fundamental	62,91	20,29	3,32	<b>0,078</b>
	<b>Mais Fundamental</b>	<b>76</b>	<b>19,52</b>		

**Raça dos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico em Dourados-MS em relação aos domínios do instrumento SF - 36**

<b>Dimensões</b>	<b>Variável</b>	<b>Média</b>	<b>D.P.</b>	<b>T</b>	<b>P</b>
<b>Capacidade Funcional</b>	Branca	64,29	27,45	0,34	<b>0,561</b>
	Mulato/Negro	58,96	26,78		
<b>Aspectos Físicos</b>	Branca	21,43	36,5	3,53	<b>0,068</b>
	Mulato/Negro	50	49,45		
<b>Dor</b>	Branca	53,86	31,73	0,33	<b>0,569</b>
	Mulato/Negro	59,79	30,05		
<b>Estado Geral de Saúde</b>	Branca	45,5	18,39	0,06	<b>0,815</b>
	Mulato/Negro	43,88	21,56		
<b>Vitalidade</b>	Branca	52,5	18,05	1,47	<b>0,234</b>
	Mulato/Negro	61,25	23,18		
<b>Aspectos Sociais</b>	Branca	68,75	20,66	0,15	<b>0,700</b>
	Mulato/Negro	65,63	25,6		
<b>Aspecto Emocional</b>	Branca	52,38	50,15	0	<b>0,952</b>
	Mulato/Negro	51,39	48,13		
<b>Saúde Mental</b>	Branca	64,92	24,45	0,33	<b>0,572</b>
	<b>Mulato/Negro</b>	<b>69,14</b>	<b>18,51</b>		

**Hipertensão nos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico em Dourados-MS em relação aos domínios do instrumento SF - 36**

<b>Dimensões</b>	<b>Variável</b>	<b>Média</b>	<b>D.P.</b>	<b>T</b>	<b>P</b>
<b>Capacidade Funcional</b>	Não	70,5	31,4	1,77	<b>0,191</b>
	Sim	57,5	24,66		
<b>Aspectos Físicos</b>	Não	47,5	47,8	0,39	<b>0,534</b>
	Sim	36,61	46,89		
<b>Dor</b>	Não	59,5	32,16	0,05	<b>0,822</b>
	Sim	56,93	30,31		
<b>Estado Geral de Saúde</b>	Não	51,8	20,2	1,82	<b>0,185</b>
	Sim	41,86	19,91		
<b>Vitalidade</b>	Não	66	16,96	1,89	<b>0,177</b>
	Sim	55,18	22,63		
<b>Aspectos Sociais</b>	Não	68,75	29,61	0,09	<b>0,763</b>
	Sim	66,07	21,75		
<b>Aspecto Emocional</b>	Não	50	52,7	0,02	<b>0,896</b>
	Sim	52,38	47,51		
<b>Saúde Mental</b>	Não	73,78	17,22	1,12	<b>0,298</b>
	Sim	65,28	21,72		

**Glomerulonefrites nos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico em Dourados-MS em relação aos domínios do instrumento SF - 36**

<b>Dimensões</b>	<b>Variável</b>	<b>Média</b>	<b>D.P.</b>	<b>T</b>	<b>P</b>
<b>Capacidade Funcional</b>	Não	62,14	25,77	0,10	<b>0,759</b>
	Sim	59,41	28,72		
<b>Aspectos Físicos</b>	Não	42,86	48,83	0,24	<b>0,626</b>
	Sim	35,29	45,12		
<b>Dor</b>	Não	56,86	29,99	0,03	<b>0,869</b>
	Sim	58,53	31,78		
<b>Estado Geral de Saúde</b>	Não	45,33	22,26	0,08	<b>0,775</b>
	Sim	43,41	17,97		
<b>Vitalidade</b>	Não	53,33	24,26	2,29	<b>0,139</b>
	Sim	63,82	16,73		
<b>Aspectos Sociais</b>	Não	73,21	21,02	3,73	<b>0,061</b>
	Sim	58,82	24,91		
<b>Aspecto Emocional</b>	Não	53,97	47,7	0,10	<b>0,758</b>
	Sim	49,02	50,16		
<b>Saúde Mental</b>	Não	68,89	24,45	0,16	<b>0,691</b>
	<b>Sim</b>	<b>66</b>	<b>16,2</b>		

**Se o paciente trabalha ou não em relação as dimensões do SF – 36.**

<b>Dimensões</b>	<b>Variável</b>	<b>Média</b>	<b>D.P.</b>	<b>t</b>	<b>P</b>
<b>Capacidade Funcional</b>	Não	55,43	26,96	2,55	<b>0,119</b>
	Trabalha				
<b>Aspectos Físicos</b>	Trabalha	69,33	25,06	0,69	<b>0,413</b>
	Não	44,57	48,24		
<b>Dor</b>	Trabalha	31,67	44,79	0,66	<b>0,421</b>
	Não	54,35	29,98		
<b>Estado Geral de Saúde</b>	Trabalha	62,60	31,37	0,15	<b>0,698</b>
	Não	45,52	22,12		
<b>Vitalidade</b>	Trabalha	42,87	17,48	0,28	<b>0,602</b>
	Não	56,52	21,66		
<b>Aspectos Sociais</b>	Trabalha	60,33	22,08	0,00	<b>0,982</b>
	Não	66,85	25,45		
<b>Aspecto Emocional</b>	Trabalha	66,67	21,48	0,97	<b>0,332</b>
	Não	57,97	47,37		
<b>Saúde Mental</b>	Trabalha	42,22	49,55	0,42	<b>0,523</b>
	Não	65,47	20,66		
	<b>Trabalha</b>	<b>70,13</b>	<b>21,21</b>		

## ANEXO C

### Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a 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 escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	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 seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	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 você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de 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 seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	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 você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou 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 interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

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

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

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

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	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 de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo 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 sentindo cheio de vigor, de vontade, 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 anima-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	1	2	3	4	5	6

desanimado ou abatido?						
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 de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

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

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

## CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	



04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
07	Se a resposta for	Pontuação
	1	6,0
	2	5,4
	3	4,2
	4	3,1
	5	2,0
	6	1,0
08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for (1), a pontuação será (6)</p> <p>Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)</p> <p>Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)</p> <p>Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)</p> <p>Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p>	
09	<p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (6)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 6, o valor será (1)</p> <p>Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo</p>	
10	Considerar o mesmo valor.	
11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (1)</p>	

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver tabela)

Domínio:  $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$

Capacidade funcional:  $\frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$

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

- Dor (ver tabela)

- Verificar a pontuação obtida nas questões 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4

- Aplicar fórmula:

Domínio: 
$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Dor: 
$$\frac{9,4 - 2}{10} \times 100 = 74$$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor.

Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo soma-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás.

Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

