

**Ministério da Saúde**  
**Fundação Oswaldo Cruz**  
**Centro de Pesquisas René Rachou**  
**Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde**

**Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes Idosos em  
Hemodiálise em Belo Horizonte – MG**

**por**

**Sonia Faria Mendes Braga**

**Belo Horizonte**

**Junho/2009**

**DISSERTAÇÃO MSC-CPqRR**

**S.F.M. BRAGA**

**2009**

**Ministério da Saúde**  
**Fundação Oswaldo Cruz**  
**Centro de Pesquisas René Rachou**  
**Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde**

**Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes Idosos em  
Hemodiálise em Belo Horizonte - MG**

**por**

**Sonia Faria Mendes Braga**

**Dissertação apresentada com vistas à obtenção do  
Título de Mestre em Ciências na área de  
concentração em Saúde Coletiva.**

**Orientação: Dr. Sérgio William Viana Peixoto**

**Co-orientação: Dra Mariângela Leal Cherchiglia**

**Belo Horizonte**

**Junho/2009**

Catálogo-na-fonte  
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ  
Biblioteca do CPqRR  
Segemar Oliveira Magalhães CRB/6 1975

B813a      Braga, Sonia Faria Mendes.  
2009

Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes Idosos em Hemodiálise em Belo Horizonte - MG / Sonia Faria Mendes Braga. – Belo Horizonte, 2009.

xvii, 155 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f.: 163- 172

Dissertação (Mestrado) – Dissertação para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós - Graduação em Ciências da Saúde. Área de concentração: Saúde Coletiva.

1. Falência Renal Crônica/terapia 2. Serviços de Saúde para Idosos/utilização 3. Diálise Renal/utilização 4. Qualidade de Vida/psicologia. I. Título. II. Peixoto, Sérgio William Viana (Orientação). III. Cherchiglia, Mariângela Leal (Co-orientação)

CDD – 22. ed. – 616.614

**Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Centro de Pesquisas René Rachou  
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde**

**Avaliação da Qualidade de Vida de pacientes idosos em  
Hemodiálise em Belo Horizonte – MG**

**por**

**Sonia Faria Mendes Braga**

**Foi avaliada pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:**

**Prof. Dr. Sérgio William Viana Peixoto (Presidente)**

**Profa. Dra. Celina Maria Modena**

**Profa. Dra. Valéria Maria de Azevedo Passos**

**Suplente: Prof. Dr. Antônio Ignácio Loyola Filho**

**Dissertação defendida e aprovada em: 26/06/2009**

## **Dedicatórias**

*Dedico este trabalho com todo amor e carinho:*

*Ao meu marido*

***Rogério**, ao lado de quem eu divido todos os prazeres e agruras da vida.*

*Aos meus filhos*

***Júlia e Daniel**, uma das grandes razões do meu viver.*

*A minha mãe, **Maria** e minhas irmãs **Sueli e Soraya**, pessoas a quem eu muito estimo.*

*Ao meu pai **Daniel** (in memoriam), de quem eu tenho uma grande saudade.*

***Todos à sua maneira contribuíram para a realização deste trabalho.***

## **Agradecimentos**

Primeiramente agradeço a Deus por todas as bênçãos derramadas sobre a minha vida e por mais uma vitória alcançada.

Ao meu orientador Dr. Sérgio William Viana Peixoto, seus conhecimentos foram essenciais em todas as etapas deste trabalho. Agradeço imensamente por tão dedicada orientação.

A minha co-orientadora Dra. Mariângela Leal Cherchiglia, agradeço pelo acolhimento em seu projeto de pesquisa e também por suas valiosas contribuições como co-orientadora.

Agradeço a Dra. Josélia Oliveira Araújo Firmo por acompanhar todo o percurso deste trabalho, principalmente pelas pertinentes observações.

Aos integrantes do Laboratório de Epidemiologia e Antropologia Médica do Centro de Pesquisas René Rachou (CPqRR) cordialmente agradeço: a Dra. Maria Fernanda Furtado Lima Costa; ao Dr. Antonio Ignácio de Loyola Filho e em especial a minha querida amiga Maria das Graças Uchôa Penido Fonseca.

Aos integrantes do Grupo de Pesquisas em Economia da Saúde a minha sincera gratidão: a Dra. Eli Iola Gurgel Andrade por ter me recebido no grupo com tanta simpatia e cordialidade; ao Dr. Francisco de Assis Acúrcio; a amável Daniele e as amigas e grandes colaboradoras: Elaine Leandro Machado, Juliana Álvares e Gisele Macedo.

A estatística Isabel Gomes, a sua contribuição foi imprescindível para a realização deste trabalho.

Aos bolsistas de iniciação científica do projeto TRS: Ana Paula Álvares, Hérica Maris Martins Silva; Flaviana de Jesus Moreira e Alexandre Xavier da Costa, sem a preciosa colaboração de todos vocês seria muito difícil a realização de muitas pesquisas no meio acadêmico.

Aos meus colegas e amigos da turma de mestrado e doutorado de 2007 do CPqRR, principalmente as amigas Ana Carolina Bocewicz e Kelly Alves Bicalho.

Ao CPqRR por me proporcionar a oportunidade de adquirir novos conhecimentos, uma nova capacitação e uma formação acadêmica de grande qualidade.

Aos pesquisadores e professores do CPqRR pelos conhecimentos transmitidos e também por nos mostrar os fascinantes, mas também tortuosos caminhos da Ciência.

Aos funcionários do CPqRR, especialmente as secretárias da pós-graduação Andréia e Cristiane e o bibliotecário Segemar, muito obrigada pela cordialidade e competência com que sempre me atenderam.

À Biblioteca do CPqRR em prover acesso gratuito local e remoto à informação técnico-científica em saúde custeada com recursos públicos federais, integrante do rol de referências desta dissertação, também pela catalogação e normalização da mesma.

Agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal (CAPES) pelo apoio financeiro que recebi desta instituição ao ter sido contemplada com uma bolsa de mestrado.

Aos representantes das Unidades de Hemodiálise envolvidas neste estudo, por permitirem a realização das etapas da coleta de dados.

Respeitosamente agradeço aos pacientes portadores de doença renal crônica terminal. Espero que este trabalho possa trazer alguma contribuição para melhorar a “*Qualidade de Vida*” de todos vocês. E que Deus os abençoe e lhes dê força no enfrentamento dessa doença.

*A vida começou, em silêncio, em momento distante do passado.  
O nascimento é apenas o vir à luz, o descobrimento,  
a revelação daquilo que havia sido plantado e cresceu.  
Não haverá parto se a semente não for plantada, muito tempo antes...  
Não haverá borboletas se a vida não passar por metamorfoses...*

**Rubem Alves**

## Sumário

<b>LISTA DE FIGURAS.....</b>	<b>XI</b>
<b>LISTA DE QUADROS .....</b>	<b>XII</b>
<b>LISTA DE TABELAS .....</b>	<b>XIII</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIMBOLOS .....</b>	<b>XIV</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>XVI</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>XVII</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>21</b>
<b>2.1 Objetivo geral .....</b>	<b>21</b>
<b>2.2 Objetivos específicos .....</b>	<b>21</b>
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>22</b>
<b>3.1 Doença Renal Crônica .....</b>	<b>22</b>
<b>3.2 Terapias Renais Substitutivas .....</b>	<b>24</b>
3.2.1 Diálise.....	24
3.2.2 Transplante Renal.....	25
<b>3.3 Epidemiologia da Doença Renal Crônica .....</b>	<b>26</b>
<b>3.4 Envelhecimento e Doença Renal Crônica.....</b>	<b>28</b>
3.4.1 Aspectos Renais do Idoso .....	29
3.4.2 Doença Renal Crônica nos Idosos .....	31
3.4.3 Terapias Renais Substitutivas nos Idosos .....	32
<b>3.5 Aspectos Conceituais da Qualidade de Vida .....</b>	<b>35</b>
3.5.1 Qualidade de Vida .....	35
3.5.2 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde.....	37
<b>3.6 Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida.....</b>	<b>38</b>
3.6.1 O Kidney Disease Quality of Life Short Form - KDQOL- SF™ .....	40
<b>3.7 Qualidade de Vida de pacientes adultos em Terapia Renal Substitutiva.....</b>	<b>44</b>
<b>3.8 Qualidade de Vida de pacientes idosos em Terapia Renal Substitutiva .....</b>	<b>52</b>
<b>4 MÉTODOS .....</b>	<b>56</b>
<b>4.1 Desenho do Estudo .....</b>	<b>56</b>
<b>4.2 População do Estudo .....</b>	<b>56</b>
<b>4.3 Critérios de Inclusão .....</b>	<b>56</b>
<b>4.4 Locais do Estudo .....</b>	<b>57</b>
<b>4.5 Coleta de Dados.....</b>	<b>57</b>
<b>4.6 Variáveis utilizadas no estudo .....</b>	<b>57</b>

4.7 Estudo Piloto .....	58
4.8 Análise dos Dados .....	58
4.9 Aspectos Éticos.....	59
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>60</b>
5.1 Características sócio-demográficas/econômicas e quanto à condição de saúde, uso de serviços de saúde e suporte social da população estudada.....	60
5.2 Qualidade de Vida dos pacientes idosos em hemodiálise segundo o KDQOL- SF™.....	64
5.3 Itens adicionais do KDQOL- SF™.....	84
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>85</b>
6.1 Características sócio-demográficas/econômicas e quanto à condição de saúde, uso de serviços de saúde e suporte social da população estudada.....	85
6.2 Qualidade de Vida dos pacientes idosos em hemodiálise segundo o KDQOL- SF™ .....	88
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>98</b>
<b>8 ANEXOS .....</b>	<b>99</b>
Anexo 1: Manual para uso e correção do KDQOL-SF™ .....	99
Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Usuário .....	102
Anexo 3: Questionário Padronizado Utilizado na Pesquisa.....	104
Anexo 4: Formulário de Aceitação da Instituição Pesquisada .....	159
Anexo 5: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.....	161
Anexo 6: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do CPqRR/FIOCRUZ.....	162
<b>9 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>163</b>

## Lista de Figuras

- Figura 1 -** Distribuição dos escores de QV nas 11 dimensões específicas do KDQOL-SF™ dos pacientes idosos em hemodiálise, Belo Horizonte – MG, 2006 - 2008..... 66
- Figura 2 -** Distribuição dos escores de QV nas 8 dimensões genéricas do KDQOL- SF™ dos pacientes idosos em hemodiálise, Belo Horizonte – MG, 2006 - 2008 ..... 66

## **Lista de Quadros**

<b>Quadro 1</b> - Estágios da DRC segundo níveis de filtração glomerular.....	23
---	----

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1 -</b>	Características sócio-demográficas/econômicas dos pacientes idosos (n=260) em hemodiálise, Belo Horizonte – MG, 2006-2008.....	61
<b>Tabela 2 -</b>	Características quanto às condições de saúde, uso de serviços de saúde e suporte social dos pacientes idosos (n=260) em hemodiálise, Belo Horizonte – MG, 2006-2008.....	63
<b>Tabela 3 -</b>	Dimensões específicas e genéricas do KDQOL-SF™ dos pacientes idosos (n=260) em hemodiálise, Belo Horizonte – MG, 2006-2008.....	65
<b>Tabela 4 -</b>	Coefficiente de <i>Correlação de Spearman (Rs)</i> entre as dimensões específicas e genéricas do KDQOL-SF™ e variáveis idade, escolaridade (anos de estudo), número de doenças crônicas e renda pessoal dos pacientes idosos em hemodiálise, Belo Horizonte - MG, 2006-2008 .....	68
<b>Tabela 5 -</b>	Distribuição das medianas das dimensões específicas do KDQOL-SF™, segundo variáveis sócio-demográficas/econômicas dos pacientes idosos em hemodiálise, Belo Horizonte – MG, 2006-2008.....	70
<b>Tabela 6 -</b>	Distribuição das medianas das dimensões genéricas do KDQOL-SF™, segundo variáveis sócio-demográficas/econômicas dos pacientes idosos em hemodiálise em Belo Horizonte – MG, 2006-2008.....	72
<b>Tabela 7 -</b>	Distribuição das medianas das dimensões específicas do KDQOL-SF™, segundo variáveis de condição de saúde, uso de serviços de saúde e suporte social dos pacientes idosos em hemodiálise, Belo Horizonte – MG, 2006-2008.....	75
<b>Tabela 8 -</b>	Distribuição das medianas das dimensões genéricas do KDQOL-SF™, segundo variáveis de condições de saúde, uso de serviços de saúde e suporte social dos pacientes idosos em hemodiálise, Belo Horizonte – MG, 2006-2008.....	77
<b>Tabela 9 -</b>	Distribuição das medianas das dimensões específicas do KDQOL-SF™, segundo a presença de comorbidades dos pacientes idosos em hemodiálise, Belo Horizonte – MG, 2006-2008.....	80
<b>Tabela 10 -</b>	Distribuição das medianas das dimensões genéricas do KDQOL-SF™, segundo a presença de comorbidades dos pacientes idosos em hemodiálise, Belo Horizonte – MG, 2006-2008.....	82

## **Lista de Abreviaturas e Símbolos**

<b>APAC</b>	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
<b>CHOICE</b>	Choice for Healthy Outcomes in Caring for End Stage Renal Disease
<b>CPqRR</b>	Centro de Pesquisas René Rachou
<b>DIA-QOL</b>	Dialysis Quality of Life Questionnaire
<b>DOPPS</b>	Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study
<b>DMMS</b>	Dialysis Morbidity And Mortality Study
<b>DRC</b>	Doença Renal Crônica
<b>DRCT</b>	Doença Renal Crônica Terminal
<b>DP</b>	Diálise Peritoneal
<b>DPCA</b>	Diálise Peritoneal Contínua Ambulatorial
<b>DPA</b>	Diálise Peritoneal Automática
<b>DPI</b>	Diálise Peritoneal Intermitente
<b>EQ-5D</b>	Euroqol
<b>EVA</b>	Escala Visual Analógica
<b>FAV</b>	Fístula Arteriovenosa
<b>FG</b>	Filtração Glomerular
<b>FIOCRUZ</b>	Fundação Oswaldo Cruz
<b>GPES</b>	Grupo de Pesquisas em Economia da Saúde
<b>HD</b>	Hemodiálise
<b>HRQL</b>	Health Related Quality of Life
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>KDQ</b>	Kidney Disease Questionare
<b>KDQOL-SF™</b>	Kidney Disease Quality Of Life- Short Form™
<b>KPS</b>	Karnofsky Performace Status Scale
<b>QV</b>	Qualidade de Vida
<b>QVRS</b>	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PNADS</b>	Pesquisas Nacionais por Amostras de Domicílios
<b>SF-36</b>	Short Form Health Survey-36
<b>SES/MG</b>	Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais
<b>SMS/BH</b>	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
<b>SBN</b>	Sociedade Brasileira de Nefrologia
<b>SIP</b>	Sickness Impact Profile
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TFG</b>	Taxa de Filtração Glomerular

<b>TRS</b>	Terapia Renal Substitutiva
<b>TX</b>	Transplante Renal
<b>WHOQOL-Bref</b>	World Health Organization Quality of Life
<b>WHOQOL –100</b>	World Health Organization Quality of Life

## Resumo

A mudança na estrutura demográfica brasileira, caracterizando um processo de envelhecimento populacional, alterou também o perfil epidemiológico da população, pois em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de morbi-mortalidade típico de uma população jovem, caracterizado por doenças infecto-contagiosas, para um perfil caracterizado por doenças crônicas, próprias das faixas etárias mais avançadas. Dentre essas doenças está a doença renal crônica terminal (DRCT), que causa grande deteriorização do estado de saúde e da qualidade de vida (QV) dos pacientes em decorrência da gravidade da doença e da complexidade das Terapias Renais Substitutivas (TRS). O objetivo do trabalho foi de descrever a QV dos pacientes idosos portadores de DRCT, que iniciaram a hemodiálise no município de Belo Horizonte, entre janeiro de 2006 e abril de 2008, segundo características sócio-demográficas/econômicas, condições de saúde e uso de serviços de saúde. O presente estudo constitui-se em uma análise transversal dos dados dos pacientes idosos ( $\geq 60$  anos) em hemodiálise coletados na pesquisa “Equidade no acesso e utilização de procedimentos de alta complexidade/custo no SUS-Brasil: Avaliação dos transplantes renais”. O instrumento utilizado para a coleta de dados da pesquisa foi dividido em três partes: a primeira parte foi constituída de um questionário para caracterização da população estudada, na segunda foi utilizado um instrumento para medida de utilidade o Euroqol (EQ-5D) e na terceira foi utilizado o Kidney Disease and Quality of Life - Short Form (KDQOL-SF<sup>TM</sup>) para avaliação da QV dos pacientes. Dos 260 pacientes idosos 55,8% eram homens, 59,1% não brancos e 46,5% com 1 a 4 anos de estudos. Os menores escores médios de QV foram sobrecarga da doença renal, papel profissional, funcionamento físico e função física. Os fatores que apresentaram associações significativas com os escores medianos de QV foram gênero, escolaridade, residir sozinho, trabalho atual, renda pessoal, plano de saúde, número de internações, número de medicamentos e número de doenças crônicas. Entre as comorbidades selecionadas, foram observadas associações significativas para diabetes, doenças cardíacas, artrite e depressão. Portanto, foi possível observar que a hemodiálise exerce influência em vários aspectos da QV dos idosos, sobretudo naqueles relacionados às dimensões físicas. Chama atenção a importância de algumas comorbidades na determinação de uma pior QV, destacando-se a forte associação com depressão. Esses resultados mostram que é possível identificar grupos vulneráveis, como idosos em hemodiálise, com pior QV, o que pode favorecer o planejamento de ações do serviço de saúde voltadas para essa população.

## Abstract

Changes in demographic structure characterize the ageing process and also alter the epidemiological profile of the population. As for Brazil, over a period of less than 40 years, the characteristic morbi-mortality profile switched from one of a young population, characterized by communicable diseases, to another of chronic diseases, typical among those of advanced ages. Those diseases comprise, among others, the End Stage Renal Disease (ESRD), which accounts for the deterioration of both health and quality of life (QoL), as a result of the complexity of treatments, such as the Renal Replacement Therapies (RRT). This study aims at describing the QoL of elderly patients with ESRD under haemodialysis in the city of Belo Horizonte, State of Minas Gerais, Brazil, from January 2006 to April 2008, according to their respective socio-demographic and economic aspects, life quality and demand for health services. This study consists of a cross-sectional analysis of data for elderly patients (over 60 years of age) under haemodialysis, collected from the survey “Equidade no acesso e utilização de procedimentos de alta complexidade/custo no SUS-Brasil: Avaliação dos transplantes renais”. The procedure applied for data collection purposes was divided into three parts: the first consisted of a questionnaire aimed at characterizing the population, the second was used the Euroqol (EQ-5D) for measure of the utility and third the Kidney Disease Quality of Life - Short Form (KDQOL-SF<sup>TM</sup>) for assessment of the QoL. Out of the 260 elderlies, 55,8% were men, 59,1% not pale skin and 46,5% had from 1 to 4 years of schooling. The lowest mean scores of QoL comprised overburden of the renal disease, professional status, physical functioning and physical function. It was found that the elements more closely related to the mean scores of QoL were gender, schooling, living alone, current professional occupation, personal income, health plan, hospital admissions, number of different types of medication and number of chronic diseases. Among the selected comorbidities, meaningful correlation has been found for diabetes, cardiac disease, arthritis and depression. Hence, the influence of haemodialysis over several aspects of the quality of life of the elderlies has been found, notably concerning aspects of physical dimensions. The role of some comorbidities draws the attention to the determination of a poorer QoL, mainly related to depression. These results show that it is possible to identify vulnerable groups, such as elderlies under haemodialysis, as presenting lower standards of quality of life, thus allowing for the planning of health care policies aimed at these groups.

## 1 INTRODUÇÃO

A partir de 1960, com o declínio da fecundidade em algumas regiões mais desenvolvidas do Brasil, iniciou-se o processo de envelhecimento da população brasileira. As Pesquisas Nacionais por Amostras de Domicílios (PNADS) a partir da década de 70 passaram a demonstrar que o fenômeno se estendia paulatinamente às demais regiões brasileiras, tanto nas áreas urbanas quanto rurais e a todas as classes sociais. Se no início do século a proporção de indivíduos que conseguia alcançar os 60 anos e mais se aproximava de 25%, em 1990 ela superava 78% entre as mulheres e 65% entre os homens; a esperança de vida ao nascer já ultrapassava os 65 anos. No período entre 2000 e 2050 ocorrerá o mais rápido incremento na proporção de idosos, que saltará de 5,1% para 14,2% da população brasileira (Chaimowicz, 1997, 1998, 2006; IBGE, 2002).

Com a transição demográfica, altera-se fundamentalmente o panorama epidemiológico relativo à morbidade e à mortalidade de uma determinada população. As doenças infecto-contagiosas, altamente prevalentes entre os jovens, tendem a diminuir a sua incidência, enquanto as doenças crônicas não transmissíveis aumentam a sua prevalência, expressando a mudança do perfil de morbimortalidade que acompanha o processo demográfico, o que é denominado transição epidemiológica (Ramos; Veras; Kalache, 1987; Ramos, 2006).

Embora importantes avanços tenham sido observados no perfil epidemiológico e demográfico da população brasileira, apontando para o aumento na expectativa de vida, nos dias atuais ainda se constata a existência de uma variedade de doenças crônico-degenerativas de origens multifatoriais, que surgindo insidiosamente provocam efeitos deletérios na saúde da população, delineando um novo perfil sanitário no país. Em decorrência de sua importância, tais doenças têm despertado grande interesse epidemiológico, sendo tratadas no enfoque da saúde pública, que preconiza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em diferentes grupos humanos expostos a riscos específicos (Bittencourt, 2003).

Dentre essas doenças está a doença renal crônica (DRC), caracterizada pela ausência de microorganismos, pela não-transmissibilidade, pelo longo curso clínico e pela irreversibilidade (Lessa, 1998). Como uma doença crônica não transmissível, apresenta uma condição sem perspectivas de melhoras rápidas e de evolução progressiva, causando problemas médicos, sociais e econômicos (Martins & Cesarino, 2005). Nas fases avançadas da DRC, os rins não conseguem manter a normalidade do meio interno do paciente, que somente sobrevive utilizando métodos de filtragem artificial do sangue, denominados

Terapias Renais Substitutivas (TRS): a Hemodiálise, a Diálise Peritoneal e o Transplante Renal (Romão Júnior, 2004).

A DRC tem um impacto negativo sobre os níveis de energia e vitalidade, o que pode reduzir ou limitar as interações sociais, causar problemas relacionados ao funcionamento físico e a saúde mental (Duarte, 2003; Duarte et al., 2005). Sendo assim, nos doentes renais de uma faixa etária mais avançada, os impactos da DRC poderiam ser mais significativos em virtude da gravidade da doença e da presença de comorbidades inerentes ao processo de envelhecimento (Abreu; Sesso; Ramos, 1998; Carvalho; Silva; Costa, 1999; Munikrishnappa, 2007).

Segundo Romão Júnior et al. (2000), atualmente observa-se uma maior incidência da doença renal na população com idade mais elevada, e três fatores afetando a hemodinâmica renal têm sido imputados para esta maior incidência: o próprio processo de envelhecimento renal, a maior frequência de estados patológicos nesta faixa etária e o uso excessivo de medicamentos nesse grupo específicos de doentes.

Como parte dos recursos terapêuticos de maior complexidade disponível, os tratamentos de substituição da função renal para pacientes idosos portadores de DRC, que eram anteriormente excluídos devido ao seu elevado custo do tratamento e da menor expectativa de vida, atualmente têm sido propostos para um maior número de pacientes dessa faixa etária (Carvalho; Silva; Costa, 1999). Dessa forma, a demanda de TRS para pacientes idosos tem aumentado no mundo inteiro, como consequência do envelhecimento populacional; ampliação dos critérios de inclusão para a diálise e aumento da incidência da DRC relacionada à idade (Harris et al., 2002).

Na França, desde que o tratamento por diálise foi implementado tem aumentado o número de pessoas idosas que estão recebendo esta intervenção e a idade média desses pacientes aumentou de 49 para 69 anos (Tyrrell et al., 2005). A Espanha apresenta um percentual de 37% do total dos pacientes em TRS com idade igual ou superior a 65 anos (Rebollo et al., 1998). No Reino Unido, os pacientes renais crônicos em TRS, com mais de 65 anos, aumentou de 22% em 1985 para 51% em 2001. Nos Estados Unidos da América (EUA), os pacientes idosos compreendem 54% da população em diálise. Nos dois países, os pacientes dessa faixa de idade são o maior grupo da população em tratamento para a doença renal crônica (Cassidy & Sims, 2004). No Brasil, atualmente cerca de 30% dos pacientes em diálise são idosos (Sesso et al., 2008).

Segundo Apostolou (2007) a qualidade de vida (QV) de pacientes idosos em TRS está associada a diversos fatores, que dependem da composição do grupo de estudo e dos critérios utilizados nas investigações. Rebollo et al. (1998) demonstraram que a QV de idosos que receberam transplante renal é melhor do que aqueles que estão em hemodiálise (HD). Por sua vez, a QV dos pacientes idosos em HD se mostrou similar a da população geral de mesmo sexo e idade (Rebollo et al., 2000) e melhor comparada a QV de jovens em hemodiálise nos aspectos físicos (Rebollo et al., 2001). Harris et al. (2002) não encontraram diferenças na QV de idosos em relação ao tipo de diálise: hemodiálise ou diálise peritoneal. Loos et al. (2003) encontraram uma pior QV dos idosos em diálise sem um planejamento anterior ao início do tratamento comparados aos que foram devidamente preparados. Cunqueiro et al. (2000) e Lopes G et al. (2007) observaram que as mulheres apresentaram uma pior QV do que os homens em hemodiálise. Unruh et al. (2008) não encontraram uma relação substancial entre idade e o declínio da QV comparando pacientes jovens e idosos acima de 70 anos em HD após três anos de tratamento de substituição da função renal.

No Brasil, a demanda por TRS para pacientes idosos também tem aumentado como consequência do envelhecimento populacional, podendo ser indicada para estes pacientes, por ela ser capaz de levar a mudanças nos seus níveis de saúde, proporcionando-lhes uma melhor QV e bem estar físico-emocional, ainda que pese a menor expectativa de vida e os altos custos destes tratamentos (Carvalho; Silva; Costa, 1999).

Apesar do aumento da população idosa em TRS, as condições de saúde dos pacientes idosos submetidos a este tratamento ainda são pouco estudadas em nosso meio. Desta forma, o estudo da QV desta população permite conhecer a influência que a TRS exerce nas diferentes dimensões que compõe a QV do idoso. Esses resultados são importantes para que o sistema de saúde, a sociedade, a família e o próprio indivíduo, possam lidar com as dificuldades comuns que surgem com o avançar da idade associadas com a terapia dialítica. Além disso, chama a atenção que os pacientes idosos apresentam mais hospitalizações, comorbidades e problemas sociais, tornando a QV um importante fator a ser considerado para determinar a melhor forma de tratamento para esta faixa etária.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

O estudo pretende descrever a Qualidade de Vida (QV) dos pacientes idosos portadores de Doença Renal Crônica Terminal (DRCT) em hemodiálise (HD) no município de Belo Horizonte, utilizando o instrumento Kidney Disease Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF™).

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Descrever o perfil sócio-demográfico/econômico, condições de saúde e uso de serviços de saúde dos pacientes idosos que iniciaram o procedimento de HD em Belo Horizonte – MG entre janeiro de 2006 e abril de 2008.
- Descrever a QV dos idosos que iniciaram HD em Belo Horizonte – MG entre janeiro de 2006 e abril de 2008, segundo características sócio-demográficas, condições de saúde e uso de serviços de saúde.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Doença Renal Crônica

Conceitua-se a Doença Renal Crônica (DRC) como uma síndrome complexa decorrente de inúmeras etiologias, que leva a perda progressiva da função renal. A doença apresenta um quadro de redução gradativa da filtração glomerular, principal mecanismo de excreção de solutos tóxicos gerados pelo organismo, ao longo do tempo. Em sua fase mais avançada, chamada de fase terminal de insuficiência renal os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do paciente (Brian, 2002; Romão Júnior, 2004; Draibe & Ajzen, 2005).

Dentre as principais causas da DRC está a hipertensão, pois os rins são os responsáveis no organismo pelo controle da pressão arterial; o diabetes melito com um número crescente de casos, sendo que após 15 anos de diabetes muitos pacientes começam a ter problemas renais; e a glomerulonefrite, resultante de uma inflamação crônica dos rins. Outras causas da doença renal são: rins policísticos (grandes e numerosos cistos crescem nos rins, destruindo-os), pielonefrite (infecções urinárias repetidas devido à presença de alterações no trato urinário, pedras, obstruções), doenças congênitas e causas classificadas como desconhecidas (Sociedade Brasileira de Nefrologia - SBN, 2007).

O diagnóstico da DRC baseia-se na identificação de grupos de risco, na presença de alterações de sedimento urinário (microalbuminúria, proteinúria, hematúria e leucocitúria) e na redução da filtração glomerular (FG) avaliado pelo “clearance” de creatinina (Ministério da Saúde, 2004).

A função renal é quantificada pela taxa de filtração Glomerular (TFG), sendo estimada por equações que incorporam o “clearance” de creatinina em urina de 24 horas e o sedimento urinário. A creatinina apresenta os seguintes valores de referência: crianças até 12 anos: 0,2 a 0,6 mg/dL; mulheres: 0,5 a 1,1 mg/dL; homens: 0,6 a 1,3 mg/dL (Pereira & Santos, 2005). As equações utilizadas para calcular a TFG têm a vantagem fornecer um ajuste para variações de sexo, idade, superfície corporal e raça que interferem na produção de creatinina. O valor de referência para a TFG para um homem jovem de 70 kg é de 125 ml/min./1.73m<sup>2</sup> de superfície corporal (Boim & Casarini, 2005).

Em pacientes idosos, a FG pode diminuir como parte do processo de envelhecimento do organismo, e é difícil diferenciar diminuição da FG relacionada com a idade com DRC no idoso. Portanto para fins de estratificação e intervenções, o diagnóstico de DRC não deve ser

feito exclusivamente a partir da estimativa da FG, mas também na presença de outros marcadores de doença renal, como alterações do sedimento urinário. Ocorre que o fluxo do plasma renal declina 10% por década a partir dos 30 anos de idade e a FG declina com a idade a uma taxa de 0,75 ml/min./ano (Davidson, 1998).

Segundo Brian (2002), Romão Júnior (2004) e a SBN (2007) os estágios iniciais da DRC, estágio 1 e 2 são geralmente assintomáticos. A função renal está normal, mas o risco para uma doença progressiva é significativa. Quando a função renal deteriora para os estágios 3 e 4 a doença renal se agrava. No estágio 5 o paciente apresenta o quadro de doença renal crônica terminal (DRCT) <sup>1</sup>. Para identificar os indivíduos com DRC é importante que seja realizada uma acurada estimativa da TFG de acordo com a classificação apresentada no Quadro 1.

**Quadro 1** - Estágios da Doença Renal Crônica segundo níveis de filtração glomerular

<b>Estágio</b>	<b>Filtração Glomerular (ml/min.)</b>	<b>Grau de Insuficiência Renal</b>
0	> 90	Grupo de Risco para DRC <sup>1</sup> Ausência de Lesão Renal
1	> 90	Lesão Renal Função Renal Normal
2	60 – 89	DR Leve ou Funcional
3	30 – 59	DR Moderada ou Laboratorial
4	15 – 29	DR Severa ou Clínica
5	< 15	DRCT <sup>2</sup>

Nota: 1= Doença Renal Crônica; 2= Doença Renal Crônica Terminal ou Dialítica

Fonte: João Egidio Romão Júnior, 2004; SBN 2007.

A DRCT é caracterizada pela perda irreversível da função renal, sendo considerada a fase mais avançada da DRC. Nesse estágio o paciente torna-se dependente das Terapias Renais Substitutivas (TRS) para evitar o desenvolvimento da uremia, caracterizada pelos seguintes sintomas: edema generalizado, hipertensão arterial, fadiga, anorexia, vômito, insônia, náusea, nictúria, poliúria, oligúria, câibras, prurido, palidez cutânea, dismenórreia, amenorréia, atrofia testicular, impotência, déficit cognitivo, déficit de atenção, confusão mental e coma, podendo levar o paciente ao óbito (Lazarus & Brenner, 2002).

<sup>1</sup> Muitos autores usam o termo insuficiência renal crônica (IRC) e insuficiência renal crônica terminal (IRCT) não havendo um consenso quanto à correta forma de emprego dos termos. Neste trabalho utilizaremos os termos doença renal crônica (DRC) e doença renal crônica terminal (DRCT) como opção de classificação.

## **3.2 Terapias Renais Substitutivas**

As Terapias Renais Substitutivas (TRS) são indicada quando o paciente com DRC apresenta sintomas graves de uremia, necessitando de tratamento para a substituição das funções dos rins como o tratamento dialítico: a hemodiálise ou a diálise peritoneal ou o transplante renal. Essas intervenções, embora não substituam todas as funções do rim normal, permitem a manutenção da vida e a correção de graves distúrbios bioquímicos decorrentes da fase terminal da doença renal crônica (Souza, 2004).

### **3.2.1 Diálise**

A diálise é um tipo de tratamento que visa repor as funções dos rins, retirando as substâncias tóxicas e o excesso de água e sais minerais do organismo, estabelecendo assim uma nova situação de equilíbrio. Usa-se o termo diálise para designar a depuração artificial ou extra-renal do sangue. É um processo físico-químico pelos quais duas soluções separadas por uma membrana semipermeável influenciam na composição uma da outra. Os mecanismos de transporte de solutos nesses processos são a difusão e a ultra-filtração (Canziani; Draibe; Nadaletto, 2005). A diálise se divide em: A) Hemodiálise (HD) e B) diálise Peritoneal (DP).

#### **A) Hemodiálise**

A HD vai promover a retirada das substâncias tóxicas, água e sais minerais do organismo pela passagem do sangue por um filtro com o auxílio de uma máquina. Em geral esta modalidade de TRS é realizada três vezes por semana, em sessões com duração média de 3 a 4 horas em clínicas especializadas neste tratamento. Para que o sangue passe pela máquina é necessário a colocação de um cateter ou a confecção de uma fístula arteriovenosa (FAV), que é um procedimento realizado mais comumente nas veias dos membros superiores, para permitir que estas fiquem mais calibradas e, desta forma, forneçam o fluxo de sangue adequado para ser filtrado. Para a confecção da FAV é necessária uma pequena cirurgia para realização da anastomose entre uma veia e uma artéria, que requer um período de quatro a seis semanas para maturação e início das sessões, portanto devem ser programadas com antecedência à necessidade de diálise para o paciente (Carpinter & Lazarus, 2002; Canziani; Draibe; Nadaletto, 2005; SBN, 2007).

## **B) Diálise peritoneal**

Na DP, ao invés de utilizar um filtro artificial para limpar o sangue, é utilizado o peritônio do paciente, através da colocação de um cateter flexível no abdômen, sendo feita a infusão de um líquido semelhante a um soro na cavidade abdominal. Este líquido, chamado de solução de diálise, vai entrar em contato com o peritônio, e por ele será feita a retirada das substâncias tóxicas do sangue. Após um período de permanência da solução de diálise na cavidade abdominal, esta solução fica saturada de substâncias tóxicas, sendo retirada e em seguida é feita a infusão de uma nova solução e, assim, sucessivamente durante todo o dia ocorre o processo de filtragem do sangue (Carpinter & Lazarus, 2002; Canziani, Draibe, Nadaletto, 2005; SBN, 2007).

A DP normalmente é utilizada quando o paciente não tolera o procedimento de HD ou não possui acesso venoso adequado como no caso de crianças e idosos. As indicações preferenciais para a modalidade são a presença de doenças cardiovasculares severas, dificuldade de acesso vascular e quando o paciente não tem condições para ir à unidade de diálise por estar acamado e debilitado (Canziani, Draibe, Nadaletto, 2005). A DP se subdivide em três tipos: Diálise Peritoneal Contínua Ambulatorial (DPCA), Diálise Peritoneal Intermitente (DPI), Diálise Peritoneal Automatizada (DPA).

### **3.2.2 Transplante Renal**

O transplante renal foi instituído como uma terapia eficaz após a década de 1960 com aprimoramento a partir de 1963, com a demonstração de que os episódios de rejeição aguda poderiam ser reversíveis com a administração de grandes doses de corticosteróides. O número de centros transplantadores se expandiu a partir de 1965, havendo progressiva melhora da sobrevivência dos pacientes, o que pode estar relacionado ao menor índice de complicações cirúrgicas e ao aparecimento de novas drogas imunossupressoras (Pestana et al., 2005). Dos vários programas substitutivos da função renal é o melhor tratamento para pacientes que não apresentam contra-indicações para realizá-lo, podendo oferecer uma melhor QV aos pacientes, sendo também mais custo-efetivo do que a diálise (Romão Júnior, 2004). Existem dois tipos de doadores para o transplante renal: doador vivo, que pode ser relacionado (parente) ou não-relacionado (não-parente) e doador cadáver (SBN, 2007).

### **3.3 Epidemiologia da Doença Renal Crônica**

No mundo cerca de 1,5 milhões de pessoas estão em diálise e mesmo com inúmeros esforços para melhorar a QV, durante os últimos 10 anos, a mortalidade dos pacientes dialíticos aumentou de 13% para 21 % por ano e durante este período a média de idade dos pacientes também aumentou (Dekker, 1997). Dessa forma, a DRC está sendo progressivamente considerada como um importante problema de saúde pública, no qual a detecção precoce pode melhorar os resultados do tratamento e reduzir os custos, evitando os estágios mais graves da doença (Pereira, 2005).

Estima-se que todos os dias, mais de 100 pessoas tornam-se portadores de DRCT, o estágio final da DRC, e que esta parece apresentar maior impacto sobre adultos mais velhos (Duarte, 2003). A doença vem apresentando aumento progressivo nas suas taxas de incidência relacionada ao incremento da prevalência de algumas doenças crônico-degenerativas como o diabete melito e a hipertensão arterial (Cherchiglia et al., 2004).

De acordo com United States Renal Data System (USRDS, 2007), que realizam registros epidemiológicos anuais sobre pacientes renais crônicos nos EUA, o programa de DRCT no país é tipicamente caracterizado pela avaliação do número total dos pacientes em tratamento, pela taxa de prevalência e incidência, pelo número de pacientes que receberam transplante e pela mortalidade. As taxas da doença são baseadas no número de pacientes por milhão da população geral (pmp) ajustadas por idade, gênero e raça. O maior crescimento tem ocorrido entre sujeitos com idade de 65 anos e mais. Os dados mostram que o número total de pacientes em diálise alcançou cerca de 500.000 pessoas em 2006. A prevalência mais que dobrou no país na última década chegando a 1.626 pmp em 2006. A incidência também tem crescido, alcançando 360 pmp em 2006. São realizados anualmente por volta de 18.000 transplantes. O número de óbitos registrado foi de 71.461 entre os pacientes em tratamento em 2006.

Segundo Romão Júnior et al., (2003) o número de pacientes mantidos em programa de diálise no Brasil também tem aumentado de maneira expressiva, principalmente pelo envelhecimento da população, e pelo aumento no número de portadores de hipertensão arterial e diabete melito (as duas maiores causas de DRC). Ao lado deste aumento na incidência da DRC, soma-se o fato de que a melhoria na terapêutica dialítica aumentou a sobrevida de pacientes em programa crônico de diálise e de que a saída de pacientes para o transplante renal no Brasil é muito baixa.

Dados do Censo de 2002 da SBN indicam que o número de pacientes mantidos em TRS no Brasil ocupa o quarto lugar no mundo, atrás dos Estados Unidos, Japão e Alemanha. A taxa de prevalência de pacientes mantidos em TRS no Brasil era de 310 pmp em janeiro de 2002, sendo uma prevalência bem mais baixa em relação às referidas por países desenvolvidos e inferiores mesmo às aquelas descritas em alguns países latino-americanos<sup>2</sup>. Esta situação pode sugerir que um número significativo de portadores de DRC não tem acesso ao sistema de saúde, não se beneficiando das terapias renais substitutivas (Romão Júnior, 2003).

Dados mais recentes do censo de 2008 da SBN demonstram que no Brasil do total de pacientes renais crônicos 87,2% eram reembolsados pelo SUS e 12,8%, por seguros de saúde privado. O número estimado de pacientes em diálise em março de 2008 foi de 87.044 com 89,4% dos pacientes em tratamento por hemodiálise e 10,6% por diálise peritoneal, sendo que mais da metade (54,7%) encontrava-se na Região Sudeste. O aumento anual do número de pacientes foi de 10,1% em 2005, 8,8% em 2006, 3,9% em 2007 e um crescimento marcante de 18,3% em 2008. A taxa de prevalência de tratamento dialítico em março de 2008 foi de 468 pmp, variando por região entre 236 pmp na Região Norte e 593 pmp na Região Sudeste. O número estimado de pacientes que iniciaram tratamento em 2007 foi de 26.177, correspondendo a uma taxa de incidência de 141 pmp, com variação por região entre 121 pmp (Norte) e 219 pmp (Centro-oeste). O percentual de pacientes em diálise com idade menor que 20 anos foram de 1,6%; de 20 a 59 anos foram de 62,1% e os com idade maior ou igual a 60 anos foi de 36,3% do total dos pacientes. Cinquenta e sete por cento dos pacientes eram do sexo masculino; 51 % tinham de cor de pele branca, 16 % negra, 31% parda, e 3 % outras. O número estimado de óbitos em 2007 foi de 13.338, correspondendo a uma taxa de mortalidade bruta de 15,2% em relação aos pacientes em risco durante o ano de 2006. As principais causas de óbito foram por doenças cardiovasculares e infecciosas (37% e 26%). O percentual de pacientes inscritos em fila de espera para transplante em março de 2008 foi de 42,6% (Sesso et al., 2008).

---

<sup>2</sup> Estados Unidos: 1457 pmp; Japão: 1298 pmp; Alemanha: 695 pmp Chile: 612 pmp; Argentina: 491 pmp; Uruguai: 782 pmp no ano de 2001.

### 3.4 Envelhecimento e Doença Renal Crônica

Considera-se envelhecimento populacional uma mudança nos pesos dos vários grupos de idade no total da população, com um maior peso nas idades mais avançadas e um menor nas idades mais jovens (Beltrão; Caramano; Kanzo, 2004).

No Brasil, projeções estatísticas indicam que a população idosa pertencente às coortes de elevada fecundidade e baixa mortalidade de pessoas nascidas nas décadas de 1940 a 1960 começou a alcançar os 65 anos<sup>3</sup> em 2005, marcando o início da fase rápida do envelhecimento populacional (Chaimowicz, 2006). A proporção de idosos saltará dos atuais 9% para 15%, em 2050, quando somarão 38 milhões com uma expectativa de vida ao nascer que em 1950 era de 50,9 anos, deverá atingir 73,9 anos em 2025/2030 e 76,9 anos em 2045/2050 (Camargos & Alves, 2004). À medida que aumenta o número de pessoas idosas e a esperança de vida, tornam-se mais freqüentes as enfermidades crônicas e as incapacidades, que requerem mais serviços médicos e sociais (Cotta et al., 2002).

A mudança na estrutura demográfica, caracterizando um processo de envelhecimento populacional, por sua vez altera também o perfil epidemiológico da população, pois em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de morbimortalidade típico de uma população jovem, para um caracterizado por enfermidades crônicas, próprias das faixas etárias mais avançadas. Essa mudança no perfil epidemiológico acarreta grandes despesas com tratamentos médicos e hospitalares, ao mesmo tempo em que se configura num desafio para as autoridades sanitárias, em especial no que tange à implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema (Brasil, 1999).

Segundo Chaimowicz (2006), a parcela de idosos na população brasileira atual consome uma considerável parte dos recursos da saúde, em decorrência da maior presença de doenças crônicas nessa população, sendo que em 2005 o gasto *per capita* da rede hospitalar do SUS com homens de 60 a 69 anos foi mais do que quatro vezes superior ao gasto com homens de 30 a 39 anos. Conseqüentemente, o envelhecimento representará um desafio adicional para o país, no tocante ao aumento das doenças crônicas, haja vista que tais doenças são caracterizadas pelo longo curso clínico e pela irreversibilidade.

Nesse contexto, se insere a DRC, que apresenta um perfil epidemiológico típico das doenças crônicas não transmissíveis: com longo período de latência, curso clínico insidioso e prolongado, onde não existe uma perspectiva de cura (Bertolin, 2007). O tratamento é

---

<sup>3</sup> No Brasil, idosos são consideradas pessoas com idade acima de 60 anos ou mais de acordo com o IBGE, 2002.

complexo envolvendo procedimentos de alto custo/complexidade, podendo surgir complicações durante o decorrer da doença, provocando por sua vez a necessidade de um maior número de internações, que acabam por onerar ainda mais o sistema de saúde (Ministério da Saúde, 2004).

De acordo com Davidson (1998), em vários países europeus desenvolvidos e nos Estados Unidos, nas últimas duas décadas, em virtude do padrão mais envelhecido desses países, ocorreu um aumento no número de pacientes idosos, portadores de doença renal incluídos nos programas dialíticos. A idade não foi uma barreira para investigação e mesmo para intervenção em determinadas doenças como na DRC em sua fase terminal. O que segundo Pires (2006), tem ocorrido no Brasil, em virtude do processo de envelhecimento da população. No nosso meio, cada vez mais pacientes idosos estão tendo acesso à assistência clínica para a DRC, notando-se uma melhora substancial na QV e na sobrevida destes pacientes. O autor ressalta que a doença renal nos idosos cresceu dramaticamente nos últimos anos no Brasil.

O fato é que tem ocorrido no Brasil, um crescimento linear do número de pacientes idosos iniciando diálise a cada ano, sendo que em todas as faixas etárias, a DRC apresenta importantes repercussões sociais, psicológicas e de restrição da QV, além de um custo social muito grande devido aos encargos financeiros. Juntando esses aspectos a cronicidade da doença e o stress do tratamento dialítico para os pacientes, são muitas as dificuldades dos indivíduos e também do sistema de saúde em lidar com a doença renal crônica (Ministério da Saúde, 2004).

### **3.4.1 Aspectos Renais do Idoso**

O envelhecimento modifica os rins pelas mudanças na morfologia (vasos renais, glomérulos, túbulos e interstício) e na fisiologia renal. Nesta última inclui-se o fluxo sanguíneo renal, o ritmo de filtração glomerular, a capacidade de reserva renal, a função tubular, o balanço do sódio e do potássio, os mecanismos de concentração e diluição tubular, e o mecanismo de acidificação urinária (Carvalho, 2002).

O rim é um dos órgãos mais sensíveis ao processo de envelhecimento, sofrendo modificações involutivas sob o ponto de vista anatômico e funcional. Essas alterações acarretam maior vulnerabilidade ao órgão pela redução da sua capacidade de adaptação, conferindo certa peculiaridade à enfermidade renal nessa faixa etária (Nussenzveig, 1994; Munikrishnappa, 2007).

Do ponto de vista anatômico, os rins de um indivíduo adulto jovem pesam entre 250 a 270g, mas com o envelhecimento, há perda progressiva da massa renal, caindo o peso para 180 a 200g na oitava década de vida. O número de glomérulos diminui em 30 a 50%, havendo um aumento da relação entre os glomérulos esclerosados e os normais: 1 em 10 glomérulos na idade de 80 anos comparados com 1 em 100 no adulto não idoso. Os túbulos se mostram diminuídos em número, volume e extensão. Atrofia tubular focal, fibrose intersticial e inflamação crônica são achados freqüentes e, em algumas situações, podem estar associados a áreas de esclerose glomerular. As arteríolas desenvolvem espessamento da íntima, duplicação da lâmina elástica interna e, hialinização com graus variados de estenose do lúmen (Nussenzweig, 1994; Abreu; Sesso; Ramos, 1998; Munikrishnappa, 2007).

De acordo com Nussenzweig (1994) e Munikrishnappa (2007) nas alterações funcionais observam-se uma queda progressiva da filtração glomerular com a idade. Essa queda é de aproximadamente 0,8 ml/min./1,73m<sup>2</sup> por ano. Assim a depuração de creatinina de 140 ml/min./1,73m<sup>2</sup> na terceira década da vida pode se reduzir para menos de 90 ml/min./1,73m<sup>2</sup> aos 80 anos de idade, sendo que a taxa de filtração glomerular abaixo desse valor corresponde às fases iniciais da doença renal crônica.

Clinicamente, a creatinina sérica é o marcador de função renal mais freqüentemente utilizado; entretanto, no idoso, é objeto de várias influências especiais. A diminuição da massa e da atividade muscular e o menor consumo de proteínas fazem com que o idoso tenha uma creatinina sérica “aparentemente normal” associada a graus variados de função renal. Assim, a relação creatinina/depuração de creatinina se altera com a idade (Abreu; Sesso; Ramos, 1998; Munikrishnappa, 2007).

Embora estejam bem definidas na literatura estas alterações variam em intensidade, proporcionando graus variados de deterioração da função renal. Acredita-se que outros fatores de risco, como doenças sistêmicas, dieta, meio ambiente e hábitos pessoais do idoso acelerem este processo de deterioração (Munikrishnappa, 2007).

Deve-se ressaltar ainda que as alterações anatômicas e funcionais que ocorrem nos indivíduos à medida que ficam mais velhos não significam um adoecimento renal. No entanto, a DRC pode apresentar um quadro de maior gravidade no indivíduo de uma faixa etária mais avançada, considerando uma maior fragilidade do organismo própria do envelhecimento e uma maior presença de comorbidades como a hipertensão arterial, o diabete melito e as doenças cardiovasculares (Nussenzweig, 1994; Abreu; Sesso; Ramos, 1998; Munikrishnappa, 2007).

### **3.4.2 Doença Renal Crônica nos Idosos**

As alterações anatômicas e fisiológicas nos rins, decorrentes do processo de envelhecimento renal, além da existência de uma patologia renal, aumentam a gravidade da disfunção dos rins nos indivíduos idosos (Kusumota; Rodrigues; Marques, 2004).

Podemos destacar as seguintes doenças que podem levar a DRC no idoso como as glomerulopatias que correspondem a 24% das causas de DRC que podem ser subdivididas em primárias e secundárias, sendo possivelmente associadas com o comprometimento renal (Carvalho, 2006), destacando-se a glomerulonefrite (nefrite crônica), que resulta de uma inflamação crônica dos rins. Depois de algum tempo, se a inflamação não é curada ou controlada, pode haver perda total das funções dos rins (SBN, 2007). O espectro das glomerulopatias no idoso é similar àquele que ocorre em crianças e adultos. Somente poucas diferenças clínicas e patológicas têm sido observadas. A glomerulonefrite rápida e progressiva parece ser mais prevalente na população idosa. A proteinúria é usualmente um bom marcador de doença glomerular e se torna mais proeminente naqueles pacientes com hipertensão arterial, comum nos idosos aumentando a taxa de morbidade e mortalidade neste grupo (Abreu; Sesso; Ramos, 1998).

Em relação à diabetes, a prevalência entre os idosos pode variar entre 20 a 30%. Com o avançar da idade, 50% dos indivíduos na nona década poderão apresentar tolerância anormal à glicose, inclusive necessitando do uso de insulina. O que ocorre é que a diabetes é a causa mais freqüente da DRC, sobretudo na população geriátrica (Abreu; Sesso; Ramos, 1998), sendo que o risco de morte em pacientes em DRCT é particularmente elevado em diabéticos e nos idosos (Lopes A et al., 2003).

Quanto à hipertensão, mais da metade dos idosos em todo mundo são hipertensos. Nos Estados Unidos, cerca de 50% dos indivíduos com mais de 65 anos de idade apresentam elevação da pressão arterial sistólica e/ou diastólica, com graves conseqüências sistêmicas como infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença vascular periférica e insuficiência renal (Abreu; Sesso; Ramos, 1998). Os autores estimam que no Brasil, em 2025, cerca de 7% da população total (16 milhões) será composta de idosos hipertensos, o que constituirá um dos grandes problemas de saúde pública a serem enfrentados.

De acordo com Firmo; Barreto; Lima-Costa (2004), a hipertensão arterial exige tratamento contínuo e controle durante toda a vida, sendo baixa a adesão ao tratamento e pequeno o número de hipertensos identificados e tratados adequadamente. Os dados dos idosos

residentes em Bambuí - MG mostraram uma prevalência da hipertensão arterial de 62%; uma alta prevalência de idosos que não sabiam ser hipertensos (23%) e uma alta prevalência daqueles que apesar de estarem sendo tratados, não apresentavam a hipertensão controlada (61%).

Esses dados devem ser considerados em relação à DRCT nos idosos, pois, um efetivo controle da hipertensão se consolida como a estratégia mais importante na tentativa de retardar a perda progressiva da função renal que ocorre com a idade. Elevados níveis de pressão sanguínea, podem levar a doença renal e a necessidade de TRS em indivíduos idosos (Passos; Barreto; Lima-Costa, 2003).

### **3.4.3 A Terapias Renais Substitutivas nos Idosos**

Atualmente, a proporção de pacientes idosos em TRS é considerável. Na Europa, mais da metade de novos pacientes iniciando a terapia estão com mais de 65 anos e mais da metade dos pacientes prevalentes estão com mais de 55 anos (López & Rotaeche, 2008).

No entanto, de acordo com Pires (2006), a hemodiálise em idosos apresenta alguns problemas decorrentes da faixa etária em que se encontram. Tais pacientes, freqüentemente, têm dificuldade no estabelecimento de acesso vascular satisfatório, e procedimentos secundários são provavelmente necessários. Ganhos de fluidos entre sessões de diálise são pouco tolerados, e a instabilidade vascular durante a diálise é comum.

Outro problema está relacionado à presença de diabetes melito nos pacientes submetidos à diálise (HD ou DP), principalmente os idosos. No início do tratamento, tais pacientes apresentam alguns problemas específicos em relação aos não diabéticos. É necessário um rígido controle glicêmico e dos níveis de pressão arterial desses pacientes em decorrência das possíveis complicações da doença associados com a terapia de substituição renal. Na HD o principal problema está relacionado ao acesso vascular, pois é necessária a confecção de uma fístula arteriovenosa (FAV), preferencialmente nos membros superiores do paciente, que no caso do diabético apresenta dificuldades para ser estabelecida, por causa dos freqüentes problemas arteriais e venosos decorrentes da doença. No caso da DP é maior o risco de inflamações no acesso abdominal para a troca das bolsas com o líquido de diálise para a filtração do sangue, podendo provocar uma peritonite no paciente. Outros problemas associados à diabetes é que estes pacientes apresentam “anemia crônica” devido à restrição alimentar, sendo comuns crises de hipoglicemia durante as sessões, principalmente nos insulíndependentes, ressaltando que os pacientes diabéticos estão mais sujeitos a outras

complicações vasculares como doença vascular periférica e acidente vascular cerebral. (Stein; Funfstuck; Schiel, 2004; Peres et al., 2007).

Outros problemas que podem afetar o paciente idoso em tratamento hemodialítico são as alterações que ocorrem na vida diária, tendo em vista a necessidade de realizar um tratamento contínuo que exige suporte de atenção à saúde. A dependência da equipe de saúde, da máquina que filtra o sangue e do suporte familiar para receber cuidado específico, incluindo o transporte à unidade de nefrologia pode trazer alguns transtornos na rotina desses pacientes (Souza, 2004).

Por outro lado, há evidências crescentes de que muitos pacientes idosos podem alcançar um nível satisfatório de reabilitação pela hemodiálise. Para isso é necessária uma equipe de saúde empenhada na avaliação contínua da mobilidade, do nível nutricional, da função cognitiva e do aspecto emocional, buscando também incentivar a participação do paciente no tratamento (Pires, 2006).

Quanto à diálise peritoneal trata-se de uma modalidade menos extenuante para os pacientes idosos. Ela permite ao idoso ser dializado em casa, sendo mais seguro para aqueles que apresentam reserva cardiovascular diminuída, arritmias, doença vascular periférica e principalmente falha no acesso vascular (FAV). Além disso, pode beneficiar os pacientes que moram distante da unidade de diálise ou os que estão institucionalizados (Oreopoulos, 1997).

Apesar das vantagens da DP, a HD é a principal modalidade para idosos com DRCT nos Estados Unidos, enquanto em outros países como Canadá, Austrália e no Reino Unido um número praticamente similar de pacientes idosos são tratados por DP e HD (Oreopoulos, 1997). No Brasil de acordo com a SBN (2007) 90,8% dos pacientes adultos, entre eles os idosos, fazem tratamento por hemodiálise e 9,2% por diálise peritoneal.

Cassidy & Sims (2004) acreditam que embora a DP seja mais efetiva para os idosos, freqüentemente, a modalidade requer a ajuda de familiares que nem sempre estão dispostos a colaborar ou de um profissional de enfermagem em nefrologia prestando assistência domiciliar a estes pacientes, o que nem sempre está disponibilizado pelos serviços de saúde dos países.

Em relação ao transplante renal, nos dias de hoje, são poucas as contra-indicações para a sua realização. A idade do paciente não é mais uma contra-indicação, como acontecia há alguns anos atrás, sendo uma importante opção terapêutica para o paciente com doença renal crônica na fase terminal, tanto do ponto de vista médico, quanto social e econômico, podendo ser

beneficiados tanto pacientes jovens quanto pacientes mais velhos (SBN, 2007). No entanto, a elevada presença de comorbidades entre os idosos que realizam TRS pode ser considerada uma contra-indicação relativa para a realização do transplante renal nesses pacientes. (Otero-Ravinã et al., 2005).

A prática clínica de transplante renal no Brasil obedece a Lei Federal nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. A Lei estabelece que todos os pacientes portadores de doença renal crônica em tratamento dialítico têm direito de serem inscritos no Cadastro Técnico Único de Transplante de Rim da Secretaria de Estado de Saúde (SES) do seu estado. Os pacientes inscritos deverão ser classificados por tempo de espera ou tempo em diálise (Brasil, 1997).

De acordo com Otero-Ravinã et al. (2005) o transplante renal em pacientes acima de 60 anos tem se tornado uma prática comum em vários países do mundo desenvolvido, onde representam ¼ do total dos transplantes realizados. O autor ressalta que somente a idade não pode ser um critério determinístico para excluir os pacientes idosos dos benefícios do transplante renal, mas que os critérios de seleção devem estar baseados na indicação médica, nos aspectos clínicos e na presença de comorbidades. E quanto à escassez de órgãos disponíveis e a posição de que os pacientes mais jovens teriam que ter prioridade por causa da maior expectativa de vida, ele faz a seguinte afirmação: *“O valor da vida humana não pode ser julgado com base na idade”*.

Portanto, dentre as modalidades de tratamento da DRCT o transplante renal é a mais custo-efetiva, proporcionando uma melhor QV aos pacientes renais crônicos, que não apresentam contra-indicação para realizá-lo (Riella, 1998; Romão Júnior et al., 2003; Cherchiglia et al., 2006; Cunha et al., 2007). E mais, o transplante seria a intervenção que pode fornecer maior possibilidade de independência das restrições impostas pelos outros tipos de tratamento (Ravagnani et al., 2007).

Apesar da importância numérica de pacientes idosos em diálise, os estudos com foco neste grupo etário são escassos. Os idosos constituem um grupo particular com características demográficas e clínicas peculiares que devem ser consideradas. Afortunadamente, nos últimos anos tem havido um crescente interesse da epidemiologia da doença renal crônica nos idosos, manifestada por publicações recentes sobre pacientes que recebem diálise e pacientes em tratamento conservador. Nesse sentido, alguns estudos observacionais têm sido conduzidos nos países desenvolvidos, sobre a QV de pacientes idosos em diálise (López & Rotaecche, 2008).

### 3.5 Aspectos Conceituais da Qualidade de Vida

Existem duas tendências quanto à conceituação do termo na área da saúde: Qualidade de Vida (QV) como um conceito mais genérico e amplo, aparentemente influenciado por aspectos sociológicos e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) com uma aceção mais específica, considerando mais os aspectos associados às enfermidades e intervenções em saúde.

O termo “qualidade de vida” está em moda, tem se tornado popularizado, um clichê. Recentemente o termo tem aparecido na televisão, nos anúncios de revistas, nas principais notícias de jornais e nos discursos políticos. Entretanto, o termo qualidade de vida não é apenas usado do discurso do cotidiano, mas também no contexto das pesquisas se está relacionado a várias áreas tais do conhecimento como a sociologia, a psicologia, medicina, economia, filosofia, história e geografia. Um termo de uso multidisciplinar (Farquhar, 1995, p. 1439).

#### 3.5.1 Qualidade de Vida

O tema Qualidade de Vida (QV) constitui uma das grandes questões e desafios para a área da saúde neste início de século. Muito se tem falado sobre QV e muitas são as tentativas de se encontrar a melhor definição para o termo, abordado sob os mais diferentes olhares, seja pelo olhar da ciência ou pelo olhar dos indivíduos (Bittencourt, 2003).

Diante da necessidade de formular um conceito voltado para a perspectiva da saúde a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu em 1994 QV 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 (p. 551).

Esse é um conceito amplo, influenciado pelos aspectos sociológicos associados às intervenções em saúde (Fleck et al., 1999; 2000).

O grupo de estudiosos sobre QV vinculados a OMS considera que apesar de não existir uma conceituação consensual, existem características comuns do constructo QV, como a *subjetividade* que se refere ao propósito da percepção pessoal; a *multidimensionalidade* que inclui várias dimensões na constituição da QV: física, psicológica e social; e a *bipolaridade* que se refere à inclusão de dimensões tanto positivas quanto negativas (WHOQOL Group, 1994)

Desta maneira, o conceito de QV é abrangente, pois interliga diversas abordagens e problemáticas. No domínio da produção técnica, destacam-se três âmbitos complementares

que são fundamentais para a análise da QV. O primeiro âmbito trata da distinção entre os aspectos materiais e imateriais da QV. Os aspectos materiais dizem respeito às necessidades humanas básicas, como as condições de habitação, o abastecimento de água e o sistema de saúde, ou seja, os aspectos de natureza física e infra-estrutural. Já os aspectos imateriais estão mais ligados ao meio ambiente, ao patrimônio cultural e ao bem-estar social. Um segundo âmbito faz a distinção entre os aspectos individuais e os coletivos. Os componentes individuais relacionam-se principalmente com a condição econômica, pessoal e familiar; já os coletivos estão diretamente ligados aos serviços básicos e públicos. O terceiro âmbito seria a diferença entre os aspectos objetivos da QV, que são facilmente apreendidos por meio da definição de indicadores de natureza quantitativa, e os aspectos subjetivos, que remetem a percepção subjetiva que os indivíduos têm sobre QV, o que varia conforme a pessoa e o estrato social (Belasco & Sesso, 2006).

Na literatura médica o termo QV tem sido aplicado como sinônimo de condições de saúde e funcionamento social, sendo um termo geral que inclui uma variedade de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com a sua atividade diária, não se limitando a sua condição de saúde e as intervenções médicas (Fleck et al., 1999, 2000).

Outros autores acreditam que a introdução da QV na área da saúde possivelmente tenha sido decorrente de três fatores. O primeiro foi o grande avanço tecnológico que propiciou maiores possibilidades para a recuperação da saúde e prolongamento da vida; o segundo consiste na mudança do panorama epidemiológico das doenças, sendo que o perfil dominante passou a ser o das doenças crônicas; o terceiro fator trata da tendência de mudança sobre a visão do ser humano, antes visto como organismo biológico que deveria ser reparado e, hoje, como agente social (Belasco & Sesso, 2006).

Para Minayo, Hartz e Buss (2000) tornou-se lugar comum, no âmbito do setor saúde, repetir, com algumas variantes, a seguinte frase: *saúde não é doença, saúde é qualidade de vida*. Por mais correta que esteja tal afirmativa costuma ser vazia de significado e, freqüentemente, revela a dificuldade que temos, como profissionais da área, de encontrar algum sentido teórico e epistemológico fora do marco referencial do sistema médico que, sem dúvida, domina a reflexão e a prática do campo da saúde pública.

A noção de QV transita em um campo semântico polissêmico: de um lado, está relacionada a modo, condições e estilos de vida. De outro, inclui as idéias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana. E, por fim, relaciona-se ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos

direitos humanos e sociais. No que concerne à saúde, as noções se unem em uma resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece, como parâmetros, para si (Minayo; Hartz; Buss, 2000).

Resumindo, o termo QV implica na inter-relação mais ou menos harmoniosa dos vários fatores que moldam e diferenciam o cotidiano do ser humano e resultam numa rede de fenômenos, pessoas e situações. Muitos fatores de natureza biológica, psicológica e sócio-cultural, assim como saúde física, saúde mental, longevidade, satisfação no trabalho, relações familiares, disposição, produtividade, dignidade e espiritualidade estão associados ao termo qualidade de vida (Neri, 1993).

### **3.5.2 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde**

A Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) é um subconjunto do termo Qualidade de Vida (QV), freqüentemente utilizado para se distinguir QV em sentido mais geral e QV relacionada a parâmetros médicos e clínicos. A QVRS aborda aspectos relevantes que podem variar a cada estudo, mas em geral, englobam saúde, sintomas físicos, funções físicas, emocionais, cognitivas e sexuais, estado funcional e as possíveis conseqüências desses fatores (Diniz, 2005).

Gianchello (1996) apud Minayo, Hartz e Buss (2000) afirma que a versão inglesa do conceito de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde - *Health related quality of life (HRQL)* – é o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se um dos principais indicadores sobre o resultado de intervenções. Portanto, os conceitos fundamentais de QVRS seriam igualmente a percepção da saúde, as funções sociais, psicológicas e físicas, bem como os danos a elas relacionados.

Valderrábano et al. (2001) incluem na QVRS os domínios físico, psicológico e social da saúde, nos quais incluem uma diversidade de componentes. Além disso, cada componente pode ser expresso de diferentes maneiras de acordo com a percepção subjetiva de cada paciente, pois, dois pacientes com condições clínicas e terapêuticas similares, podem avaliar a QV de maneiras diferentes, tendo em vista o conceito, as condições de vida e a percepções de cada um deles.

Dentro desta perspectiva, a avaliação da QVRS é uma ferramenta capaz de verificar o impacto da doença, saúde e tratamento, sendo composta por indicadores multidimensionais,

permitindo avaliar pessoas diferentes, que possuem a mesma doença e que apresentam diferentes níveis de saúde e bem estar físico e emocional (Ciconelli, 1997).

Apesar de não existir um consenso sobre o significado do termo QV, por se tratar de conceitos relativos à percepção subjetiva e individual, é possível mensurá-la através de instrumentos padronizados e validados para serem utilizados em determinada população (Duarte, 2003).

### **3.6 Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida**

Baseado na literatura pode-se afirmar que a QV incorpora medições com uma carga variável de subjetividade, requerendo métodos de avaliação válidos e confiáveis.

Para avaliar a QV, alguns conceitos básicos devem ser considerados, pois sendo um conceito multidimensional, é difícil decidir quais variáveis devem ser incluídas dependendo da finalidade do estudo. Desta forma, os instrumentos para medir a QV são desenhados com diversos propósitos tais como: conhecer e comparar o estado de saúde entre populações e para avaliar o impacto de certas intervenções terapêuticas (Velarde-Jurado & Avila-Figueroa, 2002).

Uma das formas de avaliação que têm sido utilizadas são os questionários de mensuração de QV. Estes são usados para transformar medidas subjetivas em dados objetivos que podem ser quantificados e analisados de forma global ou específica e, quando aplicados em diferentes momentos do tratamento, podem definir a melhora ou piora do paciente em diferentes aspectos, não existindo um único instrumento capaz de avaliar todas as situações de doença ou saúde. Sendo assim, a escolha desses instrumentos deve estar associada ao objetivo do estudo, devendo ser considerada a disponibilidade no idioma e no contexto cultural em que será aplicado (Ciconelli, 1997).

Segundo Ciconelli (1997) para avaliar a QV são utilizados, tanto na clínica, quanto na pesquisa instrumentos classificados como genéricos ou específicos. Os instrumentos genéricos têm por objetivo aferir o impacto de uma doença sobre a vida das pessoas, considerando a variedade da população. Estes questionários avaliam aspectos referentes à função, disfunção e desconforto físico e emocional e, podem ser subdivididos em dois modos de avaliação.

O primeiro caracterizado como *Perfil de saúde* (avalia o estado de saúde) proporciona uma ampla avaliação de diferentes aspectos da QV do paciente, podendo ser utilizados em qualquer população (Ciconelli, 1997). Os instrumentos mais comumente utilizados na avaliação de perfis de saúde são: *Sickness Impact Profile (SIP)*, *Nottingham Health Profile*

(NHP), Karnofsky Performance Status Scale (KPS) ou Karnofsky Index, O World Health Organization Quality of Life (WHOQOL –100) e o WHOQOL BREF, The medical Outcome Study 36 - item Short-form Health Survey (SF-36).

O segundo caracterizado como *Medidas de utilidade (utility)*: traduz a preferência do paciente por um determinado estado de saúde. O exemplo mais comum: o Euroqol (EQ-5D) é uma medida padronizada que reflete a preferência dos pacientes para diferentes estados de saúde inclusive a morte. Pode ser utilizado em estudos de custo-utilidade que combinam duração da vida e qualidade de vida (Euroqol Group, 1990).

Já os instrumentos específicos têm como objetivo detectar os aspectos da QV para uma determinada doença ou população, permitindo uma melhor identificação da melhora ou piora do evento em estudo, pela mensuração de alterações no estado de saúde após uma intervenção (Ciconelli, 1997).

De acordo Rodrigues - Neto, 1998; Duarte, 2003 e Kusomota, 2005 entre os instrumentos específicos de avaliação da QV em pacientes com DRCT destacam-se o Kidney Disease Questionnaire (KDQ); Choice for healthy outcomes in caring for End Stage Renal Disease (CHOICE); O Dialysis Quality of Life Questionnaire (DIA-QOL); O Kidney Disease and Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF™).

Valderrábano et al. (2001) ressaltam que transformar os vários aspectos e componentes da QV dentro de valores quantitativos é uma tarefa complexa que implica na necessidade de equacionar múltiplas dimensões com a avaliação multi-item de cada dimensão. Muitos componentes da QV não podem ser observados diretamente. Eles são avaliados indiretamente por perguntar ao paciente uma serie de questões conhecidas como “itens” nos quais medem o mesmo conceito ou constructo. As respostas são convertidas dentro de pontuações numéricas que são combinadas para produzir domínios e sumarizar pontuações.

Segundo Duarte et al. (2003) a maioria dos questionários para a avaliação da QV está escrita na língua inglesa, não sendo suficiente apenas fazer a tradução, para aplicá-los em pacientes que falam outros idiomas. O processo de adaptação requer, geralmente, traduções iniciais, exames qualitativos dos itens traduzidos (com relação à clareza, linguagem comum e adequação conceitual), comparação das traduções, aplicação da versão traduzida em uma amostra de pacientes, estabelecimento de painéis e exame de um comitê de especialistas. Essas etapas são necessárias para avaliar a equivalência dos questionários em diferentes idiomas. Embora não haja um consenso na literatura sobre a melhor forma de se obter

equivalência na tradução dos instrumentos, a utilização de um modelo universalista, que seja aplicável a vários tipos de cultura, tem sido proposta.

### **3.6.1 O Kidney Disease Quality of Life Short Form - KDQOL-SF™**

O KDQOL-SF™ é um instrumento de simples aplicação desenvolvido para indivíduos com DRCT para avaliação da QV. Foi elaborado por Hays et al. (1994), com o objetivo de entender o impacto da DRC na vida dos pacientes, bem como a associação entre o tratamento da doença e o bem-estar físico, mental e social destes pacientes. Primeiramente foi produzido o KDQOL™ Long Form; posteriormente em 1995 o KDQOL™ Short Form versão 1.2 e em 1997 o KDQOL-SF™ versão 1.3, substituindo desde então a versão anterior. Os autores do instrumento pertencem ao KDQOL Working Group/Rand Corporation da Universidade do Arizona nos EUA, que autorizam a tradução e o uso do instrumento para outros idiomas, segundo suas especificações.

De acordo com Hays et al. (1994), o KDQOL-SF™ é um instrumento auto-aplicável de 80 itens divididos em 19 dimensões. Inclui o Short-Form Health Survey (SF-36) como uma medida genérica e é suplementado com escalas do tipo multi-itens, voltadas para as preocupações particulares dos pacientes renais crônicos. A parte genérica o SF-36 consiste de oito dimensões relacionadas ao status de saúde físico e mental: funcionamento físico (10 itens), limitações causadas por problemas da saúde física (4 itens), limitações causadas por problemas de saúde emocional (3 itens), função social (2 itens), bem-estar emocional (5 itens), dor (2 itens), energia/fadiga (vitalidade) (4 itens), percepção da saúde geral (5 itens) e um item sobre o estado de saúde atual comparado há um ano atrás que é computado à parte. A parte específica consiste de onze dimensões relacionadas à doença renal e a diálise: lista de sintomas/problemas (12 itens), efeitos da doença renal sobre a vida diária (8 itens), sobrecarga imposta pela doença renal (4 itens), papel profissional (2 itens), função cognitiva (3 itens), qualidade das interações sociais (3 itens), função sexual (2 itens), sono (4 itens), suporte social (2 itens), estímulo da equipe de diálise (2 itens) e satisfação do paciente com o tratamento (1 item). O item contendo uma escala variando de 0 a 10 para a avaliação da saúde em geral é computado à parte.

O processo de codificação do questionário obedece ao “Manual para uso e correção do Kidney Disease and Quality of life - Short Form - KDQOL- SF™ 1.3” (Anexo 1), elaborado pelos autores Hays et al. (1994). Em termos gerais, para a avaliação dos resultados é dado um escore para cada item (ou questão), posteriormente transformado numa escala de 0 a 100, na

qual o valor 0 reflete uma pior QV e o valor 100 reflete uma melhor QV. A consistência interna estimada pelo KDQOL-SF™ excedeu 0,80 (variação de 0,61 a 0,90).

Para compreensão da estrutura do KDQOL-SF™ são descritas as funções de cada dimensão na avaliação dos pacientes segundo os autores do instrumento e a tradução efetuada por Duarte (2003):

**A) Dimensões genéricas (SF-36): 8 dimensões**

1. Funcionamento Físico: essa dimensão avalia as limitações em atividades devido à condição de saúde que variam do auto-cuidado até as atividades que exigem muito esforço, ou seja, avalia a presença e a extensão das limitações relacionadas à capacidade física para realizar tais atividades.
2. Função Física: essa dimensão aborda as limitações causadas por problemas da saúde física, avaliando as limitações no tipo e quantidade de trabalho e se estas limitações dificultam a realização desse trabalho e as atividades habituais do paciente, devido a sua saúde física.
3. Dor: essa dimensão avalia a intensidade da dor e a interferência desta dor nas atividades diárias do paciente.
4. Saúde geral: essa dimensão avalia o estado atual e o estado geral da saúde do paciente.
5. Bem estar emocional: essa dimensão avalia os sintomas depressivos, a ansiedade e as alterações do comportamento ou descontrole emocional do paciente, bem como o seu bem-estar psicológico.
6. Função emocional: aborda as limitações causadas por problemas da saúde emocional, avaliando as limitações no tipo e quantidade de trabalho e se estas limitações dificultam a realização desse trabalho e de atividades habituais do paciente, devido a sua saúde emocional.
7. Função social: essa dimensão avalia a interferência dos problemas físicos e emocionais sobre atividades sociais relacionados à família, amigos, vizinhos e grupos.
8. Energia e fadiga (vitalidade): essa dimensão avalia o nível de energia e fadiga percebido pelo paciente.

“O estado de saúde atual comparado com um ano atrás” trata-se de um item do questionário computado à parte, que é importante para analisar alterações na saúde geral, ocorridas no período de um ano.

### **B) Dimensões específicas da DRC: 11 dimensões**

1. Lista de sintomas e problemas: avalia o sintoma ou problema em relação à doença renal que incomoda o paciente nos últimos 30 dias, como por exemplo, dores nos músculos, dor de cabeça, câimbras durante a diálise, pele seca, coceira na pele, falta de ar, fraqueza ou tontura, falta de apetite, esgotamento, dormência nas mãos ou pés, náuseas, problemas com o acesso vascular.
2. Efeitos da doença renal: avalia o impacto das restrições de líquidos e alimentos, capacidade para o trabalho, limitação para viajar, depender de profissionais da saúde, estresse e preocupações com a doença renal, vida sexual e aparência pessoal.
3. Sobrecarga da doença renal: avalia a extensão na qual a doença renal causa frustração e interferência na vida do paciente.
4. Papel profissional: avalia as dificuldades relacionadas ao trabalho indagando se o paciente exerceu atividade remunerada nas últimas quatro semanas e se a saúde impossibilitou de exercer esse tipo de atividade.
5. Função cognitiva: avalia se o paciente apresenta dificuldades com a memória ou para se concentrar em alguma tarefa.
6. Qualidade das interações sociais: avalia a extensão na qual o paciente se manteve irritado ou isolado com pessoas próximas.
7. Função sexual: avalia se os pacientes realizam atividade sexual e a extensão de problemas para ter excitação e satisfação sexual
8. Sono: avalia o sono em geral, a frequência com que o paciente acorda durante a noite, a quantidade de sono e a dificuldade de manter-se acordado durante o dia.
9. Suporte social: avalia a satisfação do paciente em relação ao apoio recebidos de seus familiares e amigos e também com suas relações sociais.
10. Estímulo da equipe de diálise: avalia a extensão na qual a equipe de profissionais da diálise encoraja o paciente a ser o mais independente possível e a lidar com a doença renal.

11. Satisfação do paciente: avalia o grau de satisfação do paciente em relação aos cuidados que ele recebe durante o tratamento dialítico.

O item contendo uma escala variando de 0 a 10 para “Avaliação da saúde em geral” é computado à parte no instrumento.

No desenvolvimento do KDQOL™ Hays et al. (1994) administraram o questionário em uma amostra de 165 pacientes de oito unidades diferentes de diálise para avaliar a QV desses pacientes. Os resultados forneceram um forte suporte para confiabilidade e validade do instrumento. A confiabilidade estimada excedeu 0,75 para cada uma das 19 escalas. Baseados nos resultados do estudo, os autores recomendaram o uso do instrumento como medida de resultado da QV, tanto nos estudos da eficácia médica quanto nos estudos de efetividade das terapias para a doença renal.

O KDQOL-SF™ tem o propósito de mensurar a QV, satisfazendo duas propriedades essenciais: a avaliação das dimensões que são importantes para a condição de saúde (por exemplo, a função física, dor, bem-estar emocional) e a integração da informação dos domínios específicos e genéricos, permitindo uma análise mais completa da qualidade de vida (Hays et al., 1994, 1995)

No Japão, o KDQOL- SF™ foi traduzido e adaptado culturalmente para a população japonesa por Green et al. (2001). Nas oito dimensões do SF-36 a consistência interna do instrumento variou de 0,73 a 0,92 (coeficiente  $\alpha$  de Cronbach) e os coeficientes de correlação intra-classe entre os escores obtidos no teste e re-teste variaram de 0,60 a 0,80. Nas dimensões específicas o coeficiente  $\alpha$  variou de 0,69 a 0,92 e os coeficientes de correlação intra-classe entre os escores de teste e re-teste excedeu 0,65. Os autores concluíram que diante dos resultados encontrados, o questionário se mostrou capaz de produzir dados confiáveis sobre a QV de pacientes japoneses em diálise.

Korevaar et al. (2002), traduziram e adaptaram culturalmente o KDQOL-SF™ na Holanda, para determinar a validade e confiabilidade do instrumento para medir a QV em relação às diversas dimensões da doença renal e também para verificar a habilidade de detectar mudanças clínicas ao longo do tempo dos pacientes em diálise, utilizando-o na população holandesa. Os resultados foram satisfatórios demonstrando uma alta confiabilidade e validade, o que levou os autores a recomendarem a aplicação do instrumento nos estudos para avaliar a QV dos DRC em tratamento dialítico.

Molsted et al. (2005) também traduziram e adaptaram o KDQOL-SF™ para obter a versão do questionário em dinamarquês. Os autores encontraram resultados  $\alpha$  de Cronbach de 0,46 a 0,93, alcançando valores na consistência interna do instrumento no mesmo nível da versão original norte-americana.

No Brasil, o KDQOL-SF™ foi traduzido, validado e adaptado culturalmente para a população brasileira por Duarte (2003). A confiabilidade intra e inter-observadores foi estatisticamente significativa e, altos valores para o coeficiente  $\alpha$  de Cronbach foram obtidos, variando de 0,65 a 0,99 entre todas as dimensões do instrumento.

Segundo Duarte (2003), o KDQOL-SF™ é o instrumento mais completo disponível atualmente para avaliar QV de pacientes renais crônicos em diálise, pois, inclui aspectos gerais sobre saúde, permitindo comparações com a população geral e outras condições crônicas e, aspectos específicos da doença renal, permitindo uma avaliação detalhada sobre a QV destes pacientes.

### **3.7 Qualidade de Vida de pacientes adultos em Terapia Renal Substitutiva**

A QV tem crescentemente sido utilizada como um dos parâmetros que pode e deve ser medido em estudos do efeito da doença e tratamento em pacientes. As diálises peritoneais, hemodiálise e transplante renal são as opções atuais para o tratamento de pacientes com DRC avançada. Embora a taxa de sobrevivência seja usada para avaliar o sucesso destas terapias, a importância da percepção do paciente quanto a sua QV não é bem reconhecida na literatura (Rodrigues - Neto, 1998).

Os avanços tecnológicos e terapêuticos na área da diálise contribuíram para o aumento da sobrevivência dos doentes renais crônicos, sem possibilitar-lhes, entretanto, o retorno às suas atividades normais. Esses pacientes, que dependem de tecnologia avançada para sobreviverem, apresentam limitações no seu cotidiano e vivenciam inúmeras perdas e mudanças que interferem na sua qualidade de vida (Martins & Cesarino, 2005).

Duarte (2003) afirma que a QV dos pacientes em diálise parece estar prejudicada em função de quatro fatores principais: fatores associados à doença, fatores associados ao tratamento, fatores psicológicos e fatores sociais. Os fatores associados à doença incluem dor, fadiga e incapacidade. Entre os fatores relacionados ao tratamento destacam-se os horários da diálise, o tempo requerido para o tratamento, condições nutricionais e comorbidades. Nos fatores psicológicos e sociais estão incluídos a depressão e o suporte social, as preocupações com a doença, as habilidades intelectuais e as dificuldades de se manter trabalhando.

Esses parâmetros têm sido utilizados para analisar o impacto da doença renal na vida das pessoas e para isso é necessário avaliar indicadores de funcionamento físico, aspectos sociais, estado emocional, da repercussão dos sintomas e da percepção individual de bem-estar (Martins & Cesarino, 2005). Dentro desse contexto, muitos estudos têm abordado o tema da QV na DRC, principalmente na literatura internacional, devido ao grande número de pacientes renais crônicos em países desenvolvidos e do crescente aumento dos casos da doença nos países emergentes como o Brasil.

A revisão da literatura de Valderrábano et al. (2000) chama a atenção para a importância da QV nos diferentes estágios da DRC e o efeito das diferentes modalidades de TRS (diálise ou transplante) como um importante indicador da eficácia do cuidado médico dispensados aos pacientes portadores da doença renal. De acordo com os autores a relevância dos indicadores de QV não está somente nos aspectos básicos de saúde, mas também na estreita relação entre QV, mortalidade e morbidade. Além disso, a sobrevivência é maior nos pacientes com melhores resultados na avaliação de qualidade de vida.

Castro et al. (2003) consideram que os avanços da tecnologia na área de diálise contribuíram substancialmente para o aumento da sobrevida dos pacientes renais crônicos. Entretanto, a permanência por tempo indeterminado em tratamento dialítico pode interferir na QV dessa população. Foram estudados 184 pacientes sendo 65% do sexo masculino, com idade média de 46 anos e com tempo de tratamento por HD por volta de 36 meses. Os autores constataram que a presença de uma doença crônica, a necessidade de um tratamento contínuo por um longo período, a idade e a presença de comorbidades são fatores que interferiram na QV dos pacientes estudados.

Carmichael et al. (2000), realizaram um estudo no Reino Unido de pacientes em HD e DP e ambos comparados com a população geral utilizando o KDQOL-SF™. Os resultados apresentaram uma pior QV dos pacientes em HD em relação à DP em todos os componentes específicos do instrumento e, também uma QV muito pior entre os pacientes renais crônicos em tratamento dialítico comparados com uma amostra da população geral em todas as dimensões genéricas do instrumento.

Por outro lado, Manns et al., (2003) conduziram um estudo no Canadá com 192 pacientes, aplicando o KDQOL-SF™ após 6 e 12 meses de seguimento, não encontrando diferenças significativas em 9 das 11 dimensões específicas do questionário entre os pacientes submetidos a hemodiálise ou diálise peritoneal. Por sua vez os resultados demonstraram que uma pior QV estava relacionada com a presença de um maior número de comorbidades

associadas que os pacientes apresentavam e também com um nível de escolaridade mais baixo independentemente do tipo de modalidade.

Wu et al. (2004), realizaram um estudo com o objetivo de comparar a auto-percepção de QV e o estado geral da saúde em 698 pacientes em HD e 230 em DP, que iniciaram a diálise entre outubro de 1995 e junho de 1998, envolvendo 81 unidades de diálise de 19 estados americanos. Os autores utilizaram o instrumento CHOICE que inclui informações genéricas e específicas da QV. Nesse estudo, foram encontrados melhores resultados nos aspectos genéricos da QV dos pacientes em HD em detrimento dos pacientes em DP e melhores resultados nos aspectos específicos da QV em relação à DRC nos pacientes que realizam diálise peritoneal. Os autores concluíram que as duas modalidades apresentam vantagens e desvantagens considerando os aspectos relacionados à qualidade de vida.

Molsted et al. (2007) consideraram relevante investigar a QV de pacientes em diálise com o propósito de otimizar o tratamento, considerando que poucos pacientes são elegíveis para o transplante renal e a maioria ficará em diálise por toda a vida. Dessa forma, os autores estudaram pacientes tratados com HD e DP para investigar a QV e os parâmetros de controle clínico da diálise (hemoglobina sanguínea, albumina plasmática e creatinina sérica) utilizando o KDQOL-SF™. Os resultados encontrados demonstraram poucas diferenças na QV entre as duas modalidades. Os pacientes em HD apresentaram piores escores somente nas dimensões específicas estímulo da equipe de saúde, efeitos da doença renal, papel profissional e satisfação com o tratamento em relação aos pacientes em diálise peritoneal. Nas dimensões genéricas os escores foram similares entre as duas modalidades.

Lee et al. (2005) estudaram a QV no Reino Unido em pacientes com doença renal comparando pacientes que receberam transplantes com os pacientes em diálise (HD ou DP) e nos pacientes que estavam esperando para receber o tratamento dialítico. Participaram do estudo 412 pacientes com idade média de 58 anos para homens e 55 para mulheres, divididos em quatro grupos: pacientes em HD, pacientes em DP, pacientes transplantados e pacientes pré-dialíticos como grupo controle. Foram feitas comparações entre os grupos de acordo com as dimensões genéricas e específicas do KDQOL-SF™ para avaliação da QV dos pacientes. Os resultados alcançados demonstraram que o grupo de pacientes transplantados apresentou melhores escores da QV na grande maioria das dimensões do instrumento utilizado do que os outros grupos.

No Brasil, Bittencourt et al. (2004) com o objetivo de analisar a QV em pacientes renais crônicos transplantados estudaram 132 pacientes submetidos ao transplante renal, divididos

em dois grupos: grupo I: 100 pacientes com enxerto funcionante e grupo II: 32 pacientes que perderam a função do enxerto e retornaram para tratamento dialítico, utilizando a versão em português do World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref). A avaliação mostrou uma melhor QV para os pacientes transplantados nos domínios físicos e psicológicos, mas uma pior QV nos domínios de relações sociais.

Pereira et al. (2003), pesquisaram 72 pacientes com boa evolução após transplante renal, utilizando o instrumento genérico SF-36, comparados com uma população geral sadia e outra composta de pacientes mantidos em hemodiálise. Os pacientes transplantados renais apresentaram escores do SF-36 superiores aos de pacientes em hemodiálise e mais próximos aos de indivíduos sadios, demonstrando que o transplante renal alcançou seu objetivo de melhorar a QV dos pacientes.

Além das modalidades de tratamento, outros fatores estão associados à avaliação da QV entre pacientes renais crônicos em TRS, como sexo e idade dos pacientes, etnia, presença de comorbidades, encaminhamento tardio ao nefrologista, aspectos clínicos, sociais, psicológicos e sono.

Nesse sentido, Lopes A et al. (2007), visando identificar fatores associados com a QV de pacientes em hemodiálise, analisaram os dados de 9.526 pacientes em HD de sete países envolvidos no DOPPS<sup>4</sup>, utilizando o KDQOL-SF™. Os resultados demonstraram que algumas características estão associadas com mais baixos escores nas dimensões genéricas e específicas da QV e, que são potencialmente modificáveis por intervenções, tanto médicas quanto sociais tais como desemprego, baixo nível de renda, baixo nível educacional, anemia, nutrição, dose de diálise, uso de cateter como acesso vascular para a hemodiálise. Quanto às características não modificáveis como o sexo e a idade, as diferenças observadas nos escores entre jovens e idosos bem como entre homens e mulheres, são potencialmente úteis para identificar quem necessita de especial atenção para melhorar a QV e o bem estar.

Moreno et al. (1996) identificaram fatores que se relacionavam positivamente ou negativamente com a qualidade de vida. Os fatores que relacionaram negativamente com a qualidade de vida foram: idade, a presença de diabetes melito e sexo feminino. Fatores que se relacionaram positivamente com a QV foram: maior nível educacional, maior nível

---

<sup>4</sup> DOOPS: Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study, estudo multicentrico internacional envolvendo o universo de 17.034 pacientes em HD de 149 unidades de diálise no EUA, 101 na Europa (França, Alemanha, Itália, Espanha e Inglaterra) e 61 unidades no Japão.

socioeconômico e nível de hemoglobina sanguínea aumentada devido à correção da anemia com eritropoetina.

Baiardi et al. (2002) buscando identificar os efeitos de algumas variáveis sobre a QV na DRC, percebeu que a idade, a presença de diabete e o longo período de tratamento tem uma forte influencia sobre a QV, não encontrando diferenças quanto ao sexo.

Outros fatores como o encaminhamento precoce para o nefrologista (seis meses anterior ao início da diálise) e os devidos cuidados para o início do tratamento são considerados importantes para a QV dos pacientes sob tratamento dialítico. Os pacientes com uma alta frequência de complicações clínicas, distúrbios metabólicos, problemas com o acesso vascular, hospitalizações e problemas psicológicos com a diálise estão relacionados com o encaminhamento tardio (um mês anterior à diálise) e a falta de cuidado adequado anterior ao início do tratamento, tendo por sua vez um efeito adverso sobre a QV dos pacientes. (Sesso & Yoshihiro, 1997, Caskey et al., 2003).

Martins & Cesarino (2005), Rocco; Mercieri; Yavuzer (2006) estudaram a QV de pacientes em HD utilizando o SF-36, para identificar em que medida o tratamento interfere no cotidiano dessas pessoas. Os autores consideram o tratamento hemodialítico, sendo responsável por um cotidiano monótono e restrito, prejudicando e limitando as atividades desses indivíduos após o início do tratamento, que por sua vez favorece o sedentarismo e a deficiência funcional, fatores que refletem na QV. Os resultados dos estudos evidenciaram prejuízo na QV em várias atividades dos pacientes como atividades domésticas, recreativas, de trabalho, sociais, prejuízo do sono, humor e cuidado pessoal.

Outros estudos, identificando fatores não modificáveis, Rebollo et al. (1998), Mingardi et al. (1999) e de Mittal et al. (2001) encontraram resultados indicando que a idade mais avançada e o sexo feminino estão associados a uma pior QV em pacientes em TRS.

Santos (2006) em um estudo realizado no Ceará, utilizando o SF-36, não constatou diferenças no nível de QV no que se refere ao sexo, enquanto que encontrou correlação linear e negativa entre idade e as dimensões pertencentes aos aspectos físicos da qualidade de vida.

Lopes G et al. (2007), comparou homens e mulheres de diferentes grupos etários quanto a escores de QV que realizam HD na cidade de Salvador. O instrumento de avaliação utilizado também foi o KDQOL-SF™. Os resultados do estudo demonstraram que as mulheres apresentaram menores escores em todas as dimensões genéricas da QV do que os homens.

O estudo de Vásquez et al. (2004) comparando a QV entre homens e mulheres em HD, também mostrou que as mulheres obtiveram pontuações mais baixas na maioria das dimensões do KDQOL-SF™. No entanto, estas diferenças não foram estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões específicas e somente alcançaram significância estatística em quatro escalas genéricas: função física, função social, papel emocional e saúde mental. Os autores concluíram que as diferenças na QV observadas nos doentes renais, reproduzem as diferenças que se apresentam entre os sexos na população geral, sendo necessária mais cautela ao interpretar os resultados obtidos com as escalas do instrumento.

Kutner et al. (2005) consideraram aspectos envolvendo raça e gênero, utilizando o KDQOL-SF™, em um estudo com homens negros e mulheres negras, homens brancos e mulheres brancas que iniciaram HD e DP no estudo DMMS.<sup>5</sup> Após ajustar as características clínicas e sócio-demográficas dos pacientes, somente as diferenças raciais foram observadas entre os pacientes. Nos que realizam HD, as mulheres negras tiveram os escores mais altos para o ônus da doença renal e entre os pacientes em DP, os homens negros tiveram o mais baixo escore para satisfação com o tratamento. Os negros apresentaram os melhores escores nas dimensões físicas do que os brancos, escores similares nas dimensões mentais e escores mais baixos em relação à satisfação com o tratamento recebido e com a equipe de diálise.

Para Blake et al. (2000) o impacto da DRCT na QV pode ser medido em termos físicos, psicológicos e nas conseqüências sociais, incluindo a capacidade para o trabalho. Em seu estudo realizado na Irlanda, utilizando o SF-36, foram exploradas relações entre a QV, o trabalho e a função física de 144 pacientes de ambos os sexos acima de 18 anos em HD, DP e TX. Destes pacientes 32 eram economicamente inativas e dos 112 economicamente ativos 49% estavam desempregados e 51% empregados. A alta taxa de desemprego reflete o quanto a DRC tem um negativo efeito sobre a questão do trabalho, pois os pacientes desempregados registraram escores bem mais baixos do que os empregados em todas as dimensões da qualidade de vida.

Vidal et al. (2005) no Chile, estudaram a QV de 90 pacientes com DRC em terapia renal pela modalidade HD utilizando o SF-36. No estudo 70% dos pacientes em HD declararam que, principalmente a saúde física, interfere no desempenho do trabalho e de suas atividades cotidianas e que não retornaram as atividades que realizavam antes do início da doença renal crônica dialítica.

---

<sup>5</sup> DMMS: Dialysis Morbidity and Mortality Study é um estudo longitudinal prospectivo envolvendo pacientes com IRCT nos EUA (Medicare e não Medicare) em 799 unidades de diálise. Universo de 1679 pacientes brancos e negros em HD e 1623 pacientes brancos e negros em DP.

Os fatores psicossociais parecem agravar a QV de pacientes renais em diálise. Os transtornos mentais, notadamente a depressão, estão relacionados à incapacitação do paciente, aumento da não aderência aos tratamentos, suicídio e mortalidade. Nesse sentido, a saúde mental tem emergido como um importante fator de influência sobre a QV e as condições clínicas dos portadores de DRCT (Almeida, 2003; Mittal et al., 2001; Vinaccia & Orozco, 2005; Barbosa et al., 2007).

Vásquez et al. (2005), estudando os fatores psicossociais na DRCT, constataram que em pacientes com sintomas depressivos em hemodiálise, com as mesmas características sócio-demográficas, apresentaram piores escores de QV, tanto nas dimensões genéricas, quanto específicas do KDQOL-SF™.

Drayer et al. (2006) observaram que a depressão é comum entre os pacientes com DRCT e está associada a um decréscimo na QV e um aumento da mortalidade nesses pacientes. Estes autores avaliaram 62 pacientes em HD com idade acima de 18 anos, diagnosticados como deprimidos e não deprimidos. Os pacientes com depressão foram os mais jovens, apresentando uma pior QV medida pelo KDQOL-SF™ e, uma taxa de mortalidade mais alta do que os não deprimidos jovens e idosos.

Kurtner et al. (2007) no estudo DMMS investigaram dificuldades no sono e QV de pacientes que iniciaram diálise utilizando o KDQOL-SF™. Os pacientes que relataram dificuldades quanto ao sono, obtiveram pontuações mais baixas do que os pacientes que não relataram dificuldades, principalmente nos escores relacionados aos aspectos cognitivos do questionário ( $46,7 \pm 23,2$  versus  $76,9 \pm 18,9$ ;  $P < 0.0001$ ). Os autores também encontraram associação entre depressão, dificuldade no sono e prescrição de medicamentos para dormir com mais baixos escores de QV nos aspectos mentais do questionário.

Khan (1998) ressalta que as comorbidades na DRCT exercem um grande impacto sobre a sobrevivência dos pacientes e são causas freqüentes de morte entre eles. Um número importante dos pacientes em diálise tem comorbidades associadas, como diabetes melito, enfermidade coronariana, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, enfermidade vascular periférica e depressão, as quais são de caráter progressivo, afetando a QV dos pacientes com doença renal crônica (Zúñiga, 2006).

Nesse sentido, Barbosa et al. (2007), buscaram identificar fatores associados com os níveis de QV medidos pelo SF-36, bem como avaliar a influência de comorbidades nesta associação. Foi realizado um estudo do tipo transversal com amostra de 114 pacientes em tratamento

hemodialítico em Sergipe no ano de 2006. Os resultados desse estudo evidenciaram a existência de importante rebaixamento do nível de QV, entre pacientes renais crônicos em HD com um número maior de comorbidades associadas. A diabetes se associou a níveis significativamente menores na maioria dos escores nos componentes físicos de QV; a doença vascular periférica foi responsável por piores escores na capacidade funcional e no estado geral da saúde e a depressão estava associada a menores escores de todas as oito dimensões do SF-36.

Os fatores socioeconômicos também exercem influência sobre a QV de pacientes em diálise. Por isso, Sesso, Rodrigues - Neto e Ferraz (2003) avaliaram o impacto socioeconômico sobre a QV de 118 pacientes com DRCT em São Paulo, no início do tratamento dialítico, utilizando o SF-36. Foram encontrados escores mais baixos na maioria das dimensões do instrumento em pacientes com uma condição socioeconômica pior, comparada com aqueles com uma melhor condição.

Existem evidências que a QV é preditora em relação ao risco de morbidade e mortalidade entre os pacientes renais em TRS. O estudo conduzido por Mapes et al. (2003) com dados do amplo estudo internacional DOPPS, mencionado anteriormente, revelou uma associação entre baixos escores do KDQOL-SF™, principalmente nos componentes físicos, mentais e específicos da doença renal, com maior risco de morte e hospitalização entre os pacientes. A cada 10 pontos abaixo nos escores que os pacientes apresentavam nas dimensões físicas e mentais do instrumento, foram associados a uma elevação no risco relativo de mortalidade e hospitalização.

Martín-Díaz et al. (2006) destacaram que a disfunção sexual é um sintoma altamente prevalente nos pacientes com DRCT, ao estudar homens em um programa de hemodiálise e analisar a repercussão sobre a QV. Cerca da metade dos pacientes estudados (47%) declarou carecer de qualquer tipo de atividade sexual. Estes apresentavam uma idade mais avançada, estavam há mais tempo em diálise, tinham maior índice de comorbidades e menores níveis séricos de albumina do que os sexualmente ativos. Quanto a QV os pacientes ativos apresentavam melhor forma física, melhor estado global de saúde e menor dificuldade de realizar as atividades cotidianas.

Fatores étnicos e culturais podem explicar diferenças na QV entre pacientes em diálise tratados em diferentes países. Fukuhura et al. (2003) avaliou a QV entre pacientes em diálise de cinco países europeus (França, Alemanha, Itália, Espanha e do Reino Unido); dos Estados Unidos e do Japão utilizando o KDQOL-SF™. Os pacientes japoneses tiveram os melhores

escores de funcionamento físico do que os outros continentes, possivelmente devido à menor presença de comorbidades. Os escores de funcionamento mental foram significativamente mais altos para os pacientes tratados nos Estados Unidos do que na Europa e também mais altos do que nos pacientes japoneses. Nos três continentes a diálise afetou profundamente a QV dos sujeitos investigados.

Em suma, a atenção a todos esses fatores elucidados nestes estudos possibilitam que a avaliação da QV seja realizada de uma forma ampla e que proporcione a busca de alternativas para melhorar as condições de saúde das pessoas que dependem das terapias renais substitutivas para sobreviverem.

### **3.8 Qualidade de Vida de pacientes idosos em Terapia Renal Substitutiva**

A DRCT afeta diretamente a QV dos idosos e das pessoas com quem ele vive, dado que ela é incurável e remete à necessidade de seguimento terapêutico pelo resto da vida dos seus portadores. Dessa forma, a análise da QV do idoso em diálise revela-se importante para orientar medidas de intervenção que contemplem prioritariamente os aspectos mais comprometidos da QV neste grupo de sujeitos e também os não comprometidos, visando sua manutenção. A pesquisa da influência ou associação de fatores objetivos, como severidade da doença, e subjetivos, como percepção do impacto da doença sobre a QV, podem fornecer subsídios importantes para o direcionamento destas intervenções (Souza, 2004; Souza et al., 2005).

Tendo em vista uma maior fragilidade dos pacientes idosos associada à gravidade da doença, bem como a menor expectativa de vida desses indivíduos, o que não compensaria os custos do tratamento, a idade no passado era um fator de exclusão da diálise (Rebollo et al., 1998, 2000; Carvalho; Silva; Costa, 1999; Harris et al., 2002; Tyrrel et al., 2005; Munikrishnappa, 2007). Entretanto esse panorama vem se modificando atualmente, haja vista o crescimento da população idosa em tratamento dialítico em praticamente todos os países do mundo, inclusive no Brasil, onde cerca de 30% dos pacientes em programas de diálise são idosos.

De uma maneira geral, os pacientes renais crônicos idosos, freqüentemente apresentam comorbidades como hipertensão, diabetes, anemia, desnutrição, distúrbios visuais e/ou auditivos, distúrbios cognitivos e depressão, além de serem mais vulneráveis a quedas e fraturas, também podem apresentar dificuldades com o acesso vascular (FAV) quando iniciam a diálise, tais características trazem prejuízo à QV destes pacientes. Da mesma forma, os

fatores socioeconômicos, demográficos, psicológicos, suporte social e familiar também se apresentam associados com uma melhor ou pior QV nesse grupo etário (Souza, 2004).

Elgueta et al. (1994) avaliaram a QV de 87 pacientes acima de 60 anos submetidos à HD em 9 unidades de diálise no Chile, utilizando uma escala visual analógica (EVA) para a QV com escores de 0 (pior) a 100 (melhor). O objetivo principal foi de conhecer a percepção dos próprios sujeitos e do pessoal que os trata, quanto ao bem estar desses pacientes. Os resultados demonstraram que a equipe de saúde pontuou a QV dos pacientes melhor do que eles próprios e que variáveis que se relacionam com maiores escores de QV foram o fato de serem casados e terem um plano previdenciário e as que se relacionam com menores escores foram o maior número de hospitalizações e comorbidades.

Rebollo et al. (1998) na Espanha, compararam a QV entre idosos em HD e os que receberam transplante renal, buscando identificar quais as características que influenciam a QV de idosos acima de 65 anos em TRS. Os pacientes foram entrevistados utilizando dois instrumentos genéricos para QV e coletados dados clínicos e socio-demográficos. Os pacientes transplantados apresentaram melhores resultados em relação à QV do que os pacientes em HD e resultados similares em relação à QV de idosos da população geral, sendo que as mulheres mostraram pior QV do que os homens. Os pacientes com um nível econômico e educacional mais alto foram associados com uma melhor qualidade de vida.

Em outro estudo, Rebollo et al. (2000) compararam a QV entre pacientes menores de 65 anos e maiores de 65 anos em HD, utilizando o SF-36 segundo características sócio-demográficas e clínicas. Em relação à QV os pacientes idosos em HD apresentaram resultados semelhantes aos mais jovens, exceto na área física, onde a QV dos idosos mostrou resultados piores. Diante desses resultados, os autores consideraram que a idade não deve ser um único critério de indicação para o transplante renal.

Lamping et al. (2000) e Harris et al. (2002) no “North Thames Dialysis Study” (NTDS)<sup>6</sup> estudaram 174 pacientes de 70 anos ou mais separados em dois grupos: 78 pacientes que iniciaram diálise (HD ou DP) e 96 pacientes que já estavam em diálise. O instrumento de avaliação escolhido foi o KDQOL-SF™. A taxa de mortalidade, sobrevivência e hospitalização foram similares entre as modalidades. Em relação aos aspectos físicos e mentais da QV, algumas diferenças foram encontradas entre hemodiálise e diálise peritoneal. Os aspectos físicos foram melhores nos pacientes que realizam DP. Não houve diferenças

---

<sup>6</sup> NTDS: Estudo longitudinal prospectivo para acompanhar pacientes idosos em diálise no Reino Unido desenvolvido pelo sistema de saúde britânico- National Health Service (NHS)

significativas entre as duas modalidades em relação aos escores dos aspectos mentais da qualidade de vida. Quando comparados com a população geral, os aspectos mentais da QV dos pacientes idosos em diálise mostraram resultados similares, tanto naqueles que iniciam o tratamento, quanto nos que estão sob tratamento há alguns anos. Estes achados, segundo os autores, sugerem que os pacientes desenvolvem recursos psicológicos para lidar com as demandas da DRC e do tratamento.

Alguns estudos mostraram que em relação à QV a modalidade DP mais indicada para pacientes idosos (Cassidy & Simms, 2004) outros não encontram diferenças importantes entre HD e DP (Lamping et al., 2000; Harris et al., 2002). Porém, todos afirmaram que a indicação da modalidade para o paciente deve se basear em aspectos individuais ligados às condições clínicas e à presença de comorbidades. E mais, os autores também concordaram que os pacientes deveriam ter o direito de escolher qual a modalidade de sua preferência, levando em conta a indicação médica (Harris et al., 2002; Brown, 2008).

Segundo Kutner & Jassal (2002) os indivíduos em diálise normalmente limitam suas atividades da vida diária (AVD) nos dias de tratamento. Isto pode permitir um gradativo enfraquecimento na força muscular exarcebando os sintomas de fraqueza geral e respiratória. Obviamente os pacientes idosos apresentam um risco maior de terem prejuízo nos aspectos físicos em decorrência do envelhecimento associado ao tratamento dialítico. Os autores recomendam que estratégias de reabilitação que reduzem o risco de incapacidades podem promover uma melhor QV nos pacientes idosos em diálise.

Loos et al., (2003) desenvolveram um estudo comparando a QV em dois grupos de pacientes idosos com DRC: aqueles iniciando diálise e um grupo controle com outras doenças crônicas, para investigar o efeito da doença renal e as condições sob as quais a diálise é iniciada. Utilizou-se o SF-36 como instrumento de avaliação. A média dos escores dos pacientes com DRC foram significativamente mais baixos que o grupo controle em três dimensões (funcionamento físico, função física e energia/fadiga) após o ajustamento por idade, sexo e comorbidades. As outras dimensões também tiveram pontuações mais baixas, mas não estatisticamente significantes.

Dentre os fatores que mais interferem na QV dos idosos estão os aspectos mentais, principalmente relacionados aos déficits cognitivos e à depressão. Visando esta abordagem Tyrrell et al. (2005) estudaram pacientes em diálise com idade igual ou superior a 70 anos avaliando os aspectos mentais da qualidade de vida. Os resultados demonstraram por volta de 40% de pacientes depressivos, 30% com déficits cognitivos, mais baixos escores de QV e pior

percepção de saúde quando comparados com idosos da população geral. De acordo com os autores não existem muitos estudos que se aprofundam na interação entre os aspectos mentais, QV e diálise.

Rogers et al. (2008) desenvolveram um estudo com pacientes octogenários em diálise nos EUA, que permitiu aos autores, perceber que a maioria dos indivíduos pesquisados, revelaram certas características que os possibilitam lidar melhor com a DRC do que os pacientes mais jovens, como um forte apoio familiar, uma melhor capacidade de controlar o estresse, uma maior tolerância com a doença, uma maior satisfação com a vida do que os mais jovens, com atitudes mais otimistas e um maior senso de gratidão com a equipe de saúde, apesar do declínio físico e funcional e do aumento do número de comorbidades.

Esta revisão da literatura permitiu identificar os principais fatores que influenciam a QV dos pacientes adultos e idosos em TRS, sendo eles: fatores sócio-demográficos e econômicos como sexo, idade, nível educacional, situação ocupacional, nível de renda, arranjo familiar; fatores clínicos como a forma de preparação para a diálise e a presença de comorbidades; fatores relacionados ao cuidado em saúde entre eles as hospitalizações e o uso dos serviços de saúde e os fatores psicossociais como suporte social, familiar e emocional.

Na medida em que o bem-estar dos pacientes renais é um dos objetivos primários do tratamento dialítico, a identificação desses fatores pode contribuir para a melhoria da assistência prestada pelos serviços de saúde a estes pacientes, entre eles os idosos, contribuindo para que alcancem um nível de QV cada vez mais satisfatório.

## **4 MÉTODOS**

### **4.1 Desenho do Estudo**

O presente estudo constitui-se em uma análise transversal dos dados coletados na pesquisa “Equidade no acesso e utilização de procedimentos de alta complexidade/custo no SUS-Brasil: Avaliação dos transplantes renais”, desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde (GPES) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ). Esta pesquisa visa avaliar os determinantes do acesso e resultados em saúde relacionados ao transplante renal, em Belo Horizonte, de pacientes adultos que iniciaram a Terapia Renal Substitutiva (TRS) de janeiro de 2006 a 31/04/2008.

### **4.2 População de Estudo**

Para a definição do universo de pacientes foram utilizadas as informações de três fontes de dados: (1) listagem das emissões de APAC/TRS, fornecida pela Comissão de Nefrologia da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte; (2) listagem de pacientes fornecida pelas 12 unidades de serviços de diálise de Belo Horizonte conveniadas com o SUS/BH; (3) cadastro de todos os pacientes em diálise nas unidades de Belo Horizonte em abril de 2008. A partir destas informações esperava-se encontrar cerca de 1000 pacientes maiores de 18 anos que haviam iniciado o procedimento de hemodiálise (HD) entre janeiro de 2006 e abril de 2008. Deste universo, um total de 718 pacientes preenchia os critérios de inclusão e foram considerados elegíveis para o estudo, tendo sido realizadas 691 (96,2%) entrevistas.

### **4.3 Critérios de Inclusão**

Foram incluídos, neste estudo, os dados de pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, que entraram em TRS entre 01/01/2006 a 31/04/2008; que estavam realizando no momento da entrevista a modalidade de hemodiálise (HD) a pelo menos três meses; que não apresentavam nenhum impedimento para a realização da entrevista como: déficit cognitivo, distúrbios psiquiátricos, confusão mental, seqüelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) como afasia e surdez, segundo informações da equipe de saúde da clínica e também descritas no prontuário do paciente e, que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido para participarem da pesquisa. O número total foi de 260 pacientes idosos em hemodiálise dos 691 pacientes entrevistados.

#### **4.4 Locais do Estudo**

O estudo foi conduzido nas 12 unidades prestadoras de diálise existentes em Belo Horizonte.

#### **4.5 Coleta de Dados**

Para a coleta de dados as 12 unidades prestadoras receberam um pedido formal para a realização da pesquisa, assinando um termo de compromisso com o projeto. Os pacientes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido para a realização da entrevista (Anexo 2).

As entrevistas foram realizadas por entrevistadores treinados pelos pesquisadores do GPES/UFMG, sendo todos alunos de cursos de graduação na área da saúde. Durante a sessão de hemodiálise, foi realizada uma entrevista individual com o paciente nas duas primeiras horas do tratamento, uma vez que o paciente com frequência apresenta alterações hemodinâmicas após este intervalo de tempo. Utilizou-se na entrevista um questionário padronizado composto das seguintes partes (Anexo 3):

- A primeira parte do questionário foi elaborada pelo Grupo de Pesquisas em Economia da Saúde (GPES), para abordar questões relativas à identificação dos sujeitos, dados de caracterização socio-demográficas e socioeconômicas, sobre o uso de serviços de saúde, suporte social, natureza clínica dos pacientes e medidas de utilidade (EQ-5D).
- A segunda parte foi constituída de um instrumento para medida de utilidade o EQ-5D.
- A terceira parte teve a finalidade de avaliar a QV dos pacientes utilizando o instrumento KDQOL- SF™. O instrumento é composto de 80 itens divididos em 19 dimensões. Incluindo o SF-36 como uma medida genérica, dividida em oito dimensões relacionadas ao status de saúde físico e mental. E uma parte específica composta de onze dimensões relacionadas à doença renal e diálise dos pacientes que realizam hemodiálise ou diálise peritoneal.

#### **4.6 Variáveis utilizadas no estudo**

##### **1 Socio-demográficas/econômicas:**

- Idade, sexo, estado civil, cor da pele, número de filhos, número de moradores da residência, situação ocupacional atual, escolaridade (anos de estudo), renda pessoal, renda familiar per capita, pertencer à organizações/grupos e possuir acompanhante para diálise/consulta.

## **2 Relativas à DRC, condições de saúde geral e uso de serviços de saúde:**

- Possuir ou não plano/convênio de saúde, procedimento do início da diálise (fístula ou cateter), número de internações desde o início da diálise, número de medicamentos utilizados, quem efetua o pagamento do tratamento (SUS, convênio ou particular) e algumas doenças crônicas auto-referidas: diabete, hipertensão, AVC, doenças cardíacas, úlcera, artrite, depressão e hepatite.

## **3 Avaliação da Qualidade de Vida com o instrumento KDQOL-SF™:**

- Específicas (DRC): Lista de sintomas/problemas; Efeitos da doença renal; Sobrecarga da doença renal; Papel profissional; Função cognitiva; Qualidade da interação social; Função sexual; Sono; Suporte social; Estímulo da equipe de diálise; Satisfação do paciente.
- Genéricas (SF36): Funcionamento físico; Função física; Dor; Saúde geral; Bem-estar emocional; Função emocional; Função social; Energia/fadiga.

### **4.7 Estudo Piloto**

No mês de dezembro de 2007, realizou-se um estudo piloto no qual foram selecionados 61 pacientes, sendo que, destes, 27 (44%) estavam em hemodiálise, 8 (13%) em diálise peritoneal e 26 (43%) eram transplantados. Dentre esses pacientes, 12 tinham idade igual ou superior a 60 anos. Os objetivos do estudo piloto foram de testar a aplicabilidade do questionário a ser utilizado na pesquisa em relação ao tempo de aplicação, a adequação do instrumento, as dificuldades dos entrevistadores, a viabilidade de entrevistar o paciente durante a sessão de diálise e a interação do paciente com a entrevista/entrevistador/instrumento.

### **4.8 Análise dos dados**

A análise estatística dos dados deste estudo compreendeu medidas descritivas como média, mediana, desvio-padrão, mínimo e máximo. Para a comparação entre grupos e obtenção do coeficiente de correlação, foram utilizadas técnicas não paramétricas em virtude da característica assimétrica dos escores. O teste usado para verificar normalidade dos dados foi o teste de Kolmogorov-Smirnov, o qual mostrou que nenhuma das respostas era normalmente distribuída.

Para a comparação de dois grupos independentes, foi utilizado o teste da soma de postos de Wilcoxon (Mann-Whitney). Esse teste é baseado na ordenação da amostra conjunta (ou seja,

os dados dos dois grupos), definindo postos, que representam a posição de cada observação na amostra conjunta. No caso de haver duas ou mais observações com o mesmo valor (“empates”), essas observações recebem posto médio. O teste é feito avaliando a soma dos postos de uma das amostras. A idéia do teste é que, se um grupo for diferente do outro, ele tenderá a ter suas observações concentradas nos postos inferiores ou nos postos superiores da amostra conjunta.

Para a comparação de mais de dois grupos, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. Assim como o teste de Mann-Whitney, também é baseado na determinação de postos e a amostra conjunta representa os dados dos “n” grupos comparados ( $n > 2$ ). O teste é feito avaliando a soma da diferença entre o posto médio de cada um dos grupos e do posto médio global, e a idéia é que, se os grupos não diferirem, essa soma será pequena.

Para medir a correlação entre duas variáveis contínuas ou categóricas ordinais, foi utilizado o *Coefficiente de Correlação de Spearman ( $R_s$ )*. Trata-se de um método não paramétrico de calcular correlação, onde é aplicado o coeficiente de correlação de Pearson ao posto das observações das duas amostras. Por convenção, sugere-se que  $R_s$  menor que 0,20 indica uma associação linear muito baixa; entre 0,20 e 0,39 baixa; entre 0,40 e 0,69 moderada; entre 0,70 e 0,80 alta; e por fim entre 0,90 e 1,00 uma associação muito alta, com lógica semelhante para as correlações negativas (Pestana & Gageiro, 2005)

A análise dos dados foi realizada pelo software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 16.0.

#### **4.9 Aspectos Éticos**

As unidades prestadoras assinaram um termo de aceitação da instituição para participar da pesquisa (Anexo 4) da mesma forma que os participantes.

A pesquisa “Equidade no acesso e utilização de procedimentos de alta complexidade/custo no SUS-Brasil: avaliação dos transplantes renais” foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, pelo parecer nº. ETCI 492/06 (Anexo 5).

Este estudo “Avaliação da Qualidade de Vida (QV) de pacientes idosos em hemodiálise (HD) em Belo Horizonte - MG” foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas René Rachou - CPqRR/ FIOCRUZ, tendo um parecer favorável de nº 11/2008 – CEPSH – CPqRR (Anexo 6).

## **5 RESULTADOS**

### **5.1 Características sócio-demográficas/econômicas e quanto à condição de saúde uso de serviços de saúde e suporte social da população estudada**

As características sócio-demográficas e socioeconômicas da população estudada estão apresentadas na Tabela 1. Dos 260 pacientes idosos da pesquisa a idade média foi de 69,2 anos (desvio padrão 7,1) variando de 60 a 90 anos, com um predomínio na faixa etária de 60 a 69 anos. Houve um predomínio de pacientes idosos do sexo masculino (55,8%), não brancos (59,1%), casados (58,1%), com filhos (92,3%). Em relação à escolaridade, verificou-se, um predomínio da faixa de 1 a 4 anos (46,5%) seguida pela faixa de 5 anos ou mais (38,5%). Dos pacientes analisados apenas 27 (10,4%) moram sozinhos e 25 (9,6%) estão trabalhando atualmente. A informação para renda pessoal foi obtida em 81,9% das entrevistas e para renda familiar em 62,3%. Dessa forma, a comparação do escore de QV entre os quartis de renda foi realizada somente para renda pessoal.

**Tabela 1:** Características sócio-demográficas/econômicas dos pacientes idosos (n=260) em hemodiálise, Belo Horizonte – MG, 2006-2008.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N (%)</b>
<b>Faixa Etária (anos)</b>	
60 - 69	146 (56,2)
70 - 79	90 (34,6)
80 ou mais	24 (9,2)
<b>Gênero</b>	
Masculino	145 (55,8)
Feminino	115 (44,2)
<b>Estado civil</b>	
Casado	151 (58,1)
Não casado	109 (41,9)
<b>Cor da pele (auto-referida)</b>	
Branca	104 (40,9)
Não branca	150 (59,1)
<b>Possui filhos</b>	
Sim	240 (92,3)
Não	20 (7,7)
<b>Reside sozinho</b>	
Sim	27(10,4)
Não	232 (89,6)
<b>Possui trabalho atual</b>	
Sim	25 (9,6)
Não	232 (90,4)
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>	
0	39 (15,0)
1 - 4	121 (46,5)
5 ou mais	100 (38,5)
<b>Renda pessoal em quartis (R\$)</b>	
1° ( $\leq 415,0$ )	68 (31,9)
2° (415,1 – 770,0)	40 (18,8)
3° (770,1 – 1.600,0)	53 (24,9)
4° ( $\geq 1.600,1$ )	52 (24,4)
<b>Renda familiar per capita em quartis (R\$)</b>	
1° ( $\leq 267,7$ )	41 (25,1)
2° (276,8 – 500,0)	45 (26,4)
3° (500,1 – 950,0)	36 (25,8)
4° ( $\geq 950,1$ )	40 (22,7)

As características quanto às condições de saúde, uso de serviços de saúde e suporte social da população deste estudo estão apresentadas na Tabela 2.

Destaca-se que 170 (66,4%) pacientes utilizaram o cateter como via de acesso vascular para iniciarem a diálise e somente 86 (33,6%) utilizaram a fístula (FAV). Quanto ao número de internações, 148 (59,2%) pacientes relataram nenhuma internação e o restante foi internado pelo menos uma vez, desde o início da diálise. Um maior número de pacientes (42,6%) relatou estarem utilizando de 4 a 6 medicamentos. As principais comorbidades relatadas pelos pacientes foram a hipertensão (87,3%), diabetes melito (50,8%) e doenças cardíacas (26,6%). Quanto ao número de doenças crônicas além da DRC, verificou-se que a maioria dos pacientes apresenta de duas a três doenças crônicas. Em relação ao uso de serviços de saúde ressalta-se que 129 (50,2%) pacientes possuem plano de saúde, mesmo assim, apenas 33,3% utilizam o plano ou convênio de saúde para pagamento do tratamento, o restante (66,7%) tem o tratamento pago pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No suporte social a maior parte dos entrevistados (64,8%) não pertence a nenhum tipo de organização ou grupo social e 135 (51,9%) informaram possuir acompanhante para a diálise e/ou consulta.

**Tabela 2:** Características quanto às condições de saúde, uso de serviços de saúde e suporte social dos pacientes idosos (n=260) em hemodiálise, Belo Horizonte – MG, 2006-2008.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N (%)</b>
<b>Possui plano de saúde</b>	
Sim	129 (50,2)
Não	130 (49,8)
<b>Procedimento do início da diálise</b>	
Fístula	86 (33,6)
Cateter	170 (66,4)
<b>Pagamento do tratamento</b>	
SUS	168 (66,7)
Convenio/particular	84 (33,3)
<b>Nº de internações desde o início da diálise</b>	
0	148 (59,2)
1	62 (24,8)
2+	40 (16,0)
<b>Nº de medicamentos utilizados</b>	
≤ 3	57 (25,6)
4 a 6	95 (42,6)
≥ 7	71 (31,8)
<b>Comorbidades (auto-referidas)</b>	
Hipertensão	226 (87,3)
Diabete	131 (50,8)
Doenças cardíacas	68 (26,6)
Depressão	48 (18,6)
Úlcera	27 (10,4)
AVC	25 (9,7)
Artrite	21 (8,1)
Hepatite	14 (5,4)
<b>Número de doenças crônicas</b>	
0 a 1	54 (22,1)
2	85 (34,5)
3	62 (25,4)
4 +	43 (17,6)
<b>Pertence a organizações/grupos</b>	
Sim	94 (36,2)
Não	166 (63,8)
<b>Possui acompanhante para diálise/consulta</b>	
Sim	135 (51,9)
Não	125 (48,1)

## **5.2 Qualidade de vida dos pacientes idosos em hemodiálise segundo o KDQOL-SF™**

As dimensões genéricas e específicas do KDQOL-SF™ são medidas em uma escala padronizada que varia de 0 (pior QV) a 100 (melhor QV), sendo que os valores de média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo observados na população em estudo estão apresentados na Tabela 3.

As figuras 1 e 2 apresentam a distribuição dos escores das dimensões específicas (11) e genéricas (8) do KDQOL-SF™, segundo os valores medianos, amplitudes interquartílicas, mínimos e máximos, para os 260 pacientes do estudo.

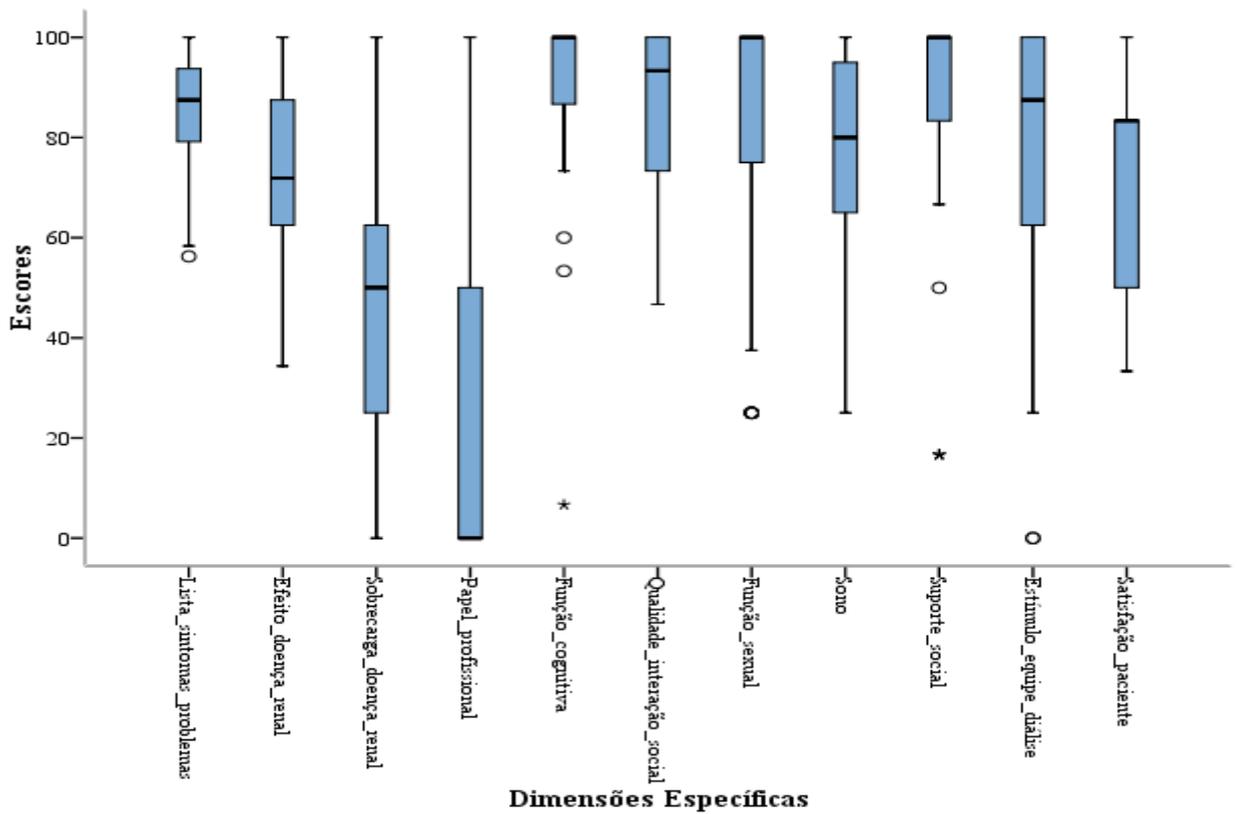
De uma maneira geral, na tabela 3 e nas figuras 1 e 2, observam-se acentuada variação entre os resultados para as dimensões do KDQOL-SF™ nesse grupo de pacientes. Nas dimensões específicas os menores escores médios foram: sobrecarga da doença renal (41,94); papel profissional (25,19) e satisfação do paciente (67,30). Nas dimensões genéricas os menores escores foram: funcionamento físico (45,15); função física (39,32) e saúde geral (60,50). Os escores mais altos de qualidade de vida foram encontrados nas dimensões específicas do instrumento como suporte social (87,81); função cognitiva (85,46) e qualidade da interação social (85,35).

Tabela 3: Dimensões específicas e genéricas do KDQOL-SF™ dos pacientes idosos (n=260) em hemodiálise, Belo Horizonte – MG, 2006-2008.

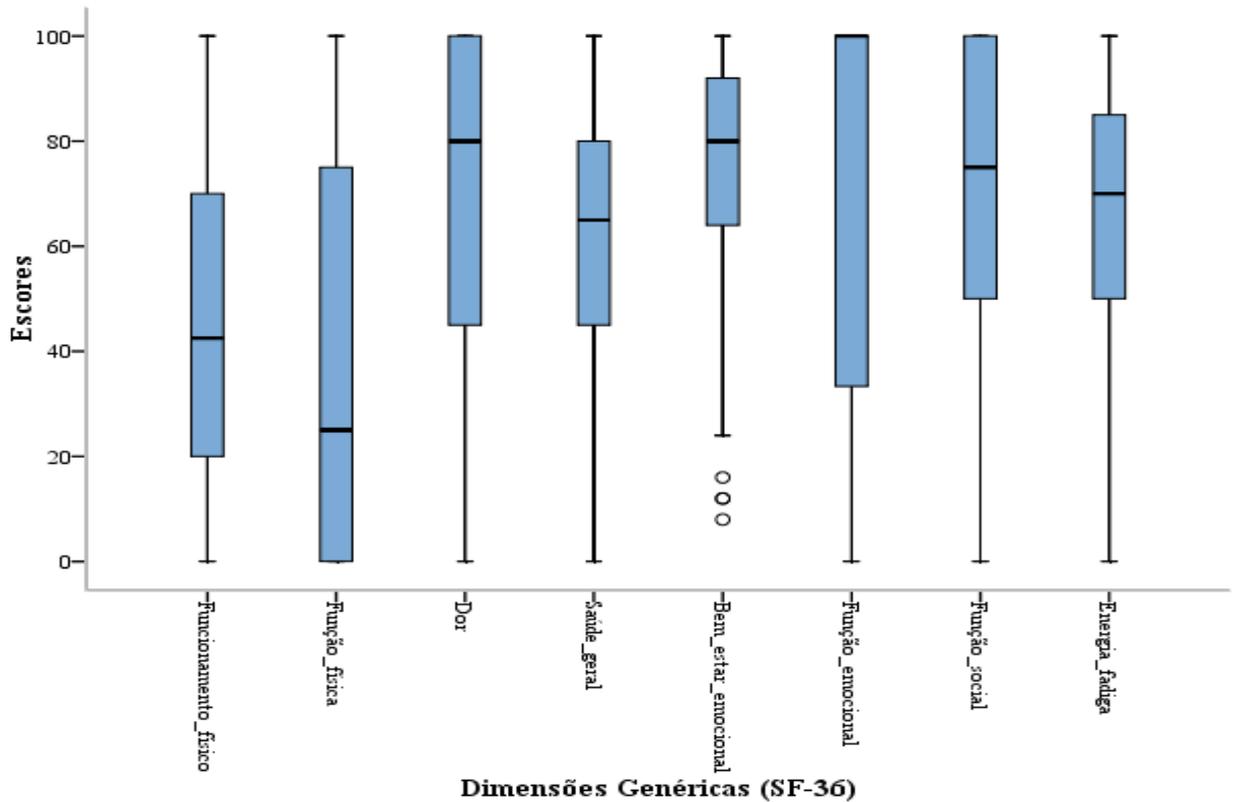
<b>DIMENSÕES</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>Mediana</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Específicas</b>					
Lista de sintomas/Problemas	79,11	16,47	83,33	27,08	100,00
Efeitos da Doença Renal	71,98	19,26	71,87	3,12	100,00
Sobrecarga da Doença Renal	41,94	28,79	43,75	0,00	100,00
Papel Profissional	25,19	31,83	0,00	0,00	100,00
Função Cognitiva	85,46	19,99	93,33	6,66	100,00
Qualidade da Interação Social	85,35	18,52	93,33	0,00	100,00
Função Sexual*	84,95	25,16	100,00	25,00	100,00
Sono	72,04	21,85	77,50	5,00	100,00
Suporte social	87,81	22,85	100,00	0,00	100,00
Estímulo Equipe de Diálise	78,41	27,67	87,50	0,00	100,00
Satisfação do Paciente	67,30	18,57	66,66	16,66	100,00
<b>Genéricas (SF-36)</b>					
Funcionamento Físico	45,15	29,58	42,50	0,00	100,00
Função Física	39,32	39,16	25,00	0,00	100,00
Dor	70,90	30,40	80,00	0,00	100,00
Saúde Geral	60,50	22,04	65,00	0,00	100,00
Bem- estar Emocional	75,47	20,81	80,00	8,00	100,00
Função emocional	64,87	41,79	100,00	0,00	100,00
Função Social	71,44	28,63	75,00	0,00	100,00
Energia/Fadiga	64,50	24,30	70,00	0,00	100,00

\* n=54

**Figura 1**– Distribuição dos escores de QV nas 11 dimensões específicas do KDQOL-SF™ dos pacientes idosos em hemodiálise, Belo Horizonte- MG, 2006-2008.



**Figura 2** – Distribuição dos escores de QV nas 8 dimensões genéricas do KDQOL-SF™ dos pacientes idosos em hemodiálise, Belo Horizonte – MG, 2006-2008.



A relação entre as dimensões específicas e genéricas de QV do instrumento (KDQOL-SF™) e variáveis quantitativas do estudo foi realizada utilizando o Coeficiente de *Correlação de Spearman* (Tabela 4).

Em relação às dimensões específicas o coeficiente de correlação apresentou resultado significativo entre as seguintes dimensões: lista de sintomas/problemas com escolaridade, número de doenças crônicas e renda pessoal; efeito da doença renal com número de doenças crônicas; sobrecarga da doença renal com número de doenças crônicas; papel profissional com escolaridade e renda pessoal; função cognitiva com anos de estudo e número de doenças crônicas; qualidade da interação social com número de doenças crônicas e renda pessoal; sono com nº de doenças crônicas; estímulo equipe de diálise com renda pessoal.

Observaram-se coeficientes de correlação significativos entre todas as dimensões genéricas com número de doenças crônicas, bem como as dimensões funcionamento físico; função física e dor com a variável escolaridade (anos de estudo).

Tabela 4: Coeficiente de *Correlação de Spearman (Rs)* entre as dimensões específicas e genéricas do KDQOL-SF™ e variáveis idade, escolaridade (anos de estudo), número de doenças crônicas e renda pessoal dos pacientes idosos em hemodiálise, Belo Horizonte - MG, 2006-2008.

DIMENSÕES	Idade		Anos de Estudo		Nº de doenças crônicas		Renda pessoal	
	<i>Spearman</i>	<i>valor-p</i>	<i>Spearman</i>	<i>valor-p</i>	<i>Spearman</i>	<i>valor-p</i>	<i>Spearman</i>	<i>valor-p</i>
<b>Específicas</b>								
Lista sintomas/ problemas	-0,0199	0,749	0,1433	<b>0,022</b>	-0,3139	<b>0,000</b>	0,1634	<b>0,017</b>
Efeito doença renal	0,0788	0,206	-0,0581	0,355	-0,2185	<b>0,000</b>	-0,0877	0,202
Sobrecarga doença renal	0,0672	0,280	0,1127	0,072	-0,2386	<b>0,000</b>	0,0650	0,345
Papel profissional	-0,0490	0,431	0,2723	<b>0,000</b>	-0,0112	0,862	0,2784	<b>0,000</b>
Função cognitiva	-0,0013	0,984	0,1673	<b>0,007</b>	-0,1229	0,055	0,0427	0,535
Qualidade interação social	0,0568	0,362	-0,0395	0,529	-0,1684	<b>0,008</b>	-0,1857	<b>0,007</b>
Função sexual	-0,1437	0,299	0,0200	0,887	-0,0653	0,642	-0,1973	0,170
Sono	0,1008	0,105	-0,0317	0,614	-0,1887	<b>0,003</b>	-0,0548	0,427
Suporte Social	0,0158	0,799	-0,0290	0,645	-0,0561	0,382	-0,0852	0,215
Estímulo equipe diálise	0,0477	0,444	-0,1101	0,079	0,0271	0,674	-0,1744	<b>0,011</b>
Satisfação do paciente	0,0823	0,186	0,0301	0,632	-0,0775	0,228	-0,0355	0,607
<b>Genéricas</b>								
Funcionamento físico	-0,1121	0,072	0,1949	<b>0,002</b>	-0,3111	<b>0,000</b>	0,0938	0,172
Função física	-0,0080	0,896	0,1628	<b>0,009</b>	-0,2189	<b>0,006</b>	0,1034	0,132
Dor	-0,1144	0,065	0,1288	<b>0,040</b>	-0,2396	<b>0,000</b>	0,1190	0,083
Saúde Geral	0,0963	0,121	-0,0225	0,721	-0,2230	<b>0,000</b>	-0,0387	0,574
Bem estar emocional	0,0286	0,646	0,0739	0,239	-0,2740	<b>0,000</b>	-0,0035	0,959
Função emocional	0,0058	0,925	0,1216	0,052	-0,1475	<b>0,021</b>	0,0242	0,725
Função social	0,0724	0,245	-0,0393	0,531	-0,2163	<b>0,000</b>	-0,0132	0,848
Energia/fadiga	0,0046	0,941	0,0971	0,121	-0,2595	<b>0,000</b>	0,0756	0,272

A análise da associação entre as variáveis sócio-demográficas/econômicas e as dimensões específicas e genéricas de qualidade de vida do instrumento KDQOL-SF™ utilizando os testes Mann Whitney e Kruskal Wallis está descrita nas Tabelas 5 e 6.

Em relação às dimensões específicas (Tabela 5) as seguintes associações significativas foram observadas: gênero com lista de sintomas ( $p= 0,001$ ); escolaridade com papel profissional ( $p= 0,001$ ) e estímulo da equipe ( $p= 0,044$ ); residir sozinho com qualidade da interação social ( $p= 0,026$ ); possuir trabalho atual com papel profissional ( $p< 0,001$ ) e suporte social ( $p= 0,015$ ); renda pessoal com papel profissional ( $p= 0,001$ ) e qualidade da interação social ( $p= 0,049$ ).

Para as dimensões genéricas (Tabela 6), foram observadas as seguintes associações significativas: gênero com funcionamento físico ( $p< 0, 001$ ), função física ( $p= 0,033$ ), dor ( $p= 0,006$ ), bem estar emocional ( $p= 0,015$ ) e energia/fadiga ( $p= 0,005$ ); faixa etária com funcionamento físico ( $p= 0,028$ ) e dor ( $p= 0,049$ ); escolaridade com funcionamento físico ( $p= 0,035$ ) e função física ( $p= 0,043$ ); possuir trabalho atual com funcionamento físico ( $p= 0,008$ ) e renda pessoal com funcionamento físico ( $p= 0,012$ ) e função social ( $p= 0,049$ ).

**Tabela 5:** Distribuição das medianas das dimensões específicas do KDQOL-SF™, segundo variáveis sócio-demográficas/econômicas dos pacientes idosos em hemodiálise, Belo Horizonte – MG, 2006-2008.

COVARIÁVEIS	Lista sintomas Problemas	Efeito Doença renal	Sobrecarga Doença renal	Papel profissional	Função cognitiva	Qualidade interação social	Função sexual	Sono	Suporte social	Estímulo equipe diálise	Satisfação paciente
<b>Gênero</b>											
Masculino	85,41	71,88	43,75	0,00	93,33	93,33	100,00	77,50	100,00	75,00	66,67
Feminino	79,16	75,00	37,50	0,00	93,33	93,33	93,75	75,00	100,00	100,00	66,67
valor-p*	<b>0,001</b>	0,313	0,662	0,880	0,674	0,170	0,979	0,174	0,981	0,102	0,961
<b>Faixa etária (anos)</b>											
60-69	83,33	71,88	37,50	0,00	93,33	93,33	100,00	76,25	100,00	81,25	66,67
70-79	83,33	75,00	50,00	0,00	93,33	93,33	87,50	80,00	100,00	87,50	66,67
80 +	83,29	75,00	56,25	0,00	93,33	93,33	75,00	68,75	100,00	100,00	66,67
valor-p*	0,725	0,407	0,135	0,586	0,957	0,321	0,128	0,264	0,402	0,173	0,186
<b>Escolaridade (anos de e estudo)</b>											
0	79,17	78,13	31,25	0,00	93,33	93,33	75,00	85,00	100,00	100,00	66,67
1 a 4	81,25	71,88	37,50	0,00	93,33	93,33	100,00	80,00	100,00	75,00	66,67
5 +	86,45	71,88	43,75	50,00	100,00	93,33	100,00	73,75	100,00	87,50	66,67
valor- p*	0,122	0,483	0,327	<b>0,001</b>	0,050	0,699	0,602	0,372	0,836	<b>0,044</b>	0,169
<b>Cor da pele</b>											
Branca	84,38	75,00	50,00	0,00	100,00	93,33	100,00	78,75	100,00	75,00	66,67
Não branca	81,25	71,88	37,50	0,00	93,33	93,33	100,00	75,00	100,00	87,50	66,67
valor-p*	0,203	0,511	0,124	0,162	0,173	0,438	0,832	0,417	0,396	0,192	0,204
<b>Estado civil</b>											
Casado	83,33	71,88	43,75	0,00	93,33	93,33	100,00	77,50	100,00	87,50	66,67
Não casado	79,17	75,00	43,75	0,00	93,33	93,33	100,00	77,50	100,00	87,50	66,67
valor-p*	0,132	0,635	0,458	0,968	0,926	0,457	0,589	0,732	0,305	0,923	0,371

**Continuação tabela 5:** Distribuição das medianas das dimensões específicas do KDQOL-SF™, segundo variáveis sócio-demográficas/econômicas dos pacientes idosos em hemodiálise, Belo Horizonte – MG, 2006-2008.

COVARIÁVEIS	Lista sintomas Problemas	Efeito Doença renal	Sobrecarga Doença renal	Papel profissional	Função cognitiva	Qualidade interação social	Função sexual	Sono	Suporte social	Estímulo equipe diálise	Satisfação paciente
<b>Reside sozinho</b>											
Sim	83,33	71,88	37,50	0,00	93,33	93,33	100,00	75,00	100,00	87,50	66,67
Não	77,08	75,00	56,25	0,00	100,00	100,00	100,00	80,00	100,00	100,00	50,00
valor- p*	0,998	0,401	0,071	0,835	0,219	<b>0,026</b>	0,056	0,169	0,460	0,425	0,097
<b>Possui filhos</b>											
Sim	83,33	71,88	40,63	0,00	93,33	93,33	100,00	77,50	100,00	87,50	66,67
Não	89,58	71,88	53,13	50,00	86,67	83,33	100,00	61,25	91,67	75,00	66,67
valor- p*	0,275	0,690	0,055	0,119	0,393	0,341	0,289	0,409	0,098	0,132	0,987
<b>Possui trabalho atual</b>											
Sim	81,25	71,88	50,00	100,00	93,33	86,67	100,00	75,00	83,33	87,50	50,00
Não	83,33	75,00	37,50	0,00	93,33	93,33	100,00	77,50	100,00	87,50	66,67
valor- p*	0,359	0,282	0,184	<b>&lt; 0,001</b>	0,612	0,482	0,680	0,347	<b>0,015</b>	0,679	0,397
<b>Renda pessoal em quartis</b>											
1°	80,21	73,44	46,88	0,00	93,33	93,33	100,00	76,25	100,00	100,00	66,67
2°	81,25	78,13	34,38	0,00	100,00	93,33	100,00	85,00	100,00	100,00	66,67
3°	87,50	71,88	31,25	0,00	93,33	93,33	100,00	77,50	100,00	75,00	66,67
4°	85,42	67,19	50,00	50,00	100,00	86,67	100,00	72,50	100,00	75,00	66,67
valor- p*	0,055	0,319	0,283	<b>0,001</b>	0,919	<b>0,049</b>	0,567	0,519	0,709	0,053	0,752

\* Testes Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis

**Tabela 6:** Distribuição das medianas das dimensões genéricas do KDQOL-SF™, segundo variáveis sócio-demográficas/econômicas dos pacientes idosos em hemodiálise, Belo Horizonte – MG, 2006-2008.

COVARIÁVEIS	Funcionamento físico	Função física	Dor	Saúde geral	Bem estar emocional	Função emocional	Função social	Energia fadiga
<b>Gênero</b>								
Masculino	55,00	50,00	80,00	65,00	84,00	100,00	75,00	75,00
Feminino	30,00	25,00	70,00	65,00	76,00	67,67	75,00	60,00
valor- p*	<b>&lt; 0,001</b>	<b>0,033</b>	<b>0,006</b>	0,940	<b>0,015</b>	0,175	0,578	<b>0,005</b>
<b>Faixa etária (anos)</b>								
60-69	45,00	25,00	80,00	60,00	80,00	100,00	75,00	70,00
70-79	45,00	25,00	73,75	65,00	78,00	100,00	87,50	65,00
80 +	25,00	0,00	57,50	67,50	80,00	66,67	75,00	62,50
valor- p*	<b>0,028</b>	0,721	<b>0,049</b>	0,128	0,816	0,855	0,193	0,636
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>								
0	35,00	0,00	67,50	65,00	76,00	66,67	75,00	65,00
1 a 4	40,00	25,00	80,00	65,00	80,00	66,67	75,00	70,00
5 +	57,50	50,00	80,00	60,00	80,00	100,00	75,00	70,00
valor-p*	<b>0,035</b>	<b>0,043</b>	0,104	0,318	0,680	0,142	0,260	0,664
<b>Cor da pele</b>								
Branca	45,00	37,50	80,00	65,00	84,00	66,67	75,00	70,00
Não branca	40,00	25,00	73,75	65,00	76,00	100,00	75,00	67,50
valor-p*	0,508	0,598	0,121	0,939	0,651	0,422	0,316	0,418
<b>Estado civil</b>								
Casado	45,00	25,00	80,00	65,00	84,00	100,00	75,00	75,00
Não casado	40,00	25,00	70,00	60,00	76,00	100,00	75,00	60,00
valor-p*	0,250	0,891	0,160	0,270	0,262	0,506	0,631	0,136

**Continuação tabela 6:** Distribuição das medianas das dimensões genéricas do KDQOL-SF™, segundo variáveis sócio-demográficas/econômicas dos pacientes idosos em hemodiálise, Belo Horizonte – MG, 2006-2008.

COVARIÁVEIS	Funcionamento Físico	Função Física	Dor	Saúde Geral	Bem estar Emocional	Função Emocional	Função social	Energia Fadiga
<b>Reside sozinho</b>								
Sim	40,00	25,00	80,00	65,00	80,00	100,00	75,00	70,00
Não	55,00	25,00	67,50	65,00	84,00	100,00	75,00	65,00
<i>valor-p*</i>	0,233	0,664	0,760	0,241	0,467	0,833	0,931	0,928
<b>Possui filhos</b>								
Sim	40,00	25,00	80,00	65,00	80,00	100,00	75,00	67,50
Não	62,50	50,00	100,00	62,50	74,00	83,33	75,00	72,50
<i>valor-p*</i>	0,308	0,189	0,555	0,934	0,541	0,868	0,981	0,700
<b>Possui trabalho atual</b>								
Sim	65,00	50,00	80,00	70,00	76,00	100,00	75,00	75,00
Não	40,00	25,00	80,00	65,00	80,00	100,00	75,00	70,00
<i>valor-p*</i>	<b>0,008</b>	0,081	0,585	0,730	0,751	0,365	0,895	0,646
<b>Renda pessoal em quartis</b>								
1°	35,00	25,00	70,00	65,00	76,00	66,67	68,75	60,00
2°	70,00	50,00	80,00	65,00	84,00	100,00	87,50	70,00
3°	45,00	25,00	90,00	60,00	84,00	100,00	87,50	70,00
4°	45,00	50,00	80,00	60,00	76,00	100,00	75,00	72,50
<i>valor-p*</i>	<b>0,012</b>	0,162	0,329	0,882	0,408	0,403	<b>0,049</b>	0,613

\* Testes Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis

A análise da associação entre as variáveis quanto à condição de saúde, uso de serviços de saúde e suporte social da população em estudo e as dimensões específicas e genéricas de qualidade de vida do instrumento KDQOL-SF™ utilizando os testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis está descrita nas tabelas 7 e 8.

Em relação às dimensões específicas (Tabela 7) foram observadas as seguintes associações significativas: plano de saúde com papel profissional ( $p= 0,001$ ) e qualidade da interação social ( $p= 0,029$ ); pagamento do tratamento com papel profissional ( $p< 0,001$ ); número de internações desde o início da diálise com lista de sintomas/problemas ( $p= 0,006$ ) e sobrecarga da doença renal ( $p= 0,008$ ); número de doenças crônicas com lista de sintomas/problemas ( $p< 0,001$ ), efeito da doença renal ( $p= 0,006$ ), sobrecarga da doença renal ( $p=0,002$ ) e sono ( $p= 0,026$ ); pertencer a grupos/organizações e sono ( $p=0,049$ ).

Quanto às dimensões genéricas (Tabela 8), foram observadas associações significativas entre pagamento do tratamento com função física ( $p= 0,044$ ) e dor ( $p=0,015$ ); número de internações desde o início da diálise com todas as dimensões, com exceção de saúde geral; número de medicamentos com funcionamento físico ( $p= 0,026$ ) e saúde geral ( $p= 0,012$ ); número de doenças crônicas com todas as das dimensões, com exceção de função emocional; pertencer a organizações/grupos com funcionamento físico ( $p= 0,004$ ) e possuir acompanhante para diálise/consulta com funcionamento físico ( $p= 0,014$ ).

**Tabela 7:** Distribuição das medianas das dimensões específicas do KDQOL-SF™, segundo variáveis de condição de saúde, uso de serviços de saúde e suporte social dos pacientes idosos em hemodiálise, Belo Horizonte – MG, 2006-2008.

COVARIÁVEIS	Lista sintomas problemas	Efeito doença renal	Sobrecarga doença renal	Papel profissional	Função cognitiva	Qualidade interação social	Função sexual	Sono	Suporte social	Estímulo equipe diálise	Satisfação paciente
<b>Possui plano de saúde</b>											
Sim	83,33	71,88	43,75	50,00	93,33	93,33	100,00	77,50	100,00	87,50	66,67
Não	82,29	75,00	37,50	0,00	93,33	93,33	100,00	75,00	100,00	87,50	66,67
<i>valor-p*</i>	0,745	0,465	0,292	<b>0,001</b>	0,667	<b>0,029</b>	0,814	0,282	0,988	0,798	0,477
<b>Pagamento do tratamento</b>											
SUS	83,33	71,88	40,63	0,00	93,33	93,33	100,00	75,00	100,00	87,50	66,67
Convenio/ particular	85,42	71,88	43,75	50,00	93,33	93,33	100,00	77,50	100,00	87,50	66,67
<i>valor-p*</i>	0,280	0,532	0,548	<b>&lt; 0,001</b>	0,765	0,253	0,506	0,683	0,828	0,903	0,952
<b>Procedimento início diálise</b>											
Fístula	83,33	75,00	43,75	0,00	93,33	93,33	100,00	75,00	100,00	87,50	66,67
Cateter	77,08	68,75	25,00	0,00	100,00	86,67	100,00	87,50	100,00	75,00	66,67
<i>valor-p*</i>	0,367	0,101	0,470	0,534	0,620	0,712	0,458	0,201	0,652	0,853	0,538
<b>Nº internações desde o início da diálise</b>											
0	83,33	71,88	50,00	0,00	93,33	93,33	100,00	80,00	100,00	87,50	66,67
1	85,41	76,56	46,88	0,00	100,00	93,33	100,00	75,00	100,00	87,50	66,67
2 +	71,88	71,88	25,00	0,00	86,67	93,33	93,75	72,50	100,00	87,50	66,67
<i>valor p*</i>	<b>0,006</b>	0,327	<b>0,008</b>	0,385	0,165	0,686	0,855	0,081	0,145	0,766	0,385

**Continuação da Tabela 7:** Distribuição das medianas das dimensões específicas do KDQOL-SF™, segundo variáveis de condição de saúde, uso de serviços de saúde e suporte social dos pacientes idosos em hemodiálise, Belo Horizonte – MG, 2006-2008.

COVARIÁVEIS	Lista sintomas problemas	Efeito doença renal	Sobrecarga doença renal	Papel profissional	Função cognitiva	Qualidade interação social	Função sexual	Sono	Suporte social	Estímulo equipe diálise	Satisfação paciente
<b>Nº de medicamentos</b>											
<=3	85,42	71,88	50,00	0,00	100,00	93,33	93,75	77,50	100,00	87,50	66,67
4 a 6	83,33	75,00	43,75	0,00	100,00	93,33	100,00	82,50	100,00	87,50	66,67
>=7	83,33	71,88	31,25	0,00	93,33	93,33	100,00	75,00	100,00	87,50	66,67
valor p*	0,168	0,692	0,404	0,678	0,553	0,779	0,216	0,159	0,058	0,719	0,808
<b>Nº de doenças crônicas</b>											
0 a 1	88,54	81,25	53,13	0,00	100,00	96,67	100,00	85,00	100,00	81,25	75,00
2	85,42	75,00	43,75	50,00	93,33	93,33	100,00	72,50	100,00	87,50	66,67
3	79,17	71,88	40,63	0,00	93,33	93,33	100,00	75,00	100,00	87,50	66,67
4 +	75,00	62,50	25,00	0,00	93,33	86,67	68,75	75,00	100,00	87,50	66,67
valor p*	<b>&lt; 0,001</b>	<b>0,006</b>	<b>0,002</b>	0,130	0,208	0,056	0,439	<b>0,026</b>	0,061	0,955	0,221
<b>Pertence a organizações/grupos</b>											
Sim	80,21	71,88	37,50	0,00	90,00	93,33	100,00	68,75	100,00	87,50	66,67
Não	85,42	73,44	43,75	0,00	100,00	93,33	100,00	80,00	100,00	100,00	66,67
valor p*	0,315	0,919	0,929	0,153	0,114	0,425	0,423	<b>0,049</b>	0,928	0,302	0,145
<b>Possui acompanhante diálise/consulta</b>											
Sim	81,25	71,88	37,50	0,00	93,33	93,33	100,00	80,00	100,00	87,50	66,67
Não	85,42	71,88	50,00	0,00	100,00	93,33	100,00	75,00	100,00	87,50	66,67
valor p*	0,274	0,609	0,245	0,843	0,181	0,759	0,991	0,208	0,423	0,829	0,581

\* Testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis

**Tabela 8:** Distribuição das medianas das dimensões genéricas do KDQOL-SF™, segundo variáveis de condições de saúde, uso de serviços de saúde e suporte social dos pacientes idosos em hemodiálise, Belo Horizonte – MG, 2006-2008.

COVARIÁVEIS	Funcionamento Físico	Função Física	Dor	Saúde geral	Bem estar emocional	Função emocional	Função Social	Energia fadiga
<b>Possui plano de saúde</b>								
Sim	45,00	50,00	80,00	65,00	80,00	100,00	75,00	70,00
Não	40,00	25,00	70,00	65,00	80,00	100,00	75,00	65,00
<i>valor-p*</i>	0,262	0,294	0,313	0,981	0,780	0,714	0,345	0,155
<b>Pagamento do tratamento</b>								
SUS	40,00	25,00	70,00	65,00	80,00	100,00	75,00	65,00
Convenio/Particular	55,00	50,00	90,00	60,00	80,00	100,00	75,00	70,00
<i>valor-p*</i>	0,179	<b>0,044</b>	<b>0,015</b>	0,490	0,772	0,573	0,522	0,649
<b>Procedimento no início da diálise</b>								
Fístula	45,00	25,00	80,00	65,00	80,00	100,00	75,00	70,00
Cateter	20,00	0,00	70,00	55,00	76,00	100,00	75,00	65,00
<i>valor-p*</i>	0,116	0,366	0,399	0,534	0,866	0,709	0,675	0,763
<b>Nº internações desde o início da diálise</b>								
0	45,00	25,00	80,00	65,00	84,00	100,00	75,00	70,00
1	50,00	50,00	80,00	65,00	84,00	100,00	87,50	72,50
2 +	20,00	0,00	67,50	55,00	68,00	49,99	62,50	50,00
<i>valor-p*</i>	<b>0,003</b>	<b>0,029</b>	<b>0,035</b>	0,064	<b>0,004</b>	<b>0,028</b>	<b>0,014</b>	<b>0,003</b>

**Continuação da tabela 8:** Distribuição das medianas das dimensões genéricas do KDQOL-SF™, segundo variáveis de condições de saúde, uso de serviços de saúde e suporte social dos pacientes idosos em hemodiálise, Belo Horizonte – MG, 2006-2008.

<b>COVARIÁVEIS</b>	<b>Funcionamento Físico</b>	<b>Função Física</b>	<b>Dor</b>	<b>Saúde Geral</b>	<b>Bem estar emocional</b>	<b>Função Emocional</b>	<b>Função social</b>	<b>Energia fadiga</b>
<b>Nº medicamentos utilizados por dia</b>								
<=3	60,00	50,00	80,00	70,00	84,00	100,00	75,00	70,00
4 a 6	45,00	25,00	80,00	65,00	80,00	66,67	75,00	70,00
>=7	40,00	25,00	70,00	50,00	84,00	100,00	75,00	70,00
<i>valor-p*</i>	<b>0,026</b>	0,608	0,129	<b>0,012</b>	0,387	0,331	0,818	0,857
<b>Nº de doenças crônicas</b>								
0 a 1	70,00	50,00	100,00	70,00	84,00	100,00	87,50	75,00
2	50,00	50,00	80,00	65,00	88,00	100,00	87,50	75,00
3	35,00	25,00	73,75	60,00	74,00	100,00	68,75	65,00
4 +	20,00	0,00	67,50	45,00	68,00	33,33	62,50	50,00
<i>valor-p*</i>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>0,007</b>	<b>0,002</b>	<b>0,005</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,060	<b>0,006</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Pertence à organizações/grupos</b>								
Sim	60,00	50,00	78,75	65,00	80,00	100,00	75,00	70,00
Não	37,50	25,00	80,00	60,00	80,00	100,00	75,00	65,00
<i>valor-p*</i>	<b>0,004</b>	0,159	0,787	0,178	0,628	0,370	0,754	0,418
<b>Possui acompanhante diálise / consulta</b>								
Sim	40,00	25,00	77,50	65,00	80,00	66,67	75,00	60,00
Não	50,00	25,00	80,00	65,00	80,00	100,00	75,00	70,00
<i>valor-p*</i>	<b>0,014</b>	0,105	0,863	0,919	0,642	0,212	0,851	0,207

\* Teste Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis

A associação entre cada comorbidade auto-referida investigada e as dimensões específicas e genéricas do KDQOL-SF™ utilizando o teste de Mann-Whitney está apresentada nas tabelas 9 e 10.

Quanto às dimensões específicas (Tabela 9) foram observadas associações significativas entre: Diabetes com lista de sintomas/problemas ( $p=0,002$ ), efeito da doença renal ( $p=0,012$ ), sobrecarga da doença renal ( $p=0,009$ ) e função cognitiva ( $p=0,026$ ); Hipertensão com sono ( $p=0,019$ ); Doenças cardíacas com lista de sintomas/problemas ( $p=0,002$ ), efeito da doença renal ( $p=0,038$ ), qualidade da interação social ( $p=0,011$ ) e sono ( $p=0,014$ ); Úlcera com sobrecarga da doença renal ( $p=0,16$ ); Artrite com lista de sintomas/problemas ( $p=0,017$ ) e papel profissional ( $p=0,019$ ); Depressão com lista de sintomas/problemas ( $p=0,004$ ), efeito da doença renal ( $p<0,001$ ), sobrecarga da doença renal ( $p=0,009$ ), função cognitiva ( $p=0,019$ ), qualidade da interação social ( $p=0,014$ ), sono ( $p=0,002$ ) e satisfação do paciente ( $p=0,023$ ).

Em relação às dimensões genéricas (Tabela 10) as seguintes associações significativas foram observadas: Diabetes com funcionamento físico ( $p<0,001$ ), função física ( $p=0,004$ ), dor ( $p=0,035$ ), saúde geral ( $p=0,040$ ), função emocional ( $p=0,028$ ), função social ( $p=0,003$ ); Acidente Vascular Cerebral (AVC) com funcionamento físico ( $p=0,020$ ), bem estar emocional ( $p=0,009$ ) e energia/fadiga ( $p=0,004$ ); Doenças cardíacas com funcionamento físico ( $p=0,008$ ), função física ( $p=0,007$ ); Úlcera com saúde geral ( $p=0,021$ ) e função social ( $p=0,037$ ); Artrite com saúde geral ( $p=0,006$ ), função emocional ( $p=0,008$ ) e função social ( $p=0,015$ ); Depressão com todas as dimensões genéricas; Hepatite com dor ( $p=0,032$ ), saúde geral ( $p=0,022$ ) e bem estar emocional ( $p=0,047$ ).

**Tabela 9:** Distribuição das medianas das dimensões específicas do KDQOL-SF™, segundo a presença de comorbidades dos pacientes idosos em hemodiálise, Belo Horizonte – MG, 2006-2008.

COMORBIDADES	Lista Sintomas problemas	Efeito doença renal	Sobrecarga doença renal	Papel profissional	Função cognitiva	Qualidade interação social	Função sexual	Sono	Suporte social	Estímulo equipe diálise	Satisfação paciente
<b>Diabete</b>											
Sim	79,17	71,88	31,25	0,00	93,33	93,33	100,00	75,00	100,00	87,50	66,67
Não	85,42	75,00	50,00	0,00	100,00	93,33	100,00	80,00	100,00	87,50	66,67
valor p*	<b>0,002</b>	<b>0,012</b>	<b>0,009</b>	0,480	<b>0,026</b>	0,182	0,112	0,174	0,140	0,637	0,883
<b>Hipertensão</b>											
Sim	81,25	71,88	37,50	0,00	93,33	93,33	100,00	75,00	100,00	87,50	66,67
Não	85,42	81,25	50,00	0,00	100,00	93,33	100,00	90,00	100,00	75,00	50,00
valor p*	0,204	0,118	0,264	0,136	0,353	0,796	0,738	<b>0,019</b>	0,376	0,566	0,414
<b>AVC</b>											
Sim	79,17	71,88	31,25	0,00	93,33	93,33	100,00	80,00	100,00	75,00	66,67
Não	83,33	71,88	43,75	0,00	93,33	93,33	100,00	75,00	100,00	87,50	66,67
valor p*	0,383	0,709	0,446	0,222	0,750	0,731	0,121	0,704	0,621	0,650	0,816
<b>Doenças cardíacas</b>											
Sim	77,08	70,31	34,38	0,00	93,33	86,67	100,00	66,25	100,00	87,50	66,67
Não	85,42	75,00	43,75	0,00	93,33	93,33	100,00	80,00	100,00	87,50	66,67
valor p*	<b>0,002</b>	<b>0,038</b>	0,319	0,688	0,574	<b>0,011</b>	0,455	<b>0,014</b>	0,094	0,496	0,812
<b>Úlcera</b>											
Sim	83,33	71,88	25,00	0,00	86,67	86,67	100,00	65,00	100,00	87,50	66,67
Não	83,33	75,00	43,75	0,00	93,33	93,33	100,00	77,50	100,00	87,50	66,67
valor p*	0,592	0,493	<b>0,016</b>	0,704	0,176	0,270	0,647	0,377	0,609	0,611	0,698

**Continuação tabela 9:** Distribuição das medianas das dimensões específicas do KDQOL-SF™, segundo a presença de comorbidades dos pacientes idosos em hemodiálise, Belo Horizonte – MG, 2006-2008.

COMORBIDADES	Lista sintomas problemas	Efeito doença renal	Sobrecarga doença renal	Papel profissional	Função cognitiva	Qualidade interação social	Função sexual	Sono	Suporte social	Estímulo equipe diálise	Satisfação paciente
<b>Artrite</b>											
Sim	72,92	71,88	31,25	50,00	86,67	93,33	87,50	60,00	100,00	100,00	50,00
Não	83,33	71,88	43,75	0,00	93,33	93,33	100,00	77,50	100,00	87,50	66,67
<i>valor p*</i>	<b>0,017</b>	0,195	0,173	<b>0,019</b>	0,254	0,408	0,305	0,068	0,250	0,283	0,075
<b>Depressão</b>											
Sim	75,00	65,63	28,13	0,00	80,00	86,67	68,75	63,75	100,00	87,50	50,00
Não	85,42	75,00	43,75	0,00	100,00	93,33	100,00	80,00	100,00	87,50	66,67
<i>valor p*</i>	<b>0,004</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>0,009</b>	0,971	<b>0,001</b>	<b>0,014</b>	0,067	<b>0,002</b>	0,248	0,410	<b>0,023</b>
<b>Hepatite</b>											
Sim	76,04	65,63	21,88	0,00	83,33	90,00	87,50	78,75	83,33	87,50	66,67
Não	83,33	75,00	43,75	0,00	93,33	93,33	100,00	77,50	100,00	87,50	66,67
<i>valor p*</i>	0,081	0,145	0,149	0,826	0,230	0,722	0,812	0,685	0,051	0,831	0,822

\* Teste Mann-Whitney

**Tabela 10:** Distribuição das medianas das dimensões genéricas do KDQOL-SF™, segundo a presença de comorbidades dos pacientes idosos em hemodiálise, Belo Horizonte – MG, 2006-2008.

COMORBIDADES	Funcionamento físico	Função física	Dor	Saúde geral	Bem estar emocional	Função emocional	Função social	Energia fadiga
<b>Diabete</b>								
Sim	35,00	25,00	70,00	60,00	80,00	66,67	75,00	65,00
Não	60,00	50,00	80,00	65,00	80,00	100,00	87,50	70,00
<i>valor-p*</i>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>0,004</b>	<b>0,035</b>	<b>0,040</b>	0,147	<b>0,028</b>	<b>0,003</b>	0,056
<b>Hipertensão</b>								
Sim	45,00	25,00	77,50	60,00	80,00	100,00	75,00	70,00
Não	40,00	50,00	100,00	70,00	84,00	66,67	75,00	65,00
<i>valor-p*</i>	0,441	0,815	0,508	0,085	0,603	0,487	0,567	0,979
<b>AVC</b>								
Sim	20,00	0,00	57,50	50,00	68,00	33,33	75,00	50,00
Não	45,00	25,00	80,00	65,00	80,00	100,00	75,00	70,00
<i>valor-p*</i>	<b>0,020</b>	0,116	0,212	0,054	<b>0,009</b>	0,146	0,693	<b>0,004</b>
<b>Doenças cardíacas</b>								
Sim	30,00	0,00	73,75	60,00	76,00	100,00	75,00	65,00
Não	45,00	50,00	80,00	65,00	80,00	100,00	75,00	70,00
<i>valor-p*</i>	<b>0,008</b>	<b>0,007</b>	0,310	0,170	0,272	0,722	0,100	0,066
<b>Úlcera</b>								
Sim	30,00	0,00	67,50	50,00	76,00	100,00	62,50	55,00
Não	45,00	25,00	80,00	65,00	80,00	100,00	75,00	70,00
<i>valor-p*</i>	0,102	0,386	0,283	<b>0,021</b>	0,669	0,620	<b>0,037</b>	0,491

**Continuação Tabela 10:** Distribuição das medianas das dimensões genéricas do KDQOL-SF™, segundo a presença de comorbidades dos pacientes idosos em hemodiálise, Belo Horizonte – MG, 2006-2008.

COMORBIDADES	Funcionamento físico	Função física	Dor	Saúde geral	Bem estar emocional	Função emocional	Função social	Energia fadiga
<b>Artrite</b>								
Sim	30,00	0,00	57,50	45,00	68,00	0,00	62,50	55,00
Não	45,00	25,00	80,00	65,00	80,00	100,00	75,00	70,00
<i>valor-p*</i>	0,093	0,144	0,109	<b>0,006</b>	0,055	<b>0,008</b>	<b>0,015</b>	0,052
<b>Depressão</b>								
Sim	27,50	0,00	62,50	50,00	66,00	33,33	62,50	52,50
Não	45,00	25,00	80,00	65,00	84,00	100,00	75,00	70,00
<i>valor-p*</i>	<b>0,021</b>	<b>0,009</b>	<b>0,002</b>	<b>0,026</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>0,020</b>	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Hepatite</b>								
Sim	37,50	25,00	58,75	80,00	70,00	66,67	56,25	60,00
Não	45,00	25,00	80,00	65,00	80,00	100,00	75,00	70,00
<i>valor-p*</i>	0,904	0,715	<b>0,032</b>	<b>0,022</b>	<b>0,047</b>	0,189	0,161	0,704

\* Teste Mann-Whitney

### **5.3 Itens adicionais do KDQOL-SF™**

O instrumento utilizado apresenta dois itens que não são incluídos para a obtenção dos escores de QV apresentados:

- 1) Saúde comparada há um ano
- 2) Avaliação geral da saúde.

Em relação à “Saúde comparada há um ano” as seguintes respostas foram obtidas: muito melhor (41,22%); um pouco melhor (23,1%); aproximadamente igual (12,7%); um pouco pior (14,6%) e muito pior (8,5%).

O item “Avaliação da saúde em geral” apresenta uma escala de 0 a 10, onde 0 significa a pior possível (tão ruim ou pior do que estar morto), 5 (meio termo entre o pior e o melhor) e 10 (melhor possível). Os resultados mostraram que entre a população estudada, apenas 7 (2,7%) pacientes responderam 0; 69 (26,5%) responderam 5 e 33 (12,7%) responderam 10. Quanto ao restante dos pacientes, a maioria das respostas obtidas ficou entre 6 e 9, acima do meio até a melhor (53,8%).

## **6 DISCUSSÃO**

### **6.1 Características sócio-demográficas/econômicas e quanto à condição de saúde, uso de serviços de saúde e suporte social da população estudada**

Na população estudada a média de idade foi de 69,2 anos, com predomínio de pacientes do sexo masculino, casados, que possuem filhos e que residem com mais de uma pessoa, com baixa renda, com escolaridade predominando de 1 a 4 anos de estudo e sem relação de trabalho atual. Estes resultados são semelhantes aos encontrados em outros estudos envolvendo pacientes idosos com DRC em tratamento dialítico no Brasil (Kusomota, 2005; Souza, 2005; Santos, 2006) e em outros países (Elgueta et al., 1994; Rebollo et al., 1998, 2000, 2001; Harris et al., 2002; Loos et al., 2003; Tyrrel et al., 2006). Apenas nos estudos de Lamping et al. (2000) no Reino Unido, Cunqueiro et al. (2003) na Espanha e Carvalho et al. (1999) no Brasil, houve uma predominância de pacientes idosos do sexo feminino em diálise em relação ao masculino.

Em relação às características sócio-demográficas e econômicas envolvendo pacientes de outras faixas etárias (pacientes acima de 18 anos), tanto nos estudos desenvolvidos na população brasileira (Sesso & Yoshihiro, 1997; Rodrigues - Neto, 1998; Fadil, 2001; Duarte et al., 2003, 2005; Bittencourt, 2003; Castro et al., 2003; Sesso et al., 2003; Martins & Cesarino, 2005; Bertolin, 2007) quanto nos estudos desenvolvidos na população de outros países (Moreno et al., 1996; Mingardi et al., 1999; Baiardi et al., 2002; Carmichael et al., 2000; Blake et al., 2000; Korevaar et al., 2002; Manns et al., 2003; Caskey et al., 2003; Fukuhara et al., 2003; Wu et al., 2004; Lee et al., 2005; Vásquez et al., 2005; Vidal, 2005; Molsted et al., 2005, 2007; Rocco et al., 2006; Drayer et al., 2006; Lopes A et al., 2007) mostraram resultados similares em relação às características dos pacientes deste estudo. Houve uma diferença em relação à cor da pele, pois, na população estudada, a maior parte dos sujeitos se declarou como não brancos e nos outros trabalhos a maior parte dos pacientes se declarou como brancos, principalmente nos estudos realizados nos países desenvolvidos.

Estudos realizados em população adulta mostraram que a idade média dos pacientes, variou de 49 a 59 anos (Rodrigues - Neto, 1998; Fadil, 2001; Duarte et al., 2003; Bittencourt, 2003; Korevaar et al., 2002; Manns et al., 2003; Molsted et al., 2005, 2007; Rocco et al., 2006; Lopes A et al., 2007), evidenciando a maior incidência e prevalência de DRC nas faixas etárias mais avançadas (Rebollo et al., 1998, 2000, 2001; Carvalho et al., 1999; Harris et al., 2002; Romão Júnior et al., 2003; Kusomota, 2005, Souza, 2004, Tyrrel et al., 2005; Unruh et al., 2008). Estes autores atribuem o aumento crescente da população com DRCT,

principalmente ao envelhecimento da população, além do aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis como a diabetes e a hipertensão arterial, as principais causas da doença. Portanto, a tendência é de cada vez mais se observarem idosos com doença renal crônica terminal.

Outro aspecto importante referente aos resultados encontrados se relaciona à questão do trabalho em indivíduos portadores de DRCT. Os resultados mostraram que em torno de 90% dos pacientes deste estudo, não possuem trabalho atual, pois são aposentados, pensionistas ou recebem algum tipo de benefício. No entanto, quando são examinados os resultados de pacientes mais jovens com idade produtiva em hemodiálise, muitos trabalhos mostraram que uma grande parte dos indivíduos não está trabalhando. No Brasil, Sesso et al. (2003) observaram que de 118 pacientes somente 37% estavam empregados. Bertolin (2007) em seu estudo evidenciou que apenas 19% dos pacientes encontravam-se em atividade profissional regular e Kusomota (2005), estudando adultos e idosos, observou que em relação aos meios de obtenção de renda, 137 (70,6%) não apresentavam vínculo com trabalho e se mantinham com a aposentadoria. Em relação aos estudos realizados em outros países, Mingardi et al. (1999) evidenciaram que 55,5% dos pacientes não estavam trabalhando; Carmichael et al. (2000) encontraram 40,8% de pacientes aposentados e 34,7% considerados incapacitados para o trabalho; Blake et al. (2000) mostraram que, dos pacientes estudados em idade laborativa, 49% estavam desempregados; Caskey et al. (2003) mostraram que de 262 pacientes acima de 18 anos apenas 16% estavam empregados; Wu et al. (2003) mostraram que do total de pacientes em hemodiálise analisados apenas 9% estavam empregados. Estes resultados representam um dado social significativo e preocupante, pois, conforme afirmou Lessa (1998), as doenças crônicas, incluindo a DRCT, podem atingir uma população em plena idade economicamente ativa, gerando gastos nas áreas sociais devido às aposentadorias precoces.

Os resultados encontrados em relação às condições de saúde, sobre o uso de serviços de saúde e o suporte social mostraram que na população estudada, metade dos pacientes declarou possuir seguro de saúde, ressaltando que apenas 33,3% utilizam o seguro de saúde privado para o pagamento do tratamento, o restante tem o pagamento efetuado pelo SUS. A elevada proporção dos idosos que possuem plano de saúde pode estar relacionada ao fato de que a maior parte dos pacientes serem aposentado-pensionistas, tendo plano/convênios de saúde, decorrentes de sua relação de trabalho anterior ou podem também refletir a maior preocupação dos pacientes idosos em relação ao suporte de saúde, fazendo com que esta população adquira mais seguros de saúde do que a população mais jovem.

O procedimento inicial de diálise nos pacientes, deste estudo, foi feito utilizando o cateter em 66,4% e a fístula em 33,6%, encontrando semelhanças com os resultados de autores brasileiros como Rodrigues - Neto (1998); Sesso et al. (2003); Duarte (2003); Souza (2004) Kusomota (2005) e também com dados do Censo de 2008 da Sociedade Brasileira de Nefrologia. A utilização do cateter como acesso inicial relaciona-se ao fato de que a maioria dos encaminhamentos para a diálise no Brasil é oriunda dos serviços de urgência, respondendo por grande parte dos encaminhamentos para a Terapia Renal Substitutiva. Esta situação pode indicar que existe uma falta de planejamento para o início do tratamento dialítico em nosso meio, trazendo prejuízo para a QV dos pacientes (Sesso & Yoshihiro, 1997; Sesso et al., 2003; Bastos, 2006). Alguns autores ressaltam que planejar o tratamento antes de iniciar a diálise, reduzindo o uso de cateter como acesso vascular para a hemodiálise, pode reduzir o risco de mortalidade e melhorar a QV dos pacientes (Caskey et al., 2003; Lopes A et al., 2007). Outros autores estudando pacientes idosos compartilham dessas afirmações, alegando que nos pacientes que não tiveram um acompanhamento pré-diálise tiveram um prejuízo maior na QV do que naqueles que tiveram um planejamento anterior adequado como a consulta com o nefrologista e a confecção da fístula arteriovenosa (Harris et al., 2002; Loos et al., 2003).

Um maior percentual de pacientes (42,6%) informou que normalmente utiliza de 4 a 6 medicamentos, sendo este resultado semelhante ao encontrado por Terra (2007). As principais comorbidades encontradas nesta população foram: diabetes, hipertensão, AVC, doenças cardíacas e depressão de maneira semelhante a outros estudos (Moreno et al., 1996; Mingardi et al. 1999; Carmichael et al., 2000; Korevaar et al. 2002; Manns et al., 2003; Caskey et al., 2003; Wu et al., 2004; Vásquez et al., 2005; Molsted, et al., 2005, 2007; Drayer et al., 2006; Lopes A et al., 2007, Orlandi, 2008). Uma proporção significativa desses pacientes apresentou de 2 a 4 doenças crônicas, sendo esses resultados semelhantes a outros estudos em populações idosas (Rebollo et al., 1998, 2000, 2001; Lamping et al., 2000; Harris et al., 2002; Cunqueiro et al., 2003; Souza, 2004). É interessante pontuar que a diabetes melito e a hipertensão arterial são consideradas as doenças de base mais frequentes da DRCT, ou seja, o curso prolongado dessas doenças e a falta de controle adequado poderiam levar a doença renal dialítica (Riella, 1998). Tais doenças são também responsáveis pela elevada morbidade e mortalidade observada nos pacientes idosos com DRCT (Carvalho et al., 1999).

## **6.2 Qualidade de vida dos pacientes idosos em hemodiálise segundo o KDQOL-SF™**

A avaliação da QV vem recebendo atenção especial nos pacientes acometidos pela DRCT, uma vez que o tratamento dialítico, apesar de prolongar a sobrevida, exerce um grande impacto em vários aspectos da vida destes indivíduos.

Segundo Vaderrábano et al. (2001) a QV inclui os domínios físicos, psicológicos e sociais e cada um deles inclui uma grande diversidade de componentes, sendo que cada componente pode ser expresso de várias maneiras de acordo com uma subjetiva percepção dos pacientes, resultando em diferentes avaliações de qualidade de vida.

Nesse sentido, este estudo utilizou o instrumento KDQOL-SF™ para avaliar a QV vida de pacientes idosos em hemodiálise em Belo Horizonte – MG, pois segundo os autores o instrumento pode fornecer uma ampla visão dos vários fatores que interferem na QV dos indivíduos em diálise, utilizando para esta finalidade medidas genéricas de QV (SF-36) e medidas específicas em relação à doença renal crônica dialítica (Hays et al., 1994)

A análise dos resultados deste estudo (de acordo com o instrumento utilizado) revelou que entre as dimensões específicas as que obtiveram os menores escores médios foram efeito da doença renal, sobrecarga da doença renal, papel profissional e satisfação do paciente. Estas dimensões, com exceção de satisfação do paciente, também apresentaram escores mais baixos no estudo de Duarte (2003), Duarte et al. (2003, 2005) em adultos e no de Kusomota (2005) estudando adultos e idosos no Brasil, bem como nos estudos realizados entre adultos (Hays et al. 1994; Green et al., 2001; Korevaar et al., 2002; Fukuhara et al., 2003; Manns et al. 2003, Vázquez et al., 2005, Lee et al, 2005; Molsted et al., 2007) e idosos (Rebollo et al., 1998, 2000) de outros países.

De uma forma geral, os escores obtidos pelos idosos deste estudo, na maioria das dimensões do KDQOL-SF™, foram maiores do que os observados naqueles estudos, possivelmente os idosos brasileiros são bem mais jovens do que os idosos dos países mais desenvolvidos em decorrência da baixa média de idade dos pacientes que entram em TRS no Brasil (Batista & Lopes, 2004). Já o escore de satisfação do paciente foi mais baixo neste estudo do que nos estudos citados anteriormente, podendo indicar alguns problemas ou queixas, destes pacientes, com os cuidados que receberam nas unidades de diálise.

O baixo escore do papel profissional encontrado nessa população, possivelmente está relacionado ao fato de que apenas 9,6% dos sujeitos estarem trabalhando e o restante não terem trabalho atual. O baixo escore em efeito da doença renal mostra o quanto às limitações

impostas pela diálise, como restrição da ingestão de líquidos e da dieta, dificuldades para viajar, depender de médicos e outros profissionais, aparência pessoal e outras limitações incomodam estes idosos e a sobrecarga da doença renal reflete a interferência da doença renal na vida desses pacientes, principalmente pelo tempo gasto com o tratamento.

Os mais altos escores encontrados foram nas dimensões função cognitiva, qualidade da interação social e suporte social, resultados também encontrado por outros autores (Rebollo et al., 1998, 2000; Carmichael et al., 2000; Duarte et al., 2005; Kusomota, 2005; Korevaar et al., 2002; Manns et al., 2003; Vázquez et al., 2005; Lee et al., 2005; Molsted, 2007), apesar de terem sido observados valores relativamente mais altos neste estudo. A dimensão suporte social verifica o apoio que o paciente recebe da família e amigos e a dimensão qualidade da interação social avalia as relações familiares e sociais dos pacientes. Esses aspectos podem ser mais valorizados por pacientes idosos, devido a um maior grau de dependência destes com os cuidados que a DRCT requer dos familiares.

Segundo Apostolou (2007), um importante elemento para o sucesso da diálise em pacientes idosos é um adequado sistema de suporte social, nos quais a família é a unidade crucial desse componente. Os idosos em TRS quando estão inseridos em um contexto de boas relações familiares e sociais que os apóiam, são geralmente conformados, tolerantes, motivados e principalmente têm um grande sentimento de gratidão.

A dimensão função cognitiva também apresentou um valor alto em relação a vários estudos, sobretudo na população mais jovem (Hays et al., 1994; Carmichael et al., 2000; Green et al., 2001; Duarte, 2003; Manns et al., 2003; Kusomota, 2005; Vázquez et al., 2005). Chama atenção, que o presente estudo apenas incluiu idosos com condições cognitivas para responder o questionário, de acordo com as informações da equipe de saúde da clínica e também coletadas nos prontuários dos pacientes.

Em relação às dimensões genéricas, os escores mais baixos foram em funcionamento físico, função física, saúde geral e os escores mais altos foram em bem estar emocional, função emocional e função social, resultados também observados por Kusomota (2005) e Souza (2004) em estudos com idosos no Brasil e por Rebollo et al. (1998, 2000, 2001) e Cunqueiro et al. (2003) na Espanha e Loos et al. (2003) na França.

As dimensões genéricas (SF-36) são divididas quanto aos aspectos físicos e aspectos mentais. Os aspectos físicos envolvem as dimensões funcionamento físico, função física, dor e saúde geral e os aspectos mentais envolvem as dimensões: bem estar emocional, função emocional,

função social e energia/fadiga. Os idosos deste estudo apresentaram escores mais altos nas dimensões que envolvem os aspectos mentais e escores mais baixos nas dimensões que envolvem os aspectos físicos. Outros estudos também demonstraram que os idosos apresentaram os aspectos físicos mais comprometidos que os aspectos mentais (Rebollo et al., 2000, 2001; Kutner et al., 2002; Cunqueiro, et al., 2003; Vidal et al., 2005; Santos, 2006) mesmo comparados a pacientes mais jovens. Lamping et al. (2000); Apostolou, (2007) e Rogers et al. (2008) atribuem a melhor QV nos aspectos mentais dos pacientes idosos a uma maior capacidade psicológica dos idosos para lidar com as demandas da DRCT e do tratamento em relação aos mais jovens.

Neste estudo, foram realizadas correlações entre idade, anos de estudo, número de doenças crônicas e renda pessoal e as dimensões genéricas e específicas do instrumento utilizando o *Coefficiente de Spearman (Rs)*. Os parâmetros que apresentaram correlações mais fortes foram anos de estudos e número de doenças crônicas. A variável escolaridade (anos de estudo) apresentou correlação positiva estatisticamente significativa com as dimensões específicas: listas de sintomas/problemas, papel profissional, qualidade da interação social e com as genéricas: funcionamento físico, função física e dor. A variável número de doenças crônicas apresentou correlação negativa estatisticamente significativa com as dimensões específicas: lista sintomas/problemas, efeito da doença renal, qualidade da interação social e sono e com todas as dimensões genéricas. Da mesma forma que neste estudo, Duarte (2003) e Kusomota (2005) no Brasil encontraram correlações negativas estatisticamente significantes entre número de doenças crônicas e a maioria das dimensões específicas, e em todas as dimensões genéricas; Korevaar et al. (2002) na Holanda encontrou correlações negativas estatisticamente significantes em todas as dimensões do KDQOL-SF™, numa população com idade média de 60 anos, indicando que a existência de doenças crônicas interfere na QV dos pacientes, principalmente dos mais idosos.

Considerando as variáveis sócio-demográficas/econômicas deste estudo e as dimensões específicas e genéricas do KDQOL-SF™, os resultados mostraram que em relação ao gênero as mulheres apresentaram os escores de QV inferiores aos dos homens em quase todas as dimensões do instrumento, sendo esta diferença significativa na dimensão específica lista de sintomas/problemas e também significativa nas dimensões genéricas funcionamentos físicos, funções físicas bem estar emocional e energia e fadiga.

Segundo alguns autores, as mulheres em hemodiálise apresentam a QV mais comprometida do que os homens e outros fatores, como baixa escolaridade, situação de trabalho, anemia,

maior risco para ansiedade e sintomas depressivos nas mulheres, podem contribuir para explicar as diferenças entre os gêneros, podendo haver uma relação entre fatores psicológicos e sociais, além dos fatores clínicos, no enfrentamento da doença renal crônica terminal (Rebollo et al., 1998; Mingardi et al., 1999; Mittal et al., 2001; Vázquez et al., 2004; Lopes A et al., 2007). Além disso, é possível que as mulheres tratadas por hemodiálise, por terem que manter as funções tradicionais como a responsabilidade de cuidar da casa e dos filhos, sejam expostas a uma maior carga de estresse físico e mental apresentando com isso uma pior QV do que os homens (Lopes G et al., 2007).

Alguns autores mostraram uma diminuição dos escores de QV com o aumento da idade (Lamping et al., 2000; Rebollo et al., 1998, 2000, 2002; Harris et al., 2002; Kutner et al., 2002; Cunqueiro et al., 2003; Vázquez et al., 2004; Tyrrel et al., 2005; Souza, 2004; Santos, 2006; Unruh, 2008). Sendo a população deste estudo constituída por indivíduos com idade  $\geq$  60 anos, foi feita uma estratificação por faixas etárias, a fim de verificar em que faixa a QV estava mais comprometida, considerando que a diálise está sendo cada vez mais indicada para a população idosa (Carvalho et al., 1999, Davidson, 1998; Apostolou 2007), inclusive para aqueles com mais de 80 anos, considerados muito idosos (Rogers et al., 2008). Nas dimensões específicas os escores de QV praticamente não diminuíram ou diminuíram pouco nas faixas etárias mais altas, com exceção do escore estímulo da equipe de diálise que aumentou nos indivíduos mais idosos. Nas dimensões genéricas os escores de QV diminuíram nas faixas etárias mais altas, apresentando diferenças significativas nas dimensões funcionamento físico e dor.

A escolaridade em anos de estudo influenciou a QV dos pacientes deste estudo, sendo que na medida em que aumentou a escolaridade, os escores de QV melhoraram em todas as dimensões, com exceção do sono que diminuiu e satisfação do paciente que não alterou, com diferenças significativas em papel profissional e estímulo da equipe de diálise. Nas dimensões genéricas, os escores também aumentaram com o aumento da escolaridade dos pacientes, com exceção de função social que não alterou, com diferenças significativas para funcionamento físico e função física. Merkus et al. (1997) e Castro et al. (2003) encontraram melhores escores de QV nos pacientes com maior escolaridade, sugerindo que esses indivíduos podem possuir mais habilidades para gerar uma melhor adaptação às conseqüências da DRCT e do tratamento.

A variável cor da pele mostrou escores de QV melhores para a cor branca em todas as dimensões específicas e genéricas do estudo, resultado similar ao encontrado por Kutner et

al., (2005), no qual os negros apresentaram pior qualidade de vida do que os brancos em várias dimensões do KDQOL-SF™.

O estado civil casado ou não casado não apresentou muitas diferenças entre os escores de qualidade de vida deste estudo, tanto nas dimensões específicas quanto nas dimensões genéricas. O fato de residir sozinho apresentou escores mais baixos na maioria das dimensões específicas e genéricas, com diferença significativa para a dimensão específica qualidade da interação social. Segundo Vidal et al. (2005), entre os doentes renais crônicos, a família é considerada uma rede de apoio social fundamental a estes pacientes, confirmada por grande parte dos pacientes que tem apoio familiar. De uma maneira geral, apesar de não apresentar diferenças significativas, os idosos que possuem filhos apresentaram melhores escores de QV nos aspectos mentais do que nos aspectos físicos, indicando que podem se beneficiar da rede de apoio social, proporcionado pela família, ao mesmo tempo em que são mais dependentes fisicamente do que os que não possuem.

Houve uma variação entre os escores de QV entre aqueles que possuem trabalho atual e aqueles que não possuem. Nas dimensões específicas, os idosos que não possuem trabalho apresentaram melhores escores em lista de sintomas/problemas, efeito da doença renal, qualidade da interação social, sono, suporte social e satisfação do paciente com diferença significativa para suporte social, já naqueles que possuem trabalho os escores foram mais altos em sobrecarga da doença renal e em papel profissional com diferenças significativas nessa dimensão. Nas dimensões genéricas, praticamente todos os escores foram melhores para os que possuem trabalho atual com diferenças significativas apenas para funcionamento físico.

A análise dos escores obtidos para QV nos quartis da variável renda pessoal mostrou não existir um padrão definido, tanto nas dimensões específicas quanto nas genéricas do instrumento de forma oposta ao observado em outros estudos realizados em populações adultas (Moreno et al., 1996; Mapes et al., 2003, Sesso et al., 2003, Lopes A et al., 2007) e idosos (Rebollo et al., 1998, 2001, Souza, 2004, Kusomota, 2005), nos quais a QV foi pior nos indivíduos que apresentaram uma categoria de renda mais baixa. Entre as dimensões específicas, a categoria de maior renda (quarto quartil) apresentou escore significativamente mais elevado para papel profissional e mais baixo para qualidade da interação social. Apesar de não apresentar diferença significativa, o escore para estímulo da equipe foi mais elevado nos quartis inferiores de renda. Entre as dimensões genéricas, um escore significativamente mais baixo foi observado no primeiro quartil de renda para funcionamento físico e função

social. No estudo de Lopes A et al. (2007) foram encontrados menores escores de QV nas dimensões genéricas função emocional e bem estar emocional nos pacientes adultos com mais baixas categorias de renda.

Em relação à associação entre as variáveis de condição de saúde, uso de serviços de saúde e suporte social e as dimensões específicas e genéricas do KDQOL-SF™, os resultados mostraram que os pacientes que possuem plano/convênio de saúde e aqueles que não possuem, apresentaram escores de QV similares entre as dimensões específicas e genéricas do instrumento, sendo que, apenas na dimensão específica papel profissional o escore foi melhor para quem tem plano ou convênio de saúde. Nas dimensões genéricas, os que possuem plano de saúde apresentaram melhores escores nas dimensões função física e dor.

O pagamento do tratamento pelo SUS ou plano/convênio não apresentou muitas diferenças entre os escores de QV nas dimensões específicas e genéricas do instrumento, sendo encontradas diferenças significativas apenas nas dimensões: papel profissional, função física e dor com escores mais altos para quem tem o pagamento pelo convenio/particular, o que pode estar refletindo um melhor nível socioeconômico deste grupo, com uma melhor QV em alguns aspectos.

As variáveis pertencer a organizações ou grupos e possuir acompanhante para a diálise/consulta, tanto nas dimensões específicas, quanto as genéricas não apresentaram variações importantes entre os escores. Nas genéricas, os pacientes que pertencem à organização/grupo tiveram melhor escore em funcionamento físico do que aqueles que não pertencem, sugerindo uma maior participação em atividades sociais. Da mesma forma, os pacientes que relataram não possuir acompanhante tiveram melhor escore em funcionamento físico do que aqueles que possuem, podendo indicar um menor comprometimento nos aspectos físicos desses pacientes. Segundo Kutner & Jassal (2002) um melhor status funcional fornece indicadores de uma melhor QV de idosos em diálise, na medida em que eles desenvolvem melhor seus papéis sociais e principalmente, conseguem realizar as atividades básicas da vida diária de forma independente e com um maior grau de bem estar e satisfação.

O procedimento de início da diálise por fístula ou cateter mostrou que nas dimensões específicas e genéricas do KDQOL-SF™, todos os escores de QV foram piores para os pacientes que iniciam a diálise com o cateter, exceto função cognitiva. Conforme Sesso e Yoshihiro (1997); Caskey et al. (2003) e Lopes A et al. (2007) a QV dos pacientes, que iniciam a diálise por cateter, pode ficar bastante comprometida em decorrência dos problemas de ordem clínica, apresentados por este tipo de procedimento, que por sua vez está

relacionado à falta de planejamento anterior ao início da diálise. Nos pacientes idosos a magnitude dessas diferenças são mais pronunciadas, principalmente nos aspectos físicos (Sesso & Yoshihiro, 1997), confirmando os resultados encontrados neste estudo.

O número de internações mostrou que quanto maior o número de vezes que os pacientes foram internados, menores os escores de QV em todas as dimensões específicas do instrumento com diferenças significativas na dimensão lista de sintomas/problemas e sobrecarga da doença renal. Nas genéricas os escores diminuíram em relação ao maior número de internações em todas as dimensões, apresentando valores significativos em todas elas, com exceção de saúde geral. Chama atenção de que nessa população a maior parte dos pacientes não foi internada, portanto, podemos concluir que entre aqueles que o foram, principalmente mais de uma vez, a QV foi afetada. Da mesma forma, Mapes et al. (2003) também encontraram baixos escores no KDQOL-SF™ em pacientes com maior número de hospitalizações, mostrando a piora da QV em pacientes mais graves.

Por sua vez o número de medicamentos utilizados não apresentou diferenças em relação aos escores de QV dos pacientes nas dimensões específicas. Quanto às genéricas foram observadas diminuição nos escores de funcionamento físico e saúde geral na medida em que ocorre aumento no número de medicamentos consumidos. De acordo com Cassidy & Sims (2004), os idosos em diálise são particularmente susceptíveis aos efeitos colaterais das drogas. Eles normalmente consomem vários tipos de medicamentos concomitantemente em decorrência das múltiplas comorbidades. Nestes pacientes são prescritas em média de 6 a 7 diferentes medicamentos. Esta polifarmácia não apenas aumenta o risco de uma interação medicamentosa, mas também é um preditor de mortalidade devido ao maior número de comorbidades nesses pacientes.

As comorbidades podem ser definidas como a ocorrência de outras doenças somadas a DRCT e que conseqüentemente afetam outros órgãos além dos rins, mas também podem ser responsáveis pela falência renal como a hipertensão e a diabetes. A interposição acaba por influenciar a sobrevivência dos pacientes em terapia renal substitutiva (Khan, 1998).

Neste estudo, foram encontradas associações entre o aumento do número de doenças crônicas e escores mais baixos de QV em todas as dimensões específicas do instrumento utilizado, com valores significativos em lista de sintomas/problemas, efeito da doença renal, sobrecarga da doença renal e sono. Nas genéricas, os escores foram mais baixos com o aumento do número de doenças crônicas em praticamente todas as dimensões. Esse fato evidencia que uma das variáveis que mais interfere na QV dos pacientes renais crônicos dialíticos é o

número de doenças crônicas ou comorbidades. Nesse sentido, as comorbidades têm sido estudadas como um fator bastante comprometedor da QV em adultos (Sesso & Yoshihiro, 1997; Khan, 1998; Castro et al., 2003; Manns et al., 2003; Caskey et al., 2003, Duarte et al., 2003, 2005, Lopes A et al., 2007) e nos idosos (Souza, 2004, 2005; Kusomota, 2005; Rebollo et al., 1998, 2000; Carvalho et al., 1999; Harris et al., 2002; Loos et al., 2003; Tyrrel et al., 2005 e Munikrishnappa, 2007).

Em relação às comorbidades selecionadas neste estudo e as dimensões do KDQOL-SF™, foi observado que os pacientes diabéticos possuem menores escores na maioria das dimensões específicas do instrumento, com valores significativos em lista de sintomas, efeito da doença renal, sobrecarga da doença renal e função cognitiva. Nas dimensões genéricas os escores foram menores em praticamente todas as dimensões com valores significativos, com exceção de bem estar emocional e energia/fadiga. A diabetes tem sido investigada como fator prejudicial para a QV dos pacientes em tratamento dialítico, principalmente por comprometer os aspectos físicos dos pacientes adultos e idosos (Moreno et al., 1996; Abreu et al., 1998; Khan, 1998; Rodrigues - Neto, 1998; Mingardi et al., 1999; Baiardi et al., 2002; Castro et al., 2003, Kusomota, 2005; Barbosa et al., 2007).

Os pacientes hipertensos (87,3%) apresentaram escores mais baixos de QV em todas as dimensões específicas, exceto estímulo da equipe, apesar de ter sido observado um valor significativo apenas para sono. A hipertensão é o primeiro fator de risco para a mortalidade por doenças cardiovasculares na população em diálise, sendo seu controle de fundamental importância, sobretudo entre idosos (Abreu et al., 1998; Menon et al., 2001; Souza, 2004; Kusomota, 2005).

Os pacientes com AVC apresentaram menores escores entre todas as dimensões específicas e genéricas com valores significativos para funcionamento físico, bem estar emocional e energia/fadiga. As seqüelas de AVC são comuns na população idosa trazendo prejuízos aos aspectos físicos desses pacientes. Segundo Kutner (2008), o desempenho físico permanece amplamente inexplorado em pacientes idosos em diálise, sendo que buscar investigar as deficiências físicas desses pacientes como imobilidade, quedas, diminuição da força muscular e perda de equilíbrio seria uma valiosa contribuição para a prática em nefrologia. O primeiro passo após encontrar algumas deficiências, seria uma recomendação para aumentarem a atividade física sob supervisão de um profissional. Um programa regular de exercícios pode melhorar importantes dimensões da QV dos idosos com DRCT, principalmente relacionadas ao funcionamento físico desses pacientes.

Entre as comorbidades que afetam os pacientes com DRCT, as doenças cardíacas são as mais freqüentes após diabetes e hipertensão (Abreu et al., 1998, Khan, 1998). Nos idosos deste estudo com doenças cardíacas, os escores de QV estão mais baixos em todas as dimensões específicas com valores significativos em lista de sintomas/problemas, efeito da doença renal, qualidade da interação social e sono. Da mesma forma, em todas as dimensões genéricas os escores estão mais baixos, com valores significativos em funcionamento físico e função física. A mortalidade entre os idosos em diálise é alta para aqueles com doenças cardiovasculares (Apostolou, 2007).

A depressão (auto-referida) apresentou escores mais baixos em todas as dimensões genéricas e específicas investigadas, com diferenças significativas na grande maioria delas, sendo considerada, pelos autores da área, como uma das comorbidades mais comuns nos pacientes renais crônicos. As características restritivas do tratamento, como o longo tempo gasto no tratamento, dificuldades para viajar, muitas restrições quanto à dieta e ingestão de líquidos, dependência de uma máquina para sobreviver e principalmente conviver com uma doença crônica grave e um tratamento complexo como a TRS podem levar a depressão nesses pacientes (Martins & Cesarino, 2005; Rocco, Mercieri & Yavuzer, 2006; Vázquez et al., 2005). A doença mostrou afetar bastante a QV dos pacientes deste estudo, pois todos os escores nas dimensões específicas foram mais baixos para os pacientes com depressão, notadamente em lista de sintomas/problemas, efeito da doença renal, sobrecarga da doença renal, função cognitiva, qualidade da interação social e satisfação do paciente. Nas dimensões genéricas todos os escores também foram menores com todos os valores significativos. A depressão está associada a um decréscimo QV e a um aumento da mortalidade nesses pacientes, podendo levar a incapacitação, aumento da não aderência aos tratamentos e ao suicídio (Almeida, 2003; Mittal et al., 2001; Vinaccia & Orozco, 2005, Drayer et al., 2006, Barbosa et al., 2007). Existem poucos estudos no Brasil, relacionados de forma específica a este tema, sendo que na literatura consultada, não foi encontrado nenhum trabalho que abordasse a depressão em pacientes idosos em hemodiálise.

Deve-se ressaltar que estudos transversais realizados em população idosa estão sujeitos ao viés de sobrevivência, uma vez que pode ter ocorrido óbito dos participantes com doença mais grave, o que leva ao estudo de uma população de sobreviventes. No entanto, chama atenção que a presente investigação foi realizada com pacientes que iniciaram o procedimento de diálise no período definido, o que aumenta a chance de inclusão de indivíduos em estágios iniciais da doença. Essa característica pode justificar o fato de que de maneira geral, os

escores de QV obtidos no presente estudo, foram superiores aos observados na literatura, como discutido anteriormente.

Da análise dos resultados apresentados e discutidos, podemos observar que os pacientes idosos com DRCT em tratamento por hemodiálise em Belo Horizonte, apresentaram um quadro de menores escores relacionados à saúde física indicando maior comprometimento da QV nesses aspectos, e maiores escores relacionados aos aspectos mentais indicando uma melhor QV nesses aspectos.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doença renal crônica terminal (DRCT), enquanto doença crônica não transmissível, bem como a terapia renal substitutiva (TRS) e suas modalidades, afetam vários aspectos da vida dos idosos que se submetem a este tratamento, o que torna importante a avaliação da qualidade de vida dessa população.

O KDQOL-SF<sup>TM</sup> mostrou-se ser um instrumento possível de ser utilizado na população idosa em diálise, por ser capaz de detectar as diferenças entre as dimensões que compõe a qualidade de vida dos pacientes idosos sob este tratamento.

As diferenças observadas nos escores de QV nos diferentes domínios, entre as variáveis exploratórias estudadas mostram a importância de se identificar grupos vulneráveis, ou seja, idosos que apresentam uma pior qualidade de vida e que necessitam de uma adequada intervenção do sistema de saúde para ampará-los em suas debilidades.

Diante dos piores escores relacionados aos aspectos físicos da QV dos pacientes desse estudo, seria importante propor um programa de condicionamento físico, voltado para os pacientes com DRCT ou orientações básicas para que mantenham suas atividades diárias no nível máximo possível e permitido para sua condição. Este programa poderia evitar um maior comprometimento na capacidade funcional desses pacientes, principalmente os de uma faixa etária mais elevada.

Chama atenção a grande importância das comorbidades na deteriorização da QV dos pacientes renais crônicos, o que deve ser considerado no tratamento dos pacientes idosos, pois um maior número de comorbidades leva ao agravamento da doença, conseqüentemente a uma maior utilização dos serviços de saúde, sobretudo a um maior número de hospitalizações, onerando ainda mais o sistema de saúde.

Outros estudos entre idosos são importantes para o conhecimento de como os fatores se organizam para a determinação da qualidade de vida dessa população, para melhor subsidiar as ações de saúde voltadas para atender às necessidades dos pacientes idosos em terapia renal substitutiva em nosso meio.

Finalmente, ações de prevenção como controle da diabetes e da hipertensão, as principais causas da DRC, deveriam ser efetivamente adotadas na atenção básica à saúde da população, na medida em que existe a possibilidade da doença ser evitada ou pelo menos que não alcance a fase dialítica ou terminal.

## 8 ANEXOS

### ANEXO 1

#### MANUAL PARA USO E CORREÇÃO DO KDQOL-SF™

##### **Regras para escore**

Valores numéricos pré-codificados para respostas em algum item do KDQOL-SF™ estão na direção tal que um número mais alto reflete um estado de saúde mais favorável. Por exemplo, uma resposta "nenhum momento" ("none of the time") para o item 228 corresponde a um valor precoce de "5". Entretanto, valores precoces para alguns dos itens do KDQOL-SF™ estão na direção tal que um número menor reflete um estado de saúde mais favorável. Por exemplo, uma resposta "nada" ("not at all") para o item 224 é um estado mais favorável e corresponde a um valor precoce de "1".

O procedimento do escore transforma primeiro os valores numéricos brutos pré-codificados, dos itens de uma possível escala 0-100, que transformados em escores mais altos sempre refletem melhor qualidade de vida. Cada item é colocado em uma escala de 0 a 100, de modo que os escores mais baixos e mais altos estão estabelecidos em 0 e 100, respectivamente. Os escores representam a porcentagem do possível total de escore obtido. A tabela 1 fornece a pré-codificação necessária para a maioria dos itens do KDQOL-SF™.

Quatro dos itens do KDQOL-SF™ (não listados na tabela 1) requerem instruções adicionais. O item 235 e 240 precisam ser multiplicados por 10 e colocados numa possível escala de 0 a 100. O item 241 está em uma escala pré-codificada de 1-7. Para recodificar este item subtraia 1 (mínimo possível) do valor pré-codificado, divida a diferença por 6 (diferença entre mínimo e máximo possível), e então multiplique por 100. O item 234 precisa ser considerado produzindo a escala de função sexual (veja abaixo).

No segundo e último passo no processo de escore, itens na mesma escala ou dimensão são medidos juntos para produzir cada escala. A tabela 2 lista os itens medidos juntos para produzir cada escala. Itens que estão no espaço em branco esquerdo (dados perdidos) não são levados em conta, quando calculados os escores da escala. Daí, escores da escala representam a média para todos os itens respondidos na escala. Se a resposta para o item 234 é "não", o escore da dimensão "Função sexual" deve ser codificada como perdida.

**Tabela 1:** Passo 1- Recodificando itens

NÚMERO DOS ITENS	Categoria de resposta original	Para valor recodificado de
222a-d, 223a-c, 239	1----->	0
	2----->	100
221a-j	1----->	0
	2----->	50
	3----->	100
237a, b	1----->	0
	2----->	33,33
	3----->	66,66
	4----->	100
228, 229a, c, 230a-d	1----->	0
	2----->	25
	3----->	50
	4----->	75
	5----->	100
227b, c, f, g, i, 231e, 235 b	1----->	0
	2----->	20
	3----->	40
	4----->	60
	5----->	80
	6----->	100
238	1----->	100
	2----->	0
219-220, 224, 226, 229b,d, 232a-m, 233a-h, 234a-234b, 242a-b	1----->	100
	2----->	75
	4----->	50
	5----->	25
		0
225, 227a, d, e, h, 231a-d,f , 236a,c	1----->	100
	2----->	80
	3----->	60
	4----->	40
	5----->	20
	6----->	0

**Observação:** O item 219 e os itens 225-226 são contados um pouco diferentemente pelos investigadores do New England Medical Center (c.f. Hays et al., 1993).

**Tabela 2:** Passo 2 - Média dos itens para formar escalas

DIMENSÕES	Número de itens	Depois de recodificado pela tabela 1 média dos seguintes itens
<b>Dimensões específicas a DRCT</b>		
Lista de sintomas/problemas	12	232a-k, 1(m)*
Efeitos da doença renal	8	233a-h
Sobrecarga da doença renal	4	230a-d
Papel profissional	2	238, 239
Função cognitiva	3	231b, d, f
Qualidade da interação social	3	231a, c, e
Função sexual	2	234A, 234Ba, 234Bb
Sono	4	235, 236a-c
Suporte social	2	237a, b
Estímulo da equipe de diálise	2	242a, b
Satisfação do paciente	1	241
<b>Dimensões Genéricas (SF-36)</b>		
Funcionamento físico	10	221a-j
Função física	4	222a-d
Dor	2	225, 226
Saúde geral	5	219, 229a-d
Bem-estar emocional	5	227b, c, d, f, h
Função emocional	3	223a-c
Função social	2	224, 228
Energia/fadiga	4	227a, e, g, i

**Observação:** Os itens do SF-36 sobre mudança na saúde (item 220) e saúde geral (item 240) avaliados de 0-10 são contados como itens separados. \* 232-l é respondido por aqueles em hemodiálise; 232-m é respondido por aqueles em diálise peritoneal.

## ANEXO 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO USUÁRIO

Este estudo tem como objetivo conhecer a trajetória das pessoas que fazem diálise desde quando souberam da doença renal até a realização do transplante. Para isto, gostaríamos de contar com a sua participação.

Sua colaboração será responder a uma entrevista inicial que dura cerca de uma hora. Na entrevista serão feitas várias perguntas sobre seu problema renal, sua opção pelo transplante, seu tratamento, o uso de serviços de saúde, algumas questões sobre sua pessoal e gastos com os cuidados de saúde. Dados sobre seu estado clínico, exames laboratoriais, inscrição na lista de transplante e seu tratamento serão buscados no seu prontuário médico. Serão realizadas mais 3 entrevistas de acompanhamento com duração de cerca de 40 minutos, num espaço de tempo de 6 meses, em sua clínica de diálise ou centro transplantador.

É importante que você saiba que as informações fornecidas nas entrevistas e as obtidas no seu prontuário médico serão CONFIDENCIAIS. Seu nome, endereço, local onde trabalha ou qualquer informação que possa lhe identificar não aparecerão, de nenhum modo, em qualquer apresentação pública, e nem em nenhum tipo de publicação.

Os riscos do estudo se restringem a possíveis constrangimentos por algumas perguntas mais sensíveis como atividade sexual e renda financeira.

Os benefícios virão da melhor compreensão dos problemas enfrentados por pessoas portadoras de Doença Renal Crônica que fazem diálise e que estão à espera de um transplante renal.

A sua não participação, bem como as suas informações, em hipótese alguma, prejudicarão a sua saúde, nem prejudicarão seu tratamento em diálise, o fornecimento de remédios que você tem direito, neste ou em qualquer outro serviço de saúde. Você também poderá interromper a sua participação na pesquisa, no momento em que desejar, sem nenhum problema.

Se você tiver dúvidas sobre essa pesquisa ou sobre sua participação, sinta-se à vontade para perguntar. Você poderá no momento em que assim o desejar, procurar a coordenadora da pesquisa para esclarecer qualquer questão, seu nome é **Dra. Mariângela Leal Cherchiglia**, na Faculdade de Medicina da UFMG, na Avenida Alfredo Balena nº 190, 9ª andar, sala 9014. Belo Horizonte MG. Telefone (31) 3248- 9689.

Também poderá procurar esclarecimentos junto ao **Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG** no telefone (31) 3499 4592.

Eu li este consentimento e me foram dadas oportunidades para esclarecer minhas dúvidas. Minha participação é inteiramente voluntária, portanto, concordo em participar e assino abaixo em duas vias.

Local: \_\_\_\_\_

Assinatura entrevistado: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_

Assinatura entrevistador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_

# ANEXO 3

## QUESTIONÁRIO PADRONIZADO UTILIZADO NA PESQUISA



Entrevistador, faça uma introdução ao paciente explicando que, a Universidade Federal de Minas Gerais está realizando um estudo com o objetivo de avaliar o tratamento da doença renal em Belo Horizonte e que a participação dele contribuirá para o melhor entendimento desta doença e do tratamento oferecido aos pacientes.

### CADASTRO DO ENTREVISTADOR

ENTREVISTADOR:.....

CÓDIGO CADASTRAL:.....

### CADASTRO DA UNIDADE

NOME DA UNIDADE.....

CNPJ.....

RESPONSÁVEL TÉCNICO.....

ENDEREÇO COMPLETO.....

TELEFONE.....

FAX.....

E-MAIL.....

### CADASTRO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE.....

CPF.....

NOME DA MÃE.....

ENDEREÇO COMPLETO..... Rua:

Nº:                      Complemento:                      Bairro:

CEP:                      Cidade:                      Estado:

TELEFONE RES.....

TELEFONE CEL.....

PRONTUÁRIO:.....



<b>PARTE 1. DADOS SÓCIO- ECONÔMICO E DEMOGRÁFICOS</b>	
<b>As questões 1 e 8 devem ser respondidas pelo entrevistador</b>	
1 - Nome da Unidade <input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
2 - Número da Unidade <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
3 - Cidade da Unidade <input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
4 - Estado da Unidade <input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
5 - Data da entrevista: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>dia</span> <span>mês</span> <span>ano</span> </div>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>dia</span> <span>mês</span> <span>ano</span> </div>
6 - Horário de início da entrevista: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: center; font-size: small;"> <span>Horário de início</span> </div>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
7 - Qual o sexo do entrevistado(a). <input type="checkbox"/> 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 9- IGN	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
8 - Em qual modalidade de terapia renal o entrevistado pode ser classificado no momento da entrevista? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: small; margin-bottom: 5px;">Caso você tenha alguma dúvida questione o paciente</div> <input type="checkbox"/> 1- Hemodiálise - HD <input type="checkbox"/> 2- Diálise peritoneal ambulatorial contínua - DPAC (Manual) <input type="checkbox"/> 3- Diálise peritoneal automática - DPA (Equipamento)	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
<b>ENTREVISTADOR: desta parte em diante você deve ler as perguntas para o paciente.</b>	
9 - Qual sua idade? <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> IGN=99	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
10 - Qual sua data de nascimento: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>dia</span> <span>mês</span> <span>ano</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: x-small;"> <span>IGN=99</span> <span>IGN=99</span> <span>IGN=9999</span> </div>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>dia</span> <span>mês</span> <span>ano</span> </div>
11 - Em qual cidade e estado você nasceu?	
11. A - Cidade: <input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/> IGN = 9	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 11. A
11. B - Estado: <input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/> IGN = 9	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 11. B





<b>24 - Quantas pessoas moram em sua casa incluindo você?</b>					
Quantidade: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> IGN=99				<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	
<b>25 - Gostaria que você me dissesse qual o grau de parentesco de cada uma das pessoas que moram com você.</b>					
	<b>A</b> Parentesco	<b>B</b> Idade	<b>C</b> Sexo	<b>D</b> Sabe ler e escrever	
25. A	<input style="width: 100%;" type="text"/> NA = 8 IGN = 9	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> NA = 88 IGN = 99	<input type="checkbox"/> 1 - M <input type="checkbox"/> 2 - F <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input style="width: 100%;" type="text"/> A <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> B    C    D
25. B	<input style="width: 100%;" type="text"/> NA = 8 IGN = 9	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> NA = 88 IGN = 99	<input type="checkbox"/> 1 - M <input type="checkbox"/> 2 - F <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input style="width: 100%;" type="text"/> A <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> B    C    D
25. C	<input style="width: 100%;" type="text"/> NA = 8 IGN = 9	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> NA = 88 IGN = 99	<input type="checkbox"/> 1 - M <input type="checkbox"/> 2 - F <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input style="width: 100%;" type="text"/> A <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> B    C    D
25. D	<input style="width: 100%;" type="text"/> NA = 8 IGN = 9	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> NA = 88 IGN = 99	<input type="checkbox"/> 1 - M <input type="checkbox"/> 2 - F <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input style="width: 100%;" type="text"/> A <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> B    C    D
25. E	<input style="width: 100%;" type="text"/> NA = 8 IGN = 9	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> NA = 88 IGN = 99	<input type="checkbox"/> 1 - M <input type="checkbox"/> 2 - F <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input style="width: 100%;" type="text"/> A <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> B    C    D
25. F	<input style="width: 100%;" type="text"/> NA = 8 IGN = 9	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> NA = 88 IGN = 99	<input type="checkbox"/> 1 - M <input type="checkbox"/> 2 - F <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input style="width: 100%;" type="text"/> A <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> B    C    D

	A Parentesco	B Idade	C Sexo	D Sabe ler e escrever	
25. G	<input type="text"/> NA = 8 IGN = 9	<input type="text"/> NA = 88 IGN = 99	<input type="checkbox"/> 1 - M <input type="checkbox"/> 2 - F <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input type="text"/> A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> B   C   D
25. H	<input type="text"/> NA = 8 IGN = 9	<input type="text"/> NA = 88 IGN = 99	<input type="checkbox"/> 1 - M <input type="checkbox"/> 2 - F <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input type="text"/> A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> B   C   D
25. I	<input type="text"/> NA = 8 IGN = 9	<input type="text"/> NA = 88 IGN = 99	<input type="checkbox"/> 1 - M <input type="checkbox"/> 2 - F <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input type="text"/> A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> B   C   D
25. J	<input type="text"/> NA = 8 IGN = 9	<input type="text"/> NA = 88 IGN = 99	<input type="checkbox"/> 1 - M <input type="checkbox"/> 2 - F <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input type="text"/> A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> B   C   D
<b>26 - Na sua casa, quem é o chefe da família?</b>					
Parentesco: <input type="text"/>				IGN=9	<input type="text"/>
<b>Se o (a) chefe da família for o próprio paciente, na questão 27 marcar a mesma resposta da questão 23.</b>					
<b>27 - Qual o grau de escolaridade do chefe da família?</b>					
<input type="checkbox"/> 101- Analfabeto	[101- Sem qualquer nível de instrução]				
<input type="checkbox"/> 102- Primário incompleto	[102- Da 1ª a 4ª série incompleta]				
<input type="checkbox"/> 103- Primário completo	[103- Completou a 4ª série]				
<input type="checkbox"/> 104- Ginásial incompleto	[104- Da 5ª série à 8ª série incompleta]				
<input type="checkbox"/> 105- Ginásial completo	[105- Completou a 8ª série]				<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 106- Colegial incompleto	[106- Do 1º ano ao 3º ano do II grau incompleto]				
<input type="checkbox"/> 107- Colegial completo	[107- Completou o 3º ano do II grau]				
<input type="checkbox"/> 108- Superior incompleto	[108- Faculdade incompleta]				
<input type="checkbox"/> 109- Superior completo	[109- Faculdade completa]				
<input type="checkbox"/> 999- IGN					

<p><b>28 - Você tem algum plano/ convênio de saúde?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1- Sim    <input type="checkbox"/> 2- Não    <input type="checkbox"/> 9- IGN</p> <p style="text-align: right;"><b>Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA nas questões 29 a 31 e vá para a questão 32.</b></p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p><b>29 - Há quanto tempo você tem plano de saúde?</b></p> <p> _      _     NA=88 anos    meses    IGN=99</p>	<p> _      _  anos    meses</p>
<p><b>30 - Qual(is) seu(s) plano(s) / convênio(s) de saúde atual?</b></p> <p> _ _ _ _ _     NA=8 IGN=9</p>	<p> _ _ _ _ _ </p>
<p><b>31 - Seu plano de saúde é pago:</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Pela empresa onde você trabalha ou trabalhou</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - Pela empresa onde uma pessoa da família trabalha</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - Somente por você</p> <p><input type="checkbox"/> 4. A - Por pessoas da família.</p> <p>4. B - Quem?  _ _ _ _ _     NA = 8 IGN = 9</p> <p><input type="checkbox"/> 5. A - Outros.</p> <p>5. B - Quem?  _ _ _ _ _     NA = 8 IGN = 9</p> <p><input type="checkbox"/> 8 - NA</p> <p><input type="checkbox"/> 9 - IGN.</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p> <p> _ _ _ _ _  4. B</p> <p> _ _ _ _ _  5. B</p>
<p><b>32 - Você trabalha ou trabalhou?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1- Sim, trabalho    <input type="checkbox"/> 2- Sim, trabalhei    <input type="checkbox"/> 3- Não    <input type="checkbox"/> 9- IGN</p> <p><b>Se a resposta for SIM, TRABALHEI, responda à questão 33.</b></p> <p><b>Se a resposta for SIM, TRABALHO, vá para a questão 34.</b></p> <p><b>Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA nas questões 33 a 35 e vá para a questão 36.</b></p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p><b>33 - Se a resposta for "2. Sim, trabalhei":</b></p> <p>33. A - Quando deixou de trabalhar?     _      _ _ _     NA = 88 mês    ano    IGN = 99</p> <p>33. B - Qual o motivo?  _ _ _ _ _     NA = 8 IGN = 9</p>	<p> _      _ _ _      _ _ _ _  mês    ano</p> <p> _ _ _ _ _  33. B</p>

<b>34 - Qual seu trabalho ou atividade principal antes e depois da diálise?</b>		
34. A - Antes da diálise:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	NA = 8 IGN = 9
-----		34. A
34. B - Depois da diálise:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	NA = 8 IGN = 9
-----		34. B
<b>35 - Nesse trabalho, você era/ é</b>		
	<u>PARTE A</u>	<u>PARTE B</u>
	<u>Antes da diálise</u>	<u>Depois da diálise</u>
101 - Empregado com carteira de trabalho assinada.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102 - Empregado sem carteira de trabalho assinada.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
103 - Empregador.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
104 - Trabalhador por conta própria.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
105 - Trabalhador doméstico com carteira de trabalho assinada.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106 - Trabalhador doméstico sem carteira de trabalho assinada.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
107 - Aprendiz/ estagiário sem remuneração.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
108 - Aprendiz/ estagiário com remuneração.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
109 - Não remunerado, em ajuda a membro domicílio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110 - Trabalhador em produção para próprio consumo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
888 - NA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
999 - IGN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		-----   -----
		PARTE A      PARTE B

<b>36 - Qual sua principal fonte de renda no ÚLTIMO MÊS?</b>		
<input type="checkbox"/> 1 - Emprego	<b>Responder 37 a 40 , PULAR a 41 e VÁ para 42</b>	
<input type="checkbox"/> 2 - Trabalho por conta própria	<b>Responder 37 a 40 , PULAR a 41 e VÁ para 42</b>	
<input type="checkbox"/> 3 - Empregador	<b>Responder 37 a 40 , PULAR a 41 e VÁ para 42</b>	
<input type="checkbox"/> 4 - Benefício temporário (Afastado(a) por doença)	<b>VÁ para 41</b>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 5 - Aposentadoria - Pensionista	<b>VÁ para 41</b>	
<input type="checkbox"/> 6 - Benefício da Assistência Social (Bolsa Família)	<b>VÁ para 41</b>	
<input type="checkbox"/> 7. A - Outra fonte.	<b>VÁ para 42</b>	
7. B - <input type="text"/>	NA = 8 IGN = 9	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 8 - Não teve renda no último mês	<b>VÁ para 44</b>	
<input type="checkbox"/> 9 - IGN		
<b>37 - Se empregado, trabalhador por conta própria ou empregador, quantas horas você trabalha habitualmente por semana?</b>		
<input type="text"/> horas	NA = 88 IGN = 99	<input type="checkbox"/>
<b>38 - Por causa do tratamento, você deixou de trabalhar algum dia NO ÚLTIMO MÊS?</b>		
<input type="checkbox"/> 1- Sim	<input type="checkbox"/> 2- Não	<input type="checkbox"/> 8- NA
<input type="checkbox"/> 9- IGN	<b>Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA nas questões 39 A 41 e vá para a questão 42.</b>	
<b>39 - Se sim, quantos dias?</b>		
<input type="text"/> dias	NA = 88 IGN = 99	<input type="checkbox"/>
<b>40 - Se deixou de trabalhar algum dia, qual foi o motivo?</b>		
	<u>SIM</u> <u>NÃO</u> <u>NA</u> <u>IGN</u>	
40. A - Consulta.....	1   2   8   9	<input type="checkbox"/>
40. B - Internação.....	1   2   8   9	<input type="checkbox"/>
40. C - Não estar se sentindo bem.....	1   2   8   9	<input type="checkbox"/>
40. D - Sessão de hemodiálise.....	1   2   8   9	<input type="checkbox"/>
40. E - Realização de exames.....	1   2   8   9	<input type="checkbox"/>
40. F.1 - Outros.....	1   2   8   9	<input type="checkbox"/>
40. F.2 - Qual? <input type="text"/>	NA = 8 IGN = 9	<input type="checkbox"/>
		40.F.2



	0	1	2	3	4 ou mais	
50 - Geladeira.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51 - Aspirador de pó .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52 - Máquina de lavar. <b>Não incluir tanquinho</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53 - Vídeo cassete e/ou DVD.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54 - Número de dormitórios na casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Questões 55 - 59</b> Vou relacionar alguns itens e gostaria que você dissesse se você possui ou não.						
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>IGN</b>			
55 - Microcomputador.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>		
56 - Forno de microondas.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>		
57 - Ar condicionado.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>		
58 - Telefone Fixo.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>		
59 - Telefone Celular.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>		
<b>60 - Você tem empregado(a) doméstico(a) (mensalista)</b>						
<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- IGN						
<b>Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA na questão 61 e vá para a questão 62.</b>						
<b>61 - Se SIM, quantos?</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		NA=88 IGN=99	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>62 - Na sua casa tem água canalizada?</b>						
<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- IGN						
<b>63 - Dentre as opções abaixo indique qual o destino do lixo de sua residência:</b>						
<input type="checkbox"/> 1- Recolhido por serviço de limpeza						
<input type="checkbox"/> 2- Queimado ou enterrado na propriedade						
<input type="checkbox"/> 3- Jogado em terreno baldio ou logradouro						
<input type="checkbox"/> 4- Jogado em rio, lago ou mar						
<input type="checkbox"/> 9- IGN						

**64 - Dentre as opções abaixo indique qual o destino do esgoto da sua residência:**

1- Rede coletora de esgoto ou pluvial       5 - Direto para o rio, mar, lago ou lagoa  
 2- Fossa séptica (recebe tratamento)       6 - Outros  
 3- Fossa rudimentar       9 - IGN  
 4- Vala (céu aberto)

**65 - Agora eu vou ler para você uma lista de organizações voluntárias (não lucrativas). Por favor diga-me a relação que você tem com elas, de forma voluntária:**

	Pertence e frequente	Pertence, mas não frequente	Não pertence	IGN
65. A - Sindicato/ união cooperativa	1	2	3	9
65. B - Associação de moradores...	1	2	3	9
65. C - Organizações relacionadas a educação (organização de pais e mestres, organizações estudantis, etc) .....	1	2	3	9
65. D - Grupo de mulheres/homens	1	2	3	9
65. E - Conselhos (saúde, tutelar, etc).....	1	2	3	9
65. F - Movimentos ou grupos políticos.....	1	2	3	9
65. G - Grupos (cultural, esportes, dança).....	1	2	3	9
65. H - Torcida organizada.....	1	2	3	9
65. I - Grupos religiosos (pastoral, grupos de oração, novenas, etc)....	1	2	3	9
65. J - Grupo social informal (lyons, rotary, maçonaria, AA, etc).....	1	2	3	9
65. L - Grupo de terceira idade (idosos).....	1	2	3	9
65. M.1 - ONG.....	1	2	3	9
65. M.2 - Qual?.....	[ ]			NA = 8 IGN = 9
65.M.2				
65. N.1 - Outros.....	1	1	1	9
65. N.2 - Qual?.....	[ ]			NA = 8 IGN = 9
65.N.2				

<b>66 - Quantas vezes POR MÊS você costuma sair de casa para ir:</b>							
	<b>Não costumo ir a esses lugares</b>	<b>Menos de 1 vez por mês</b>	<b>De 1 a 3 vezes por mês</b>	<b>De 4 a 8 vezes por mês</b>	<b>Mais de 8 vezes por mês</b>	<b>IGN</b>	
66. A- A bares, boteco.....	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>
66. B- A boates ou casas de show..	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>
66. C- A festas populares ou de rua (shows gratuitos).....	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>
66. D- Frequentar clubes ou associações recreativas.....	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>
66. E- Ao campo de futebol (Mineirão, Independência, ou campo de várzea).....	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>
66. F- Ao centro de BH.....	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>

<b>67 - Eu vou ler uma lista de frases. Por favor me diga o quanto você concorda ou não com as afirmações abaixo. Na sua vizinhança há vizinhos:</b>				
	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>IGN</b>	
67. A- Com quem você possa deixar as chaves da sua casa caso precise.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
67. B- Com quem você possa deixar um membro da sua família em caso de emergência.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
67. C- Para quem você pode emprestar coisas sem preocupar- se com estragos ou não devolução.	1	2	9	<input type="checkbox"/>

<b>68 - Como você avalia sua saúde geral?</b>	
<input type="checkbox"/> 1 - Muito Boa	<input type="checkbox"/> 4 - Ruim
<input type="checkbox"/> 2 - Boa	<input type="checkbox"/> 5 - Muito Ruim
<input type="checkbox"/> 3 - Nem ruim nem boa	<input type="checkbox"/> 6 - Não Sabe





<p><b>Se o entrevistado começou em Hemodiálise, faça a questão 79. Para os demais pacientes registre NA na questão 79 e vá para a questão 80.</b></p>	
<p><b>79 - Com qual dos procedimentos abaixo você começou sua Hemodiálise?</b></p> <p><b>Só para aqueles que começaram o tratamento em HEMODIÁLISE.</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1- Fístula ou prótese preparada com antecedência</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Cateter</p> <p><input type="checkbox"/> 8- NA</p> <p><input type="checkbox"/> 9- IGN</p>	<p>□</p>
<p><b>Para todos entrevistados</b></p>	
<p><b>80 - Você já fez fístula?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1- Sim    <input type="checkbox"/> 2- Não    <input type="checkbox"/> 9- IGN</p> <p style="text-align: right;"><b>Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA na questão 81 e vá para a questão 82.</b></p>	<p>□</p>
<p><b>81 - Quantas vezes já fez fístula?</b></p> <p style="text-align: center;">NA=88</p> <p>□□□    IGN=99</p>	<p>□□</p>
<p><b>82 - Quem paga seu tratamento de diálise nesta clínica?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1- SUS    <input type="checkbox"/> 2- Convênio/Plano    <input type="checkbox"/> 3- Particular    <input type="checkbox"/> 9- IGN</p>	<p>□</p>
<p><b>83 - Desde que você iniciou a diálise, você precisou realizar alguma consulta fora da clínica de diálise?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1- Sim    <input type="checkbox"/> 2- Não    <input type="checkbox"/> 9- IGN</p> <p style="text-align: right;"><b>Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA nas questões 84 a 88 e vá para a questão 89.</b></p>	<p>□</p>

<p><b>84 - Se sim, quantas consultas fora desta clínica você precisou realizar?</b></p> <p> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>                   NA = 88  IGN = 99       </p>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>																									
<p><b>85 - Quem pagou por estas consultas?</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 5%; text-align: center;">SIM</th> <th style="width: 5%; text-align: center;">NÃO</th> <th style="width: 5%; text-align: center;">NA</th> <th style="width: 5%; text-align: center;">IGN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>85 .A- SUS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>85 .B- Convênio/plano.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>85 .C- Particular.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>85 .D- Outros.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </tbody> </table> <div style="border: 1px solid black; background-color: #f0f0f0; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Caso a resposta seja 85.C_ "<i>Particular</i>" responder as questões 86 e 87. Se NÃO, registre NA nessas questões e vá para a questão 88.</p> </div>		SIM	NÃO	NA	IGN	85 .A- SUS.....	1	2	8	9	85 .B- Convênio/plano.....	1	2	8	9	85 .C- Particular.....	1	2	8	9	85 .D- Outros.....	1	2	8	9	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
	SIM	NÃO	NA	IGN																						
85 .A- SUS.....	1	2	8	9																						
85 .B- Convênio/plano.....	1	2	8	9																						
85 .C- Particular.....	1	2	8	9																						
85 .D- Outros.....	1	2	8	9																						
<p><b>86 - Dessas consultas, quantas foram particulares?</b></p> <p> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>                   NA = 88  IGN = 99       </p>	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>																									
<p><b>87 - Quanto você pagou pela ÚLTIMA consulta particular?</b></p> <p> <input style="width: 100px;" type="text"/>                   NA= 88.888,88  IGN= 99.999,99       </p>	<input style="width: 100px;" type="text"/>																									
<p><b>88 - Qual o motivo da última consulta?</b></p> <p> <input style="width: 400px; height: 20px;" type="text"/>                   NA = 8                    IGN = 9       </p>	<input style="width: 100px;" type="text"/>																									

**89 - Desde que você começou a fazer diálise, você realizou algum desses exames e quem pagou por eles?**

	Realizou o exame?			Se <b>SIM</b> , quem pagou?							
	Sim	Não	IGN	SUS	Convênio/ Plano	Particular	Outros	NA	IGN		
89. A Raio X de tórax.....	1	2	9	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. B Eletrocardiograma..	1	2	9	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. C Ecocardiograma....	1	2	9	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. D Endoscopia digestiva.....	1	2	9	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. E Ultra-som abdominal.....	1	2	9	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. F Doppler de vasos ilíacos.....	1	2	9	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. G.1 Outros exames. ....	1	2	9	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. G.2 Qual?.....	<input type="text"/>								NA = 8 IGN = 9	<input type="checkbox"/>	

89.G.2

**ENTREVISTADOR: diga ao paciente que você fará perguntas sobre as internações que aconteceram após o início da diálise.**

**90 - Você está internado?**

1- Sim     2- Não     9- IGN

**Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA na questão 91 e vá para a questão 92.**

**91 - Se sim, qual o motivo da internação?**

NA = 8  
IGN = 9

**92 - Desde que você iniciou a diálise, você foi internado pelo menos uma noite por qualquer motivo?**

1- Sim     2- Não     9- IGN

**Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA nas questões 93 a 101 e vá para a questão 102.**

<p><b>93 - Desde que você iniciou a diálise, quantas vezes você foi internado?</b></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/>      NA = 88    IGN = 99</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p><b>ENTREVISTADOR: diga ao paciente que você fará perguntas sobre sua ÚLTIMA internação</b></p>	
<p style="text-align: center;"><b>INTERNAÇÃO</b></p>	
<p><b>94 - Por qual motivo você precisou ficar internado pela ÚLTIMA VEZ?</b></p> <p><input type="text"/></p> <p style="text-align: right;">NA = 8 IGN = 9</p>	<p><input type="text"/></p>
<p><b>95 - Quando ( mês / ano ) você ficou internado pela ÚLTIMA VEZ?</b></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/>      NA = 88/8888    IGN = 99/9999</p> <p style="text-align: center;"><small>mês                      ano</small></p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;"><small>mês                      ano</small></p>
<p><b>96 - Você ficou internado por quantos dias?</b></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>      NA = 888    IGN = 999</p> <p style="text-align: center;"><small>dias</small></p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;"><small>dias</small></p>
<p><b>97 - Em qual hospital você ficou internado?</b></p> <p><input type="text"/></p> <p style="text-align: right;">NA = 8 IGN = 9</p>	<p><input type="text"/></p>
<p><b>98 - Você teve alguma dificuldade em se internar?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1- Sim      <input type="checkbox"/> 2- Não      <input type="checkbox"/> 8- NA      <input type="checkbox"/> 9- IGN</p> <p style="text-align: right;"><b>Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA na questão 99 e vá para a questão 100.</b></p>	<p><input type="text"/></p>

99 - Se sim, qual foi a dificuldade?

NA = 8  
IGN = 9

100 - Quem pagou por esta última internação?

	SIM	NÃO	NA	IGN
100.A- SUS.....	1	2	8	9
100.B- Convênio/plano.....	1	2	8	9
100.C- Particular.....	1	2	8	9
100.D- Outros.....	1	2	8	9

Caso a resposta seja 100.C - "Particular" responder a questão 101. Se não, registre NA nessa questão e vá para a questão 102.

101 - Qual foi o custo desta internação particular?

NA= 88.888,88 IGN= 99.999,99

102 - Desde que você iniciou a diálise, precisou de atendimento em um hospital de urgência?

1- Sim     2- Não     9- IGN

Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA na questão 103 e vá para a questão 104.

103 - Se sim, qual o motivo?

NA = 8  
IGN = 9

<b>ATENÇÃO: Fazer pergunta somente para pacientes em HEMODIÁLISE.</b>	
<p><b>Caso a modalidade de terapia do paciente não seja hemodiálise, marque NA nas questões 104 e 105 e vá para questão 106.</b></p>	
<p><b>104 - NO ÚLTIMO MÊS, você faltou alguma sessão de hemodiálise?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1- Sim    <input type="checkbox"/> 2- Não    <input type="checkbox"/> 8- NA    <input type="checkbox"/> 9- IGN</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
<p><b>Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA nas questões 105 a 107 e vá para a questão 108.</b></p>	
<p><b>105 - Se sim, quantas vezes e qual o motivo da última falta?</b></p>	
<p>105. A - <input style="width: 50px;" type="text"/>    NA = 88    IGN = 99 Quantas vezes</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center; margin: 0;">105. A</p>
<p>105. B - <input style="width: 350px;" type="text"/>    NA = 8 Motivo da última falta    IGN = 9</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center; margin: 0;">105. B</p>
<b>ATENÇÃO: Fazer pergunta somente para pacientes em DIÁLISE PERITONEAL.</b>	
<p><b>Caso a modalidade de terapia do paciente não seja diálise peritoneal, marque NA nas questões 106 e 107 e vá para questão 108.</b></p>	
<p><b>106 - NO ÚLTIMO MÊS, você deixou de fazer a diálise peritoneal algum dia?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1- Sim    <input type="checkbox"/> 2- Não    <input type="checkbox"/> 8- NA    <input type="checkbox"/> 9- IGN</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
<p><b>Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA na questão 107 e vá para a questão 108.</b></p>	
<p><b>107 - Se sim, quantas vezes e qual o motivo de não ter feito?</b></p>	
<p>107. A - <input style="width: 50px;" type="text"/>    NA = 88    IGN = 99 Quantas vezes</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center; margin: 0;">107. A</p>
<p>107. B - <input style="width: 350px;" type="text"/>    NA = 8 Motivo de não ter feito    IGN = 9</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center; margin: 0;">107. B</p>

**ENTREVISTADOR: diga ao paciente que vocês conversarão sobre o uso de medicamentos.**

**108 -** Quantos tipos de medicamentos diferentes, inclusive vitaminas, você utiliza atualmente?

     IGN= 999

**109 -** Como você consegue os medicamentos?

	SIM	NÃO	NA	IGN
109.A - Pega na farmácia do SUS ou do posto de saúde...	1	2	8	9
109.B - Compra na farmácia.....	1	2	8	9
109.C - O convênio/plano paga.....	1	2	8	9
109.D.1 - Outros.....	1	2	8	9
109.D.2 - Qual? <input type="text"/>				

NA = 8  
IGN = 9

109.D.2

**110 -** NO ÚLTIMO MÊS, você conseguiu seus medicamentos?

1- SIM       2- NÃO       8-NA       9- IGN

**111. A -** Você teve dificuldades em conseguir seus medicamentos?

1- SIM       2- NÃO       8-NA       9- IGN

**Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA nas questões 111B , 112 e vá para a questão 113**

**111. B -** Que tipo de dificuldade você teve em conseguir os medicamentos?

	SIM	NÃO	NA	IGN
1- Não tinha na farmácia do SUS ou posto de saúde.	1	2	8	9
2- Não tinha dinheiro para comprar	1	2	8	9
3- O convênio/ plano não pagou os medicamentos.	1	2	8	9
4- Outras	1	2	8	9

**112 -** Qual (is) medicamento (s) você teve dificuldade em conseguir?

NA = 8  
IGN = 9

113 - NO ÚLTIMO MÊS, qual foi o seu gasto pessoal com medicamentos?

\_\_\_\_\_

NA= 88.888,88 IGN= 99.999,99

\_\_\_\_\_

**ENTREVISTADOR: diga ao paciente que vocês conversarão sobre seus hábitos alimentares.**

114 - Após o início da diálise, algum profissional de saúde disse que você não poderia comer/beber algum tipo de alimento/bebida?

1- SIM     2- NÃO     8-NA     9-IGN

\_\_\_\_\_

**Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA nas questões 115 e 116 e vá para a questão 117.**

115 - Qual tipo de alimento esse profissional disse que você não pode comer/beber?

	SIM	NÃO	NA	IGN
115. A - Proteína (carne, leite).....	1	2	8	9
115. B - Beber (água, líquidos).....	1	2	8	9
115. C - Potássio (banana, refrigerante).....	1	2	8	9
115. D - Sal .....	1	2	8	9
115. E - Cálcio (leite, queijo).....	1	2	8	9
115. F - Ferro (carne, feijão, couve).....	1	2	8	9
115. G.1 - Outros.....	1	2	8	9

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

115. G.2 - \_\_\_\_\_

NA = 8  
IGN = 9

115. G.2

116 - Você segue estas orientações alimentares?

1- Nunca     2- Raramente     3- Às vezes     4 - Sempre  
 8-NA     9-IGN

\_\_\_\_\_

<p><b>117 - Peso habitual?</b></p> <p>    Kg      NA = 888 IGN = 999</p> <p>    </p>	<p>    </p>
<p><b>118 - Perdeu peso nos últimos 6 meses?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1- Sim    <input type="checkbox"/> 2- Não    <input type="checkbox"/> 8- NA    <input type="checkbox"/> 9- IGN</p> <p><b>Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA na questão 119 e vá para a questão 120.</b></p>	<p>    </p>
<p><b>119 - Quantidade perdida?</b></p> <p>    Kg      NA = 88 IGN = 99</p> <p>    </p>	<p>    </p>
<p><b>120 - Nas duas últimas semanas?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1- Continua perdendo                      <input type="checkbox"/> 8- NA</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Estável    <input type="checkbox"/> 9- IGN</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Engordou</p>	<p>    </p>
<p><b>121 - Ingestão alimentar habitual?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1- Sem alterações                                      <input type="checkbox"/> 8- NA</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Houve alterações                                      <input type="checkbox"/> 9- IGN</p> <p><b>Se a resposta for "1 - Sem alterações", registre NA nas questões 122 e 123 e vá para a questão 124.</b></p>	<p>    </p>
<p><b>122 - Se houve alterações, há quanto tempo?</b></p> <p>    dias      NA = 88 IGN = 99</p> <p>    </p>	<p>    </p>
<p><b>123 - Se houve alterações, para qual dieta?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1- Sólida, em menor quantidade                      <input type="checkbox"/> 8- NA</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Líquida completa    <input type="checkbox"/> 9- IGN</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Líquida restrita</p> <p><input type="checkbox"/> 4- Jejum</p>	<p>    </p>

<b>124 - Sintomas gastrointestinais presentes há mais de 15 dias?</b>					
	SIM	NÃO	NA	IGN	
124.A - Falta de apetite.....	1	2	8	9	□
124.B - Náusea.....	1	2	8	9	□
124.C - Vômitos.....	1	2	8	9	□
124.D - Diarréia (Acima de 3 evacuações líquidas por dia)	1	2	8	9	□
<b>125 - Capacidade funcional?</b>					
<input type="checkbox"/> 1- Sem disfunção				<input type="checkbox"/> 8- NA	□
<input type="checkbox"/> 2- Com disfunção				<input type="checkbox"/> 9- IGN	
<b>Se a resposta for "1 - Sem disfunção", registre NA nas questões 126 e 127 e vá para a questão 128.</b>					
<b>126 - Se alterada, há quanto tempo?</b>					
□□□	Dias	NA = 88	IGN = 99		□□□
<b>127- Tipo de disfunção?</b>					
<input type="checkbox"/> 1- Trabalho sub-ótimo				<input type="checkbox"/> 8- NA	□
<input type="checkbox"/> 2- Tratamento ambulatorial				<input type="checkbox"/> 9- IGN	
<input type="checkbox"/> 3- Acamado					
<b>128 - Doença principal e sua relação com as necessidades nutricionais?</b>					
Diagnósticos principais					
<input style="width: 100%;" type="text"/>				NA = 8 IGN = 9	□
<b>129 - Demanda metabólica?</b>					
<input type="checkbox"/> 1- Baixo stress				<input type="checkbox"/> 8- NA	□
<input type="checkbox"/> 2- Stress moderado				<input type="checkbox"/> 9- IGN	
<input type="checkbox"/> 3- Stress elevado					

<b>130 - Exame Físico?</b>					
	<u>SIM</u>	<u>NÃO</u>	<u>NA</u>	<u>IGN</u>	
130. A - Perda de gordura subcutânea (tríceps e tórax)....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
130. B - Perda muscular (quadríceps e deltóide).....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
130. C - Presença de edema maleolar.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
130. D - Presença de edema pré-sacral.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
130. E - Presença de ascite.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
<b>131 - Avaliação subjetiva. Resultado final?</b>					
<input type="checkbox"/> 1- Nutrido					<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2- Suspeita de desnutrição ou moderadamente desnutrido					<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3- Desnutrido grave					
<b>ENTREVISTADOR: diga ao paciente que vocês conversarão sobre suas possíveis mudanças de cidade, bairro ou casa.</b>					
<b>132 - No ano de 2005, qual era seu endereço?</b>					
Rua:	<input type="text"/>			Nº:	<input type="text"/>
Comple:	<input type="text"/>	Bairro:	<input type="text"/>		
Cidade:	<input type="text"/>		Estado:	<input type="text"/>	
<b>133 - No ano de 2006, você mudou?</b>					
<input type="checkbox"/> 1- Sim, de cidade		<input type="checkbox"/> 4- Não mudou			
<input type="checkbox"/> 2- Sim, somente de bairro		<input type="checkbox"/> 8- NA		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 3- Sim, somente de casa		<input type="checkbox"/> 9- IGN			
<b>Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA na questão 134 e vá para a questão 135.</b>					

<b>134 - Se mudou:</b>				
A	B	C	D	
<b>Em qual endereço você permaneceu por mais tempo em 2006?</b>	<b>Se mudou foi por causa da diálise?</b>	<b>Sua família mudou com você?</b>	<b>Você atualizou o endereço na clínica de diálise</b>	
Rua: _____	<input type="checkbox"/> 1- SIM	<input type="checkbox"/> 1 - Sim, todos	<input type="checkbox"/> 1- SIM	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center;">A</div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">B</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">C</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">D</div> </div>
Nº _____ Comple: _____	<input type="checkbox"/> 2- NÃO	<input type="checkbox"/> 2 - Sim, parte da família	<input type="checkbox"/> 2- NÃO	
Bairro: _____	<input type="checkbox"/> 8-NA	<input type="checkbox"/> 3 - Não, mudei sozinho	<input type="checkbox"/> 8-NA	
Cidade: _____	<input type="checkbox"/> 9- IGN	<input type="checkbox"/> 8-NA	<input type="checkbox"/> 9- IGN	
Estado: _____		<input type="checkbox"/> 9- IGN		
NA = 8 IGN = 9				
<b>135 - No ano de 2007, você mudou?</b>				
<input type="checkbox"/> 1- Sim, de cidade		<input type="checkbox"/> 4- Não mudou		
<input type="checkbox"/> 2- Sim, somente de bairro		<input type="checkbox"/> 8- NA		<b>Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA na questão 136 e vá para a questão 137.</b>
<input type="checkbox"/> 3- Sim, somente de casa		<input type="checkbox"/> 9- IGN		
<b>136 - Se mudou:</b>				
A	B	C	D	
<b>Em qual endereço você permaneceu por mais tempo em 2007?</b>	<b>Se mudou foi por causa da diálise?</b>	<b>Sua família mudou com você?</b>	<b>Você atualizou o endereço na clínica de diálise</b>	
Rua: _____	<input type="checkbox"/> 1- SIM	<input type="checkbox"/> 1 - Sim, todos	<input type="checkbox"/> 1- SIM	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center;">A</div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">B</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">C</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;">D</div> </div>
Nº _____ Comple: _____	<input type="checkbox"/> 2- NÃO	<input type="checkbox"/> 2 - Sim, parte da família	<input type="checkbox"/> 2- NÃO	
Bairro: _____	<input type="checkbox"/> 8-NA	<input type="checkbox"/> 3 - Não, mudei sozinho	<input type="checkbox"/> 8-NA	
Cidade: _____	<input type="checkbox"/> 9- IGN	<input type="checkbox"/> 8-NA	<input type="checkbox"/> 9- IGN	
Estado: _____		<input type="checkbox"/> 9- IGN		
NA = 8 IGN = 9				

<p><b>137 - No ano de 2008, você mudou?</b></p> <p> <input type="checkbox"/> 1- Sim, de cidade                      <input type="checkbox"/> 4- Não mudou  <input type="checkbox"/> 2- Sim, somente de bairro            <input type="checkbox"/> 8- NA  <input type="checkbox"/> 3- Sim, somente de casa              <input type="checkbox"/> 9- IGN </p>				<input type="checkbox"/>
<p><b>Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA na questão 138 e vá para a questão 139.</b></p>				
<p><b>138 - Se mudou:</b></p>				
A	B	C	D	
<p><b>Em qual endereço você permaneceu por mais tempo em 2008?</b></p> <p>Rua: _____</p> <p>Nº _____ Comple: _____</p> <p>Bairro: _____</p> <p>Cidade: _____</p> <p>Estado: _____</p> <p style="text-align: center;">NA = 8 IGN = 9</p>	<p><b>Se mudou foi por causa da diálise?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1- SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2- NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 8-NA</p> <p><input type="checkbox"/> 9- IGN</p>	<p><b>Sua família mudou com você?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Sim, todos</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - Sim, parte da família</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - Não, mudei sozinho</p> <p><input type="checkbox"/> 8-NA</p> <p><input type="checkbox"/> 9- IGN</p>	<p><b>Você atualizou o endereço na clínica de diálise</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1- SIM</p> <p><input type="checkbox"/> 2- NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> 8-NA</p> <p><input type="checkbox"/> 9- IGN</p>	<input type="checkbox"/> <hr style="width: 100%; border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B            C            D
<p><b>139 - Alguém o acompanha em suas sessões de diálise e/ou consultas médicas?</b></p> <p> <input type="checkbox"/> 1- Sim      <input type="checkbox"/> 2- Não      <input type="checkbox"/> 9- IGN </p>				<input type="checkbox"/>
<p><b>Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA nas questões 140 a 143 e vá para a questão 144.</b></p>				

**140 - Se sim, quem?**

	<u>SIM</u>	<u>NÃO</u>	<u>NA</u>	<u>IGN</u>	
140. A - Pai.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
140. B - Mãe.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
140. C - Esposo (a).....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
140. D - Irmão.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
140. E - Irmã.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
140. F - Filho.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
140. G - Filha.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
140. H.1 - Outros parentes [Ex. tio(a), primo(a), sobrinho(a), neto(a), etc].....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
140. H.2 - Quem? <input type="text"/>					<input type="checkbox"/>
				NA = 8 IGN = 9	<input type="checkbox"/>
140. I - Amigo(a).....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
140. J - Acompanhante pago.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>

140.H.2

**141 - A pessoa que o acompanha:**

	<u>SIM</u>	<u>NÃO</u>	<u>NA</u>	<u>IGN</u>	
141. A - É sempre a mesma pessoa.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
141. B - É sempre a mesma pessoa, mas não acompanha a todas as sessões de diálise.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
141. C - Não é a mesma pessoa que acompanha em todas as sessões de diálise.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>

**142 - A pessoa que o acompanha: (Se houver mais de um acompanhante, pedir ao entrevistado que fale sobre o mais importante)**

- 1- Não trabalhava
- 2- Deixou de trabalhar definitivamente
- 3- Não deixou de trabalhar, mas perde horas de serviço
- 4 - Trabalha e não perde horas de serviço.
- 8- NA
- 9- IGN

□

**143 - Qual a idade do acompanhante principal?**

□□ anos      NA=88  
IGN=99

□□

**144 - Para vir a clínica hoje, você teve algum gasto pessoal?**

	SIM	NÃO	IGN	<u>Valor (Reais)</u>	
144. A -Com seu transporte (ida e volta),....	1	2	9	□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□
144. B -Com transporte do acompanhante (ida e volta).....	1	2	9	□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□
144. C -Com sua alimentação.....	1	2	9	□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□
144. D-Com alimentação do acompanhante	1	2	9	□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□

145 - Qual o meio de transporte que você utiliza com mais frequência para ir à clínica de diálise?					
	SIM	NÃO	NA	IGN	
145. A - Ônibus coletivo.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
145. B - Automóvel particular.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
145. C - Automóvel de vizinhos.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
145. D - Automóvel de parentes.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
145. E - Táxi.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
145. F - Ambulância.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
145. G - À pé.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
145. H - Transporte pago pela prefeitura (van, kombi, microônibus).....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
145. I.1 - Outros.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
145. I.2 - Qual? <input type="text"/>					<input type="checkbox"/>
				NA = 8 IGN = 9	<input type="checkbox"/>
					145.1.2
146 - Para chegar à clínica, você recebe algum auxílio transporte? (van, ambulância, passe livre, vale transporte, ajuda financeira, etc)?					
<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- NA <input type="checkbox"/> 9- IGN					<input type="checkbox"/>
Se a resposta for NÃO ou IGN, registrar NA na questão 147 e ir para questão 148.					
147 - Se recebe algum auxílio transporte, de quem você recebe essa ajuda?					
<input type="checkbox"/> 1- Prefeitura <input type="checkbox"/> 2- Clínica <input type="checkbox"/> 3- Estado <input type="checkbox"/> 8- NA <input type="checkbox"/> 9- IGN					<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> .4.1- Outro					
<input type="checkbox"/> .4.2- Qual? <input type="text"/>					<input type="checkbox"/>
					4.2
148 - Quanto tempo em média você demora para ir de sua casa até a clínica?					
<input type="text"/> horas : <input type="text"/> minutos    IGN = 99					<input type="checkbox"/>
					<input type="text"/> horas : <input type="text"/> minutos

149 - Você já teve que entrar com uma ação judicial para conseguir:

	<u>SIM</u>	<u>NÃO</u>	<u>IGN</u>
149. A - Medicamentos.....	1	2	9
149. B - Exames.....	1	2	9
149. C - Transporte.....	1	2	9
149. D.1 - Outros.....	1	2	9

149. D.2 - Qual?

NA = 8  
IGN = 9

149.D.2

**ENTREVISTADOR: diga ao paciente que, a partir de agora, você fará perguntas sobre as questões relacionadas à lista de transplante renal**

### PARTE 3. INSCRIÇÃO E MANUTENÇÃO NA LISTA DE TRANSPLANTE

150 - Você deseja receber um transplante renal?

- 1- Sim     2- Não     3- Indeciso     9- IGN

**Se a resposta for SIM ou IGN, registre NA na questão 151 e vá para a questão 152.**

151 - Se não, ou está indeciso, porque?

- 1- Está satisfeito com a diálise  
 2- Religião não permite  
 3- Tem medo da cirurgia  
 4- Não se sente preparado para a cirurgia  
 5- Médico disse que você não pode realizar o transplante  
 6- Por causa da idade  
 7.A - Outros.

7.B - Qual?

NA = 8  
IGN = 9

- 8- NA

7.B

**152** - Desde que você iniciou a diálise, você foi informado sobre os seguintes fatos sobre transplante:

	SIM	NÃO	IGN
152 .A - O paciente tem que aguardar o rim em lista de espera.....	1	2	9
152 .B - O rim para o transplante pode ser de alguém que já morreu.....	1	2	9
152 .C - Um parente do paciente pode ser doador para o transplante.....	1	2	9
152 .D - O paciente pode não ter indicação para realizar o transplante.....	1	2	9
152 .E - O paciente deve estar em boa condição de saúde para realizar o transplante.....	1	2	9
152 .F - O paciente deve manter seus exames atualizados na clínica.....	1	2	9
152 .G - O transplantado deve usar medicamentos por toda a vida..	1	2	9
152 .H - Os medicamentos podem causar efeitos colaterais.....	1	2	9
152 .I - Existe a possibilidade de perder do enxerto (transplante) e voltar a fazer hemodiálise.....	1	2	9

**Se a resposta for NÃO a todas as afirmativas, registre NA na questão 153 e vá para a questão 154.**

**153** - De quem você recebeu estas informações?

	SIM	NÃO	NA	IGN
153. A - Médico.....	1	2	8	9
153. B - Enfermeiro.....	1	2	8	9
153. C - Assistente social.....	1	2	8	9
153. D - Psicólogo.....	1	2	8	9
153. E - Folhetos informativos.....	1	2	8	9
153. F - Companheiros de diálise.....	1	2	8	9
153. G.1 - Outras fontes.....	1	2	8	9

153. G.2 - Qual?

NA = 8  
IGN = 9

153.G.2

**154** - Alguém da sua família está disposto a lhe doar um rim?

1- Sim     2- Não     9- IGN

**Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA na questão 155 e vá para a questão 156.**







<p><b>167 - Seu endereço atual e telefone de contato estão atualizados na clínica de diálise?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1- Sim    <input type="checkbox"/> 2- Não    <input type="checkbox"/> 9- IGN</p>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																																			
<p><b>168 - Você deixa o telefone de outra pessoa como contato na clínica de diálise?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1- Sim    <input type="checkbox"/> 2- Não    <input type="checkbox"/> 9- IGN</p>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																																			
<p><b>Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA na questão 169 e vá para a questão 170.</b></p>																																				
<p><b>169 - Se sim, quem?</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SIM</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NÃO</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NA</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">IGN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>169. A - Vizinho.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>169. B - Parente.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>169. C - Parente vizinho.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>169. D - Amigo.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>169. E.1 - Outro.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>169. E.2 - Qual? <input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p style="margin-top: 5px; text-align: right;">NA = 8 IGN = 9</p>		SIM	NÃO	NA	IGN	169. A - Vizinho.....	1	2	8	9	169. B - Parente.....	1	2	8	9	169. C - Parente vizinho.....	1	2	8	9	169. D - Amigo.....	1	2	8	9	169. E.1 - Outro.....	1	2	8	9	169. E.2 - Qual? <input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/>					<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span style="font-size: 8px;">169.E.2</span> </div>
	SIM	NÃO	NA	IGN																																
169. A - Vizinho.....	1	2	8	9																																
169. B - Parente.....	1	2	8	9																																
169. C - Parente vizinho.....	1	2	8	9																																
169. D - Amigo.....	1	2	8	9																																
169. E.1 - Outro.....	1	2	8	9																																
169. E.2 - Qual? <input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/>																																				
<p><b>170 - Alguma vez você foi chamado para realizar o transplante e não o realizou por algum motivo?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1- Sim    <input type="checkbox"/> 2- Não    <input type="checkbox"/> 9- IGN</p>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																																			
<p><b>Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA na questão 171 e vá para a questão 172.</b></p>																																				

**171 - Se sim, qual(is) o(s) motivo(s)?**

	<u>SIM</u>	<u>NÃO</u>	<u>NA</u>	<u>IGN</u>
171.A- Exames desatualizados.....	1	2	8	9
171.B - Não estava em bom estado de saúde.....	1	2	8	9
171. C - Foi contra indicado pela equipe de transplante.....	1	2	8	9
171.D - Não conseguiu realizar os procedimentos pré-cirurgicos em tempo...	1	2	8	9
171.E - Não foi localizado.....	1	2	8	9
171.F- Teve medo da cirurgia.....	1	2	8	9
171.G- Estava satisfeito com a diálise.....	1	2	8	9
171.H.1 - Outros. ....	1	2	8	9

171.H.2 - Qual?

NA = 8  
IGN = 9

171.H.2

**172 - Se conseguir realizar o transplante, como acha que será sua qualidade de vida, em comparação ao momento atual (em diálise)?**

1- Melhor     2- Igual     3- Pior     9- IGN

**ENTREVISTADOR: diga ao paciente que você fará perguntas sobre outras doenças que ele possa ter.**

Questões 173 - 190 Além da doença renal, algum médico falou que você tem (ou teve) alguma dessas doenças. Eu vou ler uma lista de doenças para você responder.

	PARTE A			PARTE B							
	Tem (ou teve) a doença			Se SIM, quando?							
	SIM	NÃO	IGN	ANTES da diálise/transplante	DEPOIS da diálise/transplante	JUNTO da diálise/transplante	NA	IGN			
173. Diabetes Mellitus.....	1	2	9	1	2	3	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
174. Pressão Alta (Hipertensão).	1	2	9	1	2	3	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
175. Derrame (AVC).....	1	2	9	1	2	3	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
176. Doenças Cardíacas.....	1	2	9	1	2	3	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
177. Trombose/isquemia (Pernas e Braços).	1	2	9	1	2	3	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
178. Câncer/ Tumor/ Neoplasia.	1	2	9	1	2	3	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
179. Cirrose.....	1	2	9	1	2	3	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
180. Doença pulmonar crônica (Enfisema, asma, bronquite)	1	2	9	1	2	3	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
181. Doença óssea.....	1	2	9	1	2	3	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
182. Úlcera.....	1	2	9	1	2	3	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
183. Artrite.....	1	2	9	1	2	3	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
184. Depressão.....	1	2	9	1	2	3	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
185. Hepatite.....	1	2	9	1	2	3	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
186. HIV/AIDS.....	1	2	9	1	2	3	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
187. Doença Psicótica.....	1	2	9	1	2	3	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
188. Lupus. eritematoso	1	2	9	1	2	3	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OUTRAS (QUAIS?)											
189. ....	1	2	9	1	2	3	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
190.....	1	2	9	1	2	3	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Se o paciente relatou diabetes e/ou hipertensão antes do início da diálise responda as questões 191 a 210. Se NÃO, registre NA nessas questões e vá para a questão 211.**

<b>PARTE 4. SITUAÇÃO DO PACIENTE DIABÉTICO E / OU HIPERTENSO ANTES DO INÍCIO DA DIÁLISE</b>																																									
<b>ENTREVISTADOR: diga ao paciente que você fará perguntas sobre o diabetes e/ ou a hipertensão, antes do início da diálise.</b>																																									
<p><b>191 -</b> Você acha que a diabetes e/ou hipertensão podem ter causado a Doença Renal Crônica (DRC)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Sim    <input type="checkbox"/> 2- Não    <input type="checkbox"/> 8- NA    <input type="checkbox"/> 9- IGN</p>	□																																								
<p><b>192 -</b> O médico lhe avisou que o diabetes e/ ou a hipertensão poderiam levar a Doença Renal Crônica (DRC)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Sim    <input type="checkbox"/> 2- Não    <input type="checkbox"/> 8- NA    <input type="checkbox"/> 9- IGN</p>	□																																								
<p><b>193 -</b> Você freqüentava algum serviço de saúde regularmente antes de iniciar a diálise?</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Sim    <input type="checkbox"/> 2- Não    <input type="checkbox"/> 8- NA    <input type="checkbox"/> 9- IGN</p>	□																																								
<b>Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA na questão 194 e vá para a questão 195.</b>																																									
<p><b>194 -</b> Se sim, quais?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> <th>NA</th> <th>IGN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>194. A - Consultório convênio .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>194. B - Consultório particular.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>194. C - Policlínica/PAM.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>194. D - Centro de saúde/ Posto.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </tbody> </table>		SIM	NÃO	NA	IGN	194. A - Consultório convênio .....	1	2	8	9	194. B - Consultório particular.....	1	2	8	9	194. C - Policlínica/PAM.....	1	2	8	9	194. D - Centro de saúde/ Posto.....	1	2	8	9	□ □ □ □															
	SIM	NÃO	NA	IGN																																					
194. A - Consultório convênio .....	1	2	8	9																																					
194. B - Consultório particular.....	1	2	8	9																																					
194. C - Policlínica/PAM.....	1	2	8	9																																					
194. D - Centro de saúde/ Posto.....	1	2	8	9																																					
<p><b>195 -</b> Desde que você iniciou a diálise, você continuou utilizando esse serviço de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Sim    <input type="checkbox"/> 2- Não    <input type="checkbox"/> 8- NA    <input type="checkbox"/> 9- IGN</p>	□																																								
<b>Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA na questão 196 e vá para a questão 197.</b>																																									
<p><b>196 -</b> Se sim, você continuou utilizando esse serviço de saúde para:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sempre</th> <th>Repetidamente</th> <th>Às vezes</th> <th>Raramente</th> <th>Nunca</th> <th>NA</th> <th>IGN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>196 A - Consultas</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>196 B - Pegar medicamentos</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>196 C - Realizar exames</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>196 D - Outros</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </tbody> </table>		Sempre	Repetidamente	Às vezes	Raramente	Nunca	NA	IGN	196 A - Consultas	1	2	3	4	5	8	9	196 B - Pegar medicamentos	1	2	3	4	5	8	9	196 C - Realizar exames	1	2	3	4	5	8	9	196 D - Outros	1	2	3	4	5	8	9	□ □ □ □
	Sempre	Repetidamente	Às vezes	Raramente	Nunca	NA	IGN																																		
196 A - Consultas	1	2	3	4	5	8	9																																		
196 B - Pegar medicamentos	1	2	3	4	5	8	9																																		
196 C - Realizar exames	1	2	3	4	5	8	9																																		
196 D - Outros	1	2	3	4	5	8	9																																		

<b>Questões 197 - 199: Você recebeu recomendações do seu médico sobre:</b>					
	<u>SIM</u>	<u>NÃO</u>	<u>NA</u>	<u>IGN</u>	
<b>197</b> - Dieta?.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
<b>198</b> - Uso de medicamentos?.	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
<b>199</b> - Atividade física?.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
<b>200</b> - Antes de iniciar a diálise, o médico pediu exames para avaliar o funcionamento de seus rins?					
<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- NA <input type="checkbox"/> 9- IGN					<input type="checkbox"/>
<b>Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA nas questões 201 e 202 e vá para a questão 203.</b>					
<b>201</b> - Você realizou esses exames solicitados?					
<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- NA <input type="checkbox"/> 9- IGN					<input type="checkbox"/>
<b>Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA na questão 202 e vá para a questão 203.</b>					
<b>202</b> - Você retornou com os resultados desses exames solicitados pelo seu médico?					
<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- NA <input type="checkbox"/> 9- IGN					<input type="checkbox"/>
<b>203</b> - Antes de iniciar a diálise, um médico o encaminhou para consulta com o Nefrologista?					
<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- NA <input type="checkbox"/> 9- IGN					<input type="checkbox"/>
<b>Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA nas questões 204 a 210 e vá para a questão 211.</b>					
<b>204</b> - Se sim, qual médico o encaminhou?					
<input type="checkbox"/> 1- Médico que acompanhava o tratamento da hipertensão ou diabetes <input type="checkbox"/> 2- Médico do Pronto Socorro <input type="checkbox"/> 3- Médico do hospital <input type="checkbox"/> 4- Outro médico de consultório/ ambulatório <input type="checkbox"/> 5- Outro <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN					<input type="checkbox"/>



<b>ATENÇÃO: PERGUNTA SOMENTE PARA PACIENTES RESIDENTES EM BELO HORIZONTE.</b>																																									
<b>211 - Qual (is) serviço (s) de saúde você utilizou antes de iniciar a diálise ( Centro de Saúde, PAM, Pronto Socorro, Hospital)?</b>																																									
<b>ENTREVISTADOR:</b> pedir informação sobre número do cartão, cor, número da Equipe de Saúde da Família, endereço, etc.																																									
<b>211.A Serviço de Saúde</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>Data inicial</p> <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">mês</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">ano</td> </tr> </table> <p>Data final</p> <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">mês</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">ano</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Data inicial</p> <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">mês</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">ano</td> </tr> </table> <p>Data final</p> <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">mês</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">ano</td> </tr> </table> </div> </div>						mês		ano								mês		ano								mês		ano								mês		ano		
mês		ano																																							
mês		ano																																							
mês		ano																																							
mês		ano																																							
<b>211.B Serviço de Saúde</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>Data inicial</p> <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">mês</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">ano</td> </tr> </table> <p>Data final</p> <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">mês</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">ano</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Data inicial</p> <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">mês</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">ano</td> </tr> </table> <p>Data final</p> <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">mês</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">ano</td> </tr> </table> </div> </div>						mês		ano								mês		ano								mês		ano								mês		ano		
mês		ano																																							
mês		ano																																							
mês		ano																																							
mês		ano																																							
<b>211.C Serviço de Saúde</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>Data inicial</p> <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">mês</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">ano</td> </tr> </table> <p>Data final</p> <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">mês</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">ano</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Data inicial</p> <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">mês</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">ano</td> </tr> </table> <p>Data final</p> <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">mês</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">ano</td> </tr> </table> </div> </div>						mês		ano								mês		ano								mês		ano								mês		ano		
mês		ano																																							
mês		ano																																							
mês		ano																																							
mês		ano																																							
<b>211.D Serviço de Saúde</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>Data inicial</p> <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">mês</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">ano</td> </tr> </table> <p>Data final</p> <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">mês</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">ano</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Data inicial</p> <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">mês</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">ano</td> </tr> </table> <p>Data final</p> <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">mês</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">ano</td> </tr> </table> </div> </div>						mês		ano								mês		ano								mês		ano								mês		ano		
mês		ano																																							
mês		ano																																							
mês		ano																																							
mês		ano																																							
<b>211.E Serviço de Saúde</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>Data inicial</p> <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">mês</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">ano</td> </tr> </table> <p>Data final</p> <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">mês</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">ano</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Data inicial</p> <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">mês</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">ano</td> </tr> </table> <p>Data final</p> <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">mês</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">ano</td> </tr> </table> </div> </div>						mês		ano								mês		ano								mês		ano								mês		ano		
mês		ano																																							
mês		ano																																							
mês		ano																																							
mês		ano																																							
<b>OBSERVAÇÕES</b>																																									
<b>A questão 212 deve ser respondida pelo entrevistador.</b> <b>A questão 212 deve ser respondida apenas para pacientes em hemodiálise.</b>																																									
<b>212 - Em que momento foi realizada a pesquisa?</b> <input type="checkbox"/> 1- Antes da Hemodiálise <input type="checkbox"/> 2- Durante a Hemodiálise <input type="checkbox"/> 3- Depois da Hemodiálise	<table border="1" style="width: 50px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>																																								

**EQ - 5D**

Neste momento, queremos entender como está o seu estado de saúde atual. Eu vou ler três afirmações em cada questão e você deverá indicar qual delas melhor descreve o seu estado de saúde hoje.

**213 - Mobilidade**

- 1- Não tenho problemas em andar
- 2- Tenho alguns problemas em andar
- 3- Estou limitado a ficar na cama

**214 - Cuidados Pessoais**

- 1- Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais, p.e. me lavar ou vestir
- 2- Tenho alguns problemas para me lavar ou me vestir
- 3- Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho (a)

**215 - Atividades Habituais (ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)**

- 1- Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais
- 2- Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais
- 3- Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais

**216 - Dor/Mal Estar**

- 1- Não tenho dores ou mal estar
- 2- Tenho dores ou mal estar moderados
- 3- Tenho dores ou mal estar extremos

**217 - Ansiedade/Depressão**

- 1- Não estou ansioso(a) ou deprimido(a)
- 2- Estou moderadamente ansioso(a) ou deprimido(a)
- 3- Estou extremamente ansioso(a) ou deprimido(a)

**218** - Para ajudar as pessoas a dizer quão bom ou mau o seu estado de saúde é, nós desenhamos uma escala (semelhante a um termómetro) na qual o melhor estado de saúde que possa imaginar é marcado por 100 e o pior estado de saúde que possa imaginar é marcado por 0.

Gostaríamos que indicasse nesta escala quão bom ou mau é, na sua opinião, o seu estado de saúde **hoje**. Por favor, desenhe uma linha a partir do quadrado que se encontra abaixo, até ao ponto da escala que melhor classifica o seu estado de saúde **hoje**.

O seu estado de saúde hoje

O melhor estado de saúde imaginável

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

O pior estado de saúde imaginável



## Sua Saúde

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

**219** - Em geral, você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Regular	Ruim
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**220** - Comparada há um ano atrás, como você avaliaria sua saúde em geral agora?

Muito melhor agora do que há um ano atrás	Um pouco melhor agora do que há um ano atrás	Aproximadamente igual há um ano atrás	Um pouco pior agora do que há um ano atrás	Muito pior agora do que há um ano atrás
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

221 - Os itens seguintes são sobre atividades que você pode realizar durante um dia normal. Seu estado de saúde atual o dificulta a realizar estas atividades? Se sim, quanto?

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

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

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

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

Sim	Não
▼	▼

a Reduziu a quantidade de tempo que passa trabalhando ou em outras atividades.....

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
----------------------------	----------------------------

┌

b Fez menos coisas do que gostaria.....

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
----------------------------	----------------------------

┌

c Trabalhou ou realizou outras atividades com menos atenção do que de costume.....

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
----------------------------	----------------------------

┌

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

Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

┌

**225** - Quanta dor no corpo você sentiu durante as 4 últimas semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Intensa	Muito intensa
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

┌

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

Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

┌

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

Durante as 4 últimas semanas, quanto tempo.

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

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

Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhum momento	
▼	▼	▼	▼	▼	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

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

	Sem dúvida verdadeiro	Geralmente verdadeiro	Não sei	Geralmente falso	Sem dúvida falso		
	▼	▼	▼	▼	▼		
a	Parece que eu fico doente com mais facilidade do que outras pessoas.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	┌
b	Eu me sinto tão saudável quanto qualquer pessoa que conheço.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	┌
c	Acredito que minha saúde vai piorar.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	┌
d	Minha saúde está excelente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	┌

## Sua Doença Renal

**230** - Até que ponto cada uma das seguintes declarações é verdadeira ou falsa para você?

	Sem dúvida verdadeiro	Geralmente verdadeiro	Não sei	Geralmente falso	Sem dúvida falso		
a	Minha doença renal interfere demais com a minha vida.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
b	Muito do meu tempo é gasto com minha doença renal.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
c	Eu me sinto decepcionado ao lidar com minha doença renal.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
d	Eu me sinto um peso para minha família.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

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

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

**232** - Durante as 4 últimas semanas, quanto você se incomodou com cada um dos seguintes problemas?

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

## Efeitos da Doença Renal em Sua Vida

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

	Não incomoda nada	Incomoda um pouco	Incomoda de forma moderada	Incomoda muito	Incomoda extremamente	
	▼	▼	▼	▼	▼	
a Diminuição de líquidos?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
b Diminuição alimentar?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
c Sua capacidade de trabalhar em casa?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
d Sua capacidade de viajar?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
e Dependência dos médicos e outros profissionais de saúde?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
f Estresse ou preocupações causadas pela doença renal?..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
g Sua vida sexual?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
h Sua aparência pessoal?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

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

**234.A** - Você teve alguma atividade sexual nas 4 últimas semanas ?

Não .....  1 ► Se respondeu não, por favor pule para a **Questão 235.**

Sim .....  2

**234.B** - Nas últimas 4 semanas você teve problema em:

	Nenhum problema	Pouco problema	Um problema	Muito problema	Problema enorme	
	▼	▼	▼	▼	▼	
a Ter satisfação sexual?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
b Ficar sexualmente excitado(a)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

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

Em uma escala de 0 a 10, como você avaliaria seu sono em geral?

<b>Muito ruim</b>											<b>Muito bom</b>
▼											▼
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>											

**236** - Com que frequência, durante as 4 últimas semanas você:

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




**237** - Em relação à sua família e amigos, até que ponto você está satisfeito com:

	Muito insatisfeito	Um pouco insatisfeito	Um pouco satisfeito	Muito satisfeito
	▼	▼	▼	▼
a A quantidade de tempo que você passa com sua família e amigos?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b O apoio que você recebe de sua família e amigos?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4



**238** - Durante as 4 últimas semanas, você recebeu dinheiro para trabalhar?

<b>Sim</b>	<b>Não</b>
▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

**239 - Sua saúde o impossibilitou de ter um trabalho pago?**

Sim	Não
▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

**240 - No geral, como você avaliaria sua saúde?**

O pior possível (tão ruim ou pior do que estar morto)	Meio termo entre pior e melhor	A melhor possível								
▼	▼	▼								
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Satisfação Com O Tratamento

**241 - Pense a respeito dos cuidados que você recebe na diálise. Em satisfação, como você classificaria a amizade e o interesse demonstrado em você como pessoa?**

Muito ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente	O melhor
▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

**242 - Quanto cada uma das afirmações a seguir é verdadeira ou falsa?**

	Sem dúvida verdadeiro	Geralmente verdadeiro	Não sei	Geralmente falso	Sem dúvida falso
a O pessoal da diálise me encorajou a ser o(a) mais independente possível.....	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
b O pessoal da diálise ajudou-me a lidar com minha doença renal.....	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	



**243 - Horário de término da entrevista:**

	:	
Horário de término		

	:	

## **ANEXO 4**

### **FORMULÁRIO DE ACEITAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PESQUISADA**

**ESTUDO:** "Equidade no acesso e utilização de procedimentos de alta complexidade/custo no SUS-Brasil: avaliação dos transplantes renais"

**COORDENAÇÃO: PROF<sup>a</sup>.** MARIÂNGELA LEAL CHERCHIGLIA

Departamento de Medicina Preventiva e Social/Faculdade de Medicina/UFGM

#### **OBJETIVOS DO ESTUDO**

O objetivo do estudo "Equidade no acesso e utilização de procedimentos de alta complexidade/custo no SUS-Brasil: avaliação dos transplantes renais" é conhecer os determinantes - individuais e contextuais - do acesso e dos resultados em saúde relacionados ao transplante renal em Belo Horizonte/MG, utilizando dados secundários complementados com dados primários. O estudo contempla, em uma de suas fases a execução de um Estudo Longitudinal com uma entrevista basal e três de acompanhamento do paciente para o levantamento de dados sócio-econômicos, demográficos, trajetória nos serviços de saúde, qualidade de vida, aspectos dificultadores e facilitadores no acesso ao transplante e gastos com os cuidados de saúde.

#### **DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO**

Eu, abaixo assinado concordo que a instituição [«Centro»], concordo que a instituição participe do Estudo Longitudinal integrante da pesquisa "Equidade no acesso e utilização de procedimentos de alta complexidade/custo no SUS-Brasil: avaliação dos transplantes renais", posto que não encontramos impedimentos éticos ou operacionais aos pacientes, à instituição ou aos seus profissionais.

Adicionalmente, indicamos como pessoa de referência nesta instituição Sr (a)

---

#### **NOME POR EXTENSO DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO**

---

## ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO

---

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE DIÁLISE PARTICIPANTE

<b>CENTRO: «<u>Centro</u>»</b>	
<b>Nome da pessoa de referência</b>	
<b>Endereço:</b>	
<b>Rua/Av.</b>	
<b>Complemento</b>	
<b>Bairro</b>	
<b>Cidade</b>	
<b>CEP</b>	
<b>UF</b>	
<b>Telefones:</b>	
<b>Celular:</b>	
<b>Fixo:</b>	
<b>FAX:</b>	
<b>Email:</b>	

## ANEXO 5

### PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG

UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais  
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

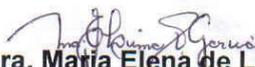
**Parecer nº. ETIC 492/06**

**Interessada: Profa. Mariângela Leal Cherchiglia**  
**Depto. de Medicina Preventiva e Social**  
**Faculdade de Medicina-UFMG**

#### DECISÃO

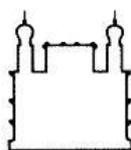
O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 14 de fevereiro de 2007, o projeto de pesquisa intitulado **"Eqüidade no acesso e utilização de procedimentos de alta complexidade/custo no SUS-Brasil: avaliação dos transplantes renais"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

  
**Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia**  
Presidente do COEP-UFMG

## ANEXO 6

### PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CPqRR/FIOCRUZ



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa René Rachou

Comitê de Ética

#### PARECER Nº 11/2008 – CEPESH- CPqRR

Protocolo CEPESH/ CPqRR nº: 08/2008

**Projeto de Pesquisa:** "Avaliação da qualidade de vida (QVI) de pacientes idosos em Terapia Renal Substitutiva (TRS) no município de Belo Horizonte, MG, entre janeiro de 2006 e janeiro de 2008"

**Pesquisador Responsável:** Sérgio William Viana Peixoto

**Instituição:** Centro de Pesquisa René Rachou / FIOCRUZ

**Data de entrada no CEP:** 20/02/2008

**CAAE:** 0005.0.245.000-08

Ao se proceder à análise do protocolo em questão, constatou-se que o projeto atende aos aspectos fundamentais da Resolução CNS 196/96, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro de Pesquisa René Rachou / FIOCRUZ, de acordo com as atribuições da Resolução 196/96, manifesta-se pela homologação do projeto de pesquisa proposto, bem como do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**Firma-se diante deste documento a necessidade de serem apresentados o relatório:**

- Final: **Setembro 2008.**

**Bem como a notificação de eventos adversos, de emendas ou modificações no protocolo para apreciação do CEP.**

Situação: **PROJETO APROVADO**

Belo Horizonte, 14 de Maio de 2008.

  
João Carlos Pinto Dias  
Coordenador do CEPESH-CPqRR

Dr. João Carlos Pinto Dias  
COORDENADOR  
COMITÊ DE ÉTICA

Liléia Gonçalves Diotallevi  
Pesquisador Titular  
SIAPE 0319811 - CRB 13967/4-D  
Chefe: TECC - CPqRR / FIOCRUZ

## 9 REFERÊNCIAS

- Abreu PF, Sesso RC, Ramos LR. Aspectos renais do idoso. *J Bras Nefrol* 1998; 20(2): 158-165.
- Apostolou T. Quality of Life in the elderly patients on dialysis. *Int Urol Nephrol* 2007; 39: 679-683.
- Almeida AM. A importância da saúde mental na qualidade de vida e sobrevida do portador de insuficiência renal crônica. *J Bras Nefrol* 2003; 25(4):209-14.
- Baiardi F, Esposti ED, Cocchi R, Fabri A, Sturani A, Valpiani G, et al. Effects of Clinical and individual variables on quality of life in chronic renal failure patients. *J Nephrol* 2002; (15): 61-67.
- Barbosa LM, Andrade-Júnior MP, Bastos KA. Preditores de qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *J Bras Nefrol* 2007; 29 (4): 222-229.
- Bastos, MG. Abordagem interdisciplinar no manejo da doença renal crônica. *J Bras Nefrol* 2006; 28 (3 Supl. 2): 36-39.
- Batista PBP, Lopes, AA. Estudo epidemiológico sobre a terapia renal substitutiva II. Brasília: [s.n.], 2004. 182p.
- Belasco AGS & Sesso, RCC. Qualidade de Vida: Princípios, Focos de Estudo e Intervenções. In: Ajzen H, Schor N. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar. UNIFESP/Escola Paulista de Medicina: Qualidade de Vida. 1a ed. Barueri, SP: Manole; 2006. Cap. 1, p. 1-10.
- Beltrão IK, Camarano AA, Kanzo S. Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX. 2004. Rio de Janeiro. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/pub/td\\_1034](http://www.ipea.gov.br/pub/td_1034)>. Acesso em: 12 mar. 2007.
- Bertolin DC. Modos de enfrentamento de pessoas com insuficiência renal crônica terminal (IRCT) em tratamento hemodiálico [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2007.
- Bittencourt ZZLC. Qualidade de vida e representações sociais em portadores de patologias crônicas: estudo de um grupo de renais crônicos transplantados [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 2003.
- Bittencourt ZZLC, Filho GA, Mazzalia M, Santos N R. Qualidade de vida em transplantados renais: importância do enxerto funcionante. *Revista de Saúde Pública* 2004; 38(5): 732-734.
- Blake C, Codd MB, Cassidy A, O'meara YM. Physical function, employment and quality of life in end-stage renal disease. *J Nephrol* 2000; (13): 0-00.
- Boim MA & Casarini DE. Tópicos de Fisiologia Renal. In: Ajzen H & Schor N. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar. UNIFESP/ Escola Paulista de Medicina: Nefrologia. 2a ed. Barueri, SP: Manole; 2005. Cap. 2, p. 09-17.

Brasil. Lei nº 9.434 de Fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. DOU, Brasília; 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília; 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal. Coordenação Geral da Alta Complexidade. Brasília; 2004.

Brian JGP. Overcoming barriers to the early detection and treatment of chronic kidney disease and improving outcomes for end-stage renal disease. *American journal of managed care* march 2002; 8 supl.4: 122-135.

Brown EA. Peritoneal Dialysis in the Elderly. *Peritoneal Dialysis International* 2008; 28(5): 444-448.

Camargos MCS & Alves LC. Implicações do envelhecimento populacional no sistema de saúde: uma análise da demanda e dos custos com internação hospitalar no SUS no Estado de Minas Gerais em 1998. In: XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais (ABEP) 2004; Caxambú. Minas Gerais.

Canziani MEF, Draibe AS, Nadaletto MAJ. Técnicas dialíticas na Insuficiência Renal crônica. In: Ajzen H & Schor N. *Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP/ Escola Paulista de Medicina: Nefrologia*. 2. ed. Barueri: Manole; 2005. Cap. 17, 223-237.

Carmichael P, Popoola J, John I, Stevens PE, Carmichael AR. Assessment of quality of life in a single centre dialysis population using the KDQOL-SF™ questionnaire. *Quality of Life Research* 2000; 9: p.195-205.

Carpinter CB & Lazarus JM. Dialysis and transplantation in the treatment of renal failure. In: Harrison TR et al. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 15. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2002. Cap. 22, p. 1520-1529.

Carvalho FJW, Silva ABF, Costa RC. Avaliação da diálise no paciente idoso. *Arquivos de geriatria e gerontologia* 1999; 3(1): 5-10.

Carvalho FJW. Glomerulopatias em idosos. In: Freitas EV. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. Cap. 74, p.733-735.

Cassidy MJD & Sims RJA. Dialysis in the elderly: New possibilities, new problems. *Minerva Urol Nefrol* 2004; 56: 305-17.

Castro M, Caiuby AVS, Draibe SA, Canziani MEF. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Rev Assoc Med Bras* 2003; 49(3): 245-249.

Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista Saúde Pública* 1997; 31 (2): 184 – 200.

Chaimowicz F. *Os idosos brasileiros no século XXI: Demografia, saúde e sociedade*. Belo Horizonte: Postgraduate, 1998.

Chaimowicz F. Epidemiologia e o Envelhecimento no Brasil. In: Freitas, EV et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. Cap. 11, p. 106-129.

Cherchiglia ML, Guerra-Júnior AA, Andrade EIG, Machado CJ, Acúrcio FA, Meira-Júnior W et al. Base de dados nacional em TRS: Adaptação de banco de dados administrativo centrado no paciente. XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais (ABEP) 2004; Caxambu Minas Gerais. Disponível em <<http://www.scielo.b>>. Acesso em 15 de jun. de 2007.

Cherchiglia ML, Andrade EIG, Belisário AS, Acúrcio FA, Murici FAL, Guerra-Júnior et al. Gênese de uma política pública de ações de alto custo e complexidade: As terapias Renais Substitutivas no Brasil. Revista Médica de Minas Gerais 2006; 16(1 Supl. 2): S78-S83.

Ciconelli RM. 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. Escola Paulista de Medicina da UNIFESP; 1997.

Cotta, RMM. Suárez MM, Cotta-Filho JS, González AL, Diaz Ricós JA, Real ER. La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos ritos de salud. Revista Panamericana de Salud Pública 2002; 11(4): p.253-260.

Cunha CB, Ponce de Leon AC, Schramm JMA, Carvalho MS, Souza-Júnior PRB, Chain R. Tempo até o transplante e sobrevida em pacientes com insuficiência renal crônica no Estado do Rio de Janeiro 1998-2002. Cadernos de Saúde Pública 2007; 23(X): p.105-113.

Cunqueiro JMG, Cortés MJG, Foronda J, Borrego JF, Perales MCS, Barrio PP et al. Calidad de vida relacionada com la salud em pacientes ancianos em hemodiálisis. Nefrologia 2003; 23(6): 528-537.

Davidson, AM. Renal disease in the elderly. Nephron 1998; 80(1): 6-16.

Dekker FW. Quality of life in dialysis patients. 4º annual conference of the international society for quality of life research. Qual of life Newsletter 1997; 18: p.5.

Diniz DP & Schor N. Guia de Qualidade de Vida. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar. UNIFESP/ Escola Paulista de Medicina: Nefrologia. 2. ed. Barueri: Manole; 2005.

Draibe SA, Ajzen H. Insuficiência renal crônica. In: Ajzen H, Schor N. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar. UNIFESP/Escola Paulista de Medicina: Nefrologia. 2. ed. Barueri: Manole; 2005. Cap. 15, p.183-196.

Drayer RA, Piraino B, Reynolds CF, Houck PR, Mazumdar S, Bernardini J et al. Characteristics of depression in hemodialysis patients: symptoms, quality of life and mortality risk. General Hospital Psychiatry 2006; 28: 306-312.

Duarte PS. Tradução, adaptação cultural e validação do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos em programa dialítico – Kidney Disease and Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF™ 1.3). [dissertação]. São Paulo. Escola Paulista de Medicina. UNIFESP; 2003.

Duarte PS, Miyazaki MC, Ciconelli RM, Sesso R. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SF™). *Rev Assoc Med Bras* 2003; 49 (4): 375-381.

Duarte PS, Ciconelli RM, Sesso R. Cultural adaptation and validation of “Kidney Disease and Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF™ 1.3)” in Brazil. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* 2005; 38: 261-270.

Elgueta LS, Manálich JM, Saffle AI. Hemodialysis crônica: Programa de avaliação de La calidad de vida em pacientes mayores de 60 anos. *Rev Med Chile* 1994; 122:679 - 685.

Euroqol Group. A new facility for the measurement of Health Related Quality of Life. *Health Policy* 1990; 16(3):199-208.

Farquhar M. Elderly people’s definitions of quality of life. *Soc. Sci Med* 1995; 41(10): p. 1439-1446.

Firmo JOA, Barreto SM, Lima-Costa MFF. Projeto Bambuí (BHAS): Fatores associados ao tratamento da hipertensão arterial entre idosos na comunidade. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19(3): p.817-817.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L & Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21 (1): 19-28.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L & Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista Saúde Pública* 2000; 34 (2): 178-83.

Fukuhara S, Lopes AA, Bragg-Gresham JL, Kurokawa K, Mapes DL, Akizawa T et al. Health-related quality of life among dialysis patients on three continents: The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study *Kidney International* 2003; 64: p. 1903–1910.

Green J, Fukuhara S, Shinzato TY, Miura S, Wada RD, Hays RT et al. Translation, cultural adaptation, and initial reliability and multitrait testing of the Kidney Disease Quality of Life Instrument for use in Japan. *Quality of Life Research* 2001; 10: 93-100.

Harris SAC, Lamping DL, Brown EA, ConstantinovicI N. Clinical Outcomes and Quality of life in elderly on peritoneal dialysis versus hemodialysis. *Peritoneal Dialysis International* 2002; 22: p.463-470.

Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Amin N & Carter WB Development of the Kidney Disease Quality of Life (KDQOL™) Instrument. *Quality of Life Research* 1994; (3): 329-338.

Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Amin N & Carter WB. *Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™) version 1.3: A Manual for Use and Scoring* 1995. Santa Monica, CA: RAND, P-7994.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Perfil demográfico dos idosos brasileiros. Rio de Janeiro. Brasil. 2002. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

[//www.ibge.gov.br/home/estatística/população/perfilidoso/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/perfilidoso/default.shtm)> Acesso em: 2 Jun. 2007.

Khan IH. Comorbidity: the major challenge for survival and quality of life in end renal disease. *Nephrol Dial Transplant* 1998; 13 (Suppl 1): 76 – 9.

Korean JC, Markus MP, Jansen MAM, Dekker FW, Boeschoten EW & Krediet RT. Validation of the KDQOL-SFTM: A Dialysis-targeted health measure. *Quality of Life Research* 2002; 11: 437-447.

Kusumota L. Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes em Hemodiálise [Tese]. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem da USP; 2005.

Kusumota L, Rodrigues RAP, Marques S. Idosos com Insuficiência Renal Crônica: Alterações no Estado de Saúde. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004; 12(3): 525-532.

Kutner NG. & Jassal SV. Quality of Life and Rehabilitation of elderly dialysis patients. *Seminaries in dialysis* 2002; 15(2): p. 107-112.

Kutner NG, Zhang R, Brogan D. Race, Gender, and Incident Dialysis Patients' Reported Health Status and Quality of Life. *J Am Soc Nephrol* 2005; 16: 1440–1448.

Kutner, NG, Zhang R, Huang Y, Bliwise DL. Association of Sleep Difficulty with Kidney Disease Quality of Life Cognitive Function Score Reported by Patients Who Recently Started Dialysis. *Clin J Am Soc Nephrol* 2007; 2: 284–289.

Kutner, NG. Promoting functioning and well- being in older CKD patients: review of recent evidence. *Int urol Nephrol* 2008; 40: 1151-1158.

Lamping DL, Constantinovici N, Roderick P, Normand C, Henderson L, Harris S et al. Clinical outcomes, quality of life, and costs in the North Thames Dialysis study of elderly people on dialysis: a prospective cohort study. *The Lancet* 2000; 356: 1543- 1550.

Lazarus JM & Brenner BM. Chronic renal failure. In: Harrison TR et al. *Harrison's principles of internal medicine*. 15. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2002. p. 1513-1520.

Lee AJ, Morganli, Conway CP, Currie CJ. Characterization and Comparison of health-related quality of life for patients with renal failure. *Current medical research and opinions* 2005; 21 (11): 1777- 1783.

Lessa, I. Doenças crônicas não transmissíveis. In: Lessa, I. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis*. Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco; 1998. p. 15-27.

Loos C, Briançon S, Frimat L, Hanesse B, & Kessler M. Efeito of End-Stage Renal Disease on the Quality of Life of Older Patients. *JAGS* 2003; 51 (2): 229-233.

Lopes AA, Batista PBP, Costa FA, Nery MM, Lopes GB. Número de anos em tratamento dialítico crônico e risco de morte em pacientes com e sem diabetes melitos. *Rev Assoc Med Bras* 2003; 49(3): 266-9

Lopes AA, Bragg-Gresham JL, Goodkin DA, Fukuhara S, Mapes DL, Young EW et al. Factors associated with health-related quality of life among hemodialysis patients in the DOPPS. *Quality Life Research* 2007; 16: 545-557.

Lopes GB, Martins MTA, Matos CM, Amorim JA, Leite EB, Miranda EV, Lopes AA. Comparações de medidas de qualidade de vida entre mulheres e homens em hemodiálise. *Rev Assoc Med Bras* 2007; 53(6): 506-9.

López FG & Rotaecche RS. Placing the elderly undergoing hemodialysis in the spotlight. *Nefrología* 2008; 28 (1): p.30-31.

Manns B, Jonhson JA, Taub K, Mortis G, Ghali WA, Donaldson C. Quality of Life in patients treated with hemodialysis or peritoneal dialysis: what are the important determinants? *Clinical Nephrology* 2003; 60 (5): 341- 351.

Mapes DL, Lopes AA, Satayathum S, Mccullough KP, Goodkin DA, Locatelli F et al. Health-related quality of life as a predictor of mortality and hospitalization: The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Kidney International* 2003; 64: 339–349.

Martins MR I & Cesarino CB. Qualidade de Vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodiálico. *Rev Latino-Americana de Enfermagem* 2005; 13(5): 670-6.

Martín-Díaz F, Reig-Ferrer A, Ferrer-Cascales R. Función sexual y calidad de vida en pacientes varones de hemodiálisis. *Nefrología* 2006; 26(4): 452-459.

Menon MK, Naimark DM, Bargman JM, Vas SI & Oreopoulos DG. Long-term blood pressure control in a cohort of peritoneal dialysis patients and its association with residual renal function. *Nephrol Dial Transplant* 2001; 16: 2207–2213.

Merkus MP, Jaker KJ, Dekker FW, Boeschoten EW. Quality of life in patients on chronic dialysis: self assessment 3 months after the start of treatment. *Am J Kidney Dis* 1997; 29:584 – 92.

Minayo MCC, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000; 5(1): p.7-18.

Mingardi G, Cornalba L, Cortonovis E, Ruggiata R, Mosconi P & Apolone G. Health-related quality of life in dialysis patients. A report from Italian study using the SF-36 Health Survey. *Nephrol Dial Transplant* 1999; 14: 1503-1510.

Mittal S, Ahern L, Flaster E, Maesaka JK, Fishbane S. Self-assessed physical and mental function of hemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2001; 16: 1387-1394.

Molsted S, Prescott L, Heaf J, Eidemak I. Reliability testing of the Danish version of the Kidney Disease Quality of Life Short Form™. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology* 2005; 39: 498-502.

Molsted S, Prescott L, Heaf J, Eidemak I. Assessment and Clinical Aspects of Health-Related Quality of Life in Dialysis Patients and Patients with Chronic Kidney Disease. *Nephron Clin Pract* 2007; 106: c-24-c333.

- Moreno F, Lopez-Gomes JM, Sanz-Guajardo D, Jofre R, Valderrabano F. Quality of Life in dialysis patients. A Spanish multicentre study. *Nephrology Dialysis Transplantation* 1996. Supl 2: 125-129.
- Munikrishnappa, D. Chronic kidney disease (CKD) in the elderly: a geriatrician's perspective. *The Aging Male* 2007; 10(3): 113–137.
- Neri, AL. Qualidade de vida na idade madura. Campinas: Papirus; 1993. p. 10.
- Nussenzvelg I. Envelhecimento Renal. In: Carvalho-Filho ET & Netto MP. *Geriatrics Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. São Paulo: Atheneu; 1994. p. 221 a 225.
- Oreopoulos DG. Dialyzing the elderly: benefit or burden? *Nefrologia* 1997; 17(Supl. 3): p.1-8.
- Orlandi, FS. O Idoso renal crônico em hemodiálise: a severidade da doença e sua relação com a Qualidade de Vida. *J Bras Nefrol* 2008; 30(4): 245-50
- Otero-Raviña F, Rodríguez-Martínez M, Gude F, González-Juanatey JR, Valdés F, Sánchez-Guisande D. Renal transplantation in the elderly: does patient age determine the results? *Age and Ageing* 2005; 34: 583–587.
- Passos VMA, Barreto SM, Lima-Costa MFF. Detection of renal dysfunction based on serum creatinine levels in a Brazilian community. The Bambuí Health and Ageing Study. *Braz J Med Biol Res* 2003; 36: 393-401.
- Pereira AB, Santos BFC. Avaliação da Função Renal. In: Ajzen H & Cor N. *Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP- Escola Paulista de Medicina: Nefrologia*. 2a ed. Barueri, SP: Manole; 2005. Cap. 3, p.19-23.
- Pereira LC. Qualidade de vida relacionada à saúde em paciente transplantado renal. *J Bras Nefrol* 2003; 25(1): p.10-6.
- Peres LAB, Matsuo T, Delfino VDA, Peres CPA, Almeida-Netto JH, Ann H K, Camargo MTA et al. Aumento na prevalência de Diabetes Mellito como causa de insuficiência renal crônica dialítica: Análise de 20 anos na Região Oeste do Paraná. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia* 2007; 51(1): 111-115.
- Pestana JOM, Silva-Filho AP, Melaragno CS. Transplante Renal. In: Ajzen H & Schor N. *Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP- Escola Paulista de Medicina: Nefrologia*. 2. ed. Barueri, SP: Manole; 2005. Cap. 23, p. 301-311.
- Pestana MH, Gageiro JN. Análise de dados para as Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS. Lisboa. 4. ed. Edições Silabo Ltda. 2005 p. 179.
- Pires AJ. Doença renal Crônica. In: Freitas, EV et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2a ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan; 2006.p. 737-745.
- Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Revista de Saúde Pública* 1987; 21 (3): 211-224.

- Ramos, LR. Epidemiologia do envelhecimento. In: Freitas, EV et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 72-8.
- Ravagnani LMB, Domingos NAM, Miyazaki MCOS. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. Estudos de Psicologia 2007; 12(2): 177-184.
- Rebollo P, Ortega F, Baltar JM, Diaz-Corte C, Navascués RA, Naves M et al. Health-Related Quality of Life (HRQOL) in End Stage Renal Disease (ESRD) patients over 65 years. Geriatric Nephrology and Urology 1998; 8: 85-94.
- Rebollo P, Gonzáles MP, Bobes J, Saiz P, Ortega F. Interpretación de los resultados de La calidad de vida relacionada com La salud de pacientes em terapia substitutiva de La insuficiência renal terminal. Nefrología 2000; 22 (5):431-439.
- Rebollo, P, Ortega F, Altar JM, Alvarez-Due F, Navacues RA, Olivarez-Grande J. Is the loss of health-related quality of life during renal replacement therapy lower in elderly patients than in Young patients? Nephrol Dial Transplant 2001; 16: 1675-1680.
- Riella MC. Insuficiência renal crônica. Fisiopatologia da uremia. In. Riella, MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 456-475.
- Rogers S, Omilian J, Holcom J, Long Y. Octogenarians on dialysis: Lessons in longevity and quality of life. Nephrology News & Issus 2008: 32 – 37.
- Rocco DG, Mercieri A, Yavuzer G. Multidimensional health-status assessment of chronic hemodialysis pacientes: the impact on quality of life. Europa Medicophysica 2006; 42: 113-119.
- Rodrigues - Neto JF. Qualidade de Vida de pacientes com insuficiência renal crônica terminal em início de tratamento dialítico [Dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina da UNIFESP; 1998.
- Rodrigues JG. Manual de elaboração de referências bibliográficas: normas de Vancouver. 2004. Disponível em: <http://www.bibmanguinhos.cict.fiocruz.br/vancouver.htm> Acesso em: 19 de maio 2009.
- Romão Júnior JE, Haiashi ARM, Vidonho-Júnior AF, Abensur H, Quintaes PSL, Araújo MRT et al. Causas e prognóstico da insuficiência renal aguda hospitalar em pacientes idosos. Rev Ass Med Brasileira 2000; 46(3): 212-7.
- Romão Júnior JE, Pinto SWL, Canziani ME, Praxedes JN, Santello JL, Moreira JCM. Censo SBN 2002: informações epidemiológicas das unidades de diálise do Brasil. J Bras Nefrol 2003; 25(4): 188-99.
- Romão Júnior JE. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. J Bras Nefrol 2004; 26(3 Supl1): 1- 3.
- Santos, PR. Relação do sexo e idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. Rev Assoc Med Bras 2006; 52(5): 356-9.

- Sesso RC & Yoshihiro, MM. Time of diagnosis or renal failure and assessment of quality of life in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 1997; 12: 2111-2116.
- Sesso RC, Rodrigues - Neto JF, Ferraz MB. Impact of socioeconomic status on quality of life of ESDR patients. *Am J Kidney Disease* 2003; 41(1); 186-95.
- Sesso, RC. Epidemiologia da Insuficiência Renal Crônica no Brasil. In: Ajzen H & Schor N. *Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP/ Escola Paulista de Medicina: Nefrologia*. 2a ed. Barueri: Manole; 2005. Cap.1, p.1-7.
- Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Bevilacqua JL, Romão- Júnior JE, Lugon J. Relatório do Censo Brasileiro de Diálise. *J Bras Nefrol* 2008; 30(4): 233-8.
- Stein G, Funfstuck R Schiel R. Diabetes Mellitus and Dialysis. *Minerva Urol Nefrol* 2004; 56(3): 289-303.
- Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). Disponível em: < <http://www.sbn.org.br/>> Acesso em: 15 de jun. de 2007.
- Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). Diretrizes em Transplante Renal. Disponível em <<http://www.sbn.org.br/diretrizes/tx.htm>> Acesso em: 24 de out. 2007.
- Souza FF. Avaliação da qualidade de vida do idoso em hemodiálise: comparação de dois instrumentos genéricos [Dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, 2004.
- Souza FF, Cintra FG, Galliani MCBJ. Qualidade de vida e severidade da doença em idosos renais crônicos. *Rev Bras Enferm* 2005; 58(5): 540-4.
- Terra FS. Avaliação da Qualidade de vida do paciente renal crônico submetido à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico de uso diário [Dissertação]: Alfenas; UNIFENAS; 2007.
- The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (WHOQOL). In: Orley J & Kuyken W. *Quality of life assessment international perspectives*. Heigelberg: Springer Verlag 1994. 41-60.
- Tyrrel J, Paturel L, Cadec B, Capezzali E & Possin G. Older patients undergoing dialysis treatment: Cognitive functioning, depressive mood and health-related quality of life. *Aging & Mental Health* 2005; 9(4): 374-379.
- United State Renal Data System (USRDS) 200. Annual Data Report. National Institutes of Health. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Disponível em: < <http://www.usrds.org>> Acesso em 23/06/2008.
- Unruh ML, Newman MPH, Larive B, Dew MA, Miskulin DC, Greene T et al. The Influence of Age on Changes in Health-Related Quality of Life over Three Years in a Cohort Undergoing Hemodialysis. *Jags* 2008; 56(9):1608-1617.
- Valderrábano F, Jofre R, López-Gomes JM. Quality of Life in End-Stage Renal Disease Patients. *American Journal of Kidney Diseases* 2001; 38 (3): p. 443-464.

Vázquez I, Valderrábano F, Fort J, Jofré R, López-Gómez JM, Moreno F, Sanz-Guajardo D. Diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud entre hombres y mujeres en tratamiento en hemodiálisis. *Nefrología* 2004; 24(2): 167-178.

Vázquez I, Valderrábano F, Fort J, Jofré R, López-Gómez JM, Moreno F, Sanz-Guajardo D. Psychosocial factors and health-related quality of life in hemodialysis patients. *Quality life Res* 2005; 14: 179 – 190.

Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Publica Mex* 2002; 44:448-463.

Vidal MR, Salas MC, Escobar JMM. Calidad de vida em pacientes renales hemodializados. *Ciencia y Enfermería* 2005; 11 (2): 47- 57.

Vinaccia S, Orozco LM. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crônicas. *Diversitas* 2005; 1 (2): 125- 137.

Weiner DE. Causes and Consequences of Chronic Kidney Disease: Implications for Managed Health Care. *Journal of Managed Care Pharmacy* 2007; 13(3): 1-9.

Wu AW, Fink NE, Marsh-Manzi JVR, Meyer KKB, Finkelstein FO, Chapman MM & Powe NR. Changes in Quality of Life during Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Treatment: Generic and Disease Specific Measures. *J Am Soc Nephrol* 2004; 15: 743-753.

Zúñiga, C. Cuidados Paliativos en Nefrología. *Rev Méd Chile* 2006; 134: 1592-1593.