

Marielza Regina Ismael Martins

Avaliação da Qualidade de Vida e das
Atividades Cotidianas Comprometidas do
Paciente Renal Crônico em Tratamento
Hemodialítico

São José do Rio Preto

2004

Marielza Regina Ismael Martins

Avaliação da Qualidade de Vida e das
Atividades Cotidianas Comprometidas do
Paciente Renal Crônico em Tratamento
Hemodialítico

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de São José do Rio Preto para
obtenção do título de Mestre no Curso
de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde, Eixo Temático: Medicina e
Ciências Correlatas.

Orientadora: Profa. Dra. Cláudia Bernardi Cesarino

São José do Rio Preto

2004

Martins, Marielza Regina Ismael

Avaliação da Qualidade de Vida e das Atividades Cotidianas
Comprometidas do Paciente Renal Crônico em Tratamento
Hemodialítico / Marielza Regina Ismael Martins

São José do Rio Preto, 2004

100 p.;

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do
Rio Preto – FAMERP

Eixo Temático: Medicina e Ciências Correlatas

Orientadora: Profa. Dra. Cláudia Bernardi Cesarino

1. Qualidade de Vida; 2. Insuficiência Renal Crônica; 3. Atividades
Cotidianas; 4. SF-36.

Agradecimentos Especiais

- ✓ À Profa. Dra. Claudia Bernardi Cesarino, pelo carinho, compreensão e paciência na construção do meu conhecimento, levando-me a acreditar que poderia realizar este trabalho.

Minha gratidão pela maneira tranqüila de conduzir minha orientação sendo um exemplo para mim de dedicação, humildade e competência.

Deus a abençoe.

Agradecimentos

- ✓ Aos pacientes da Unidade de Hemodiálise do Hospital de Base de São José do Rio Preto, por possibilitarem a realização deste trabalho.
- ✓ Aos amigos Dr. Reinaldo e Lina Azoubel pelo incentivo e apoio instigando meu desenvolvimento profissional.
- ✓ As amigas do Serviço de Terapia Ocupacional: Maysa, Adriana e Graziela pelo incentivo durante a execução deste trabalho.
- ✓ À amiga e terapeuta ocupacional Nilza Marques Sartori que com carinho auxiliou-me na coleta de dados.
- ✓ À Pós-Graduação em Ciências da Saúde da FAMERP minha gratidão pela oportunidade.
- ✓ Aos amigos Maria Amélia, Lana, Marcos, Isabel, Martha, Leda, Dr. Sebastião pelas palavras de estímulo e incentivo sempre.
- ✓ As docentes de enfermagem: Rita Helú Ribeiro, Zaida S. Soler, Célia Ramin, Josimerci Ittavo, Vânia Paschoal, Fátima Furlan e Elaine Regonaschi, exemplos na busca de conhecimento na área de enfermagem.

- ✓ Aos funcionários da pós-graduação Rosimeire, José Antonio e Fabiana, pela disposição e auxílio.

- ✓ À Profa. Livia Cais Burdmann pela disponibilidade, compreensão, colaboração e acima de tudo, carinho e amizade.

- ✓ Á Profa. Adília pelo auxílio e amizade sempre.

- ✓ As funcionárias da Faculdade de Enfermagem pela cordialidade.

- ✓ Ao Dr. Tognola, chefe do departamento de Ciências Neurológicas e incansável exemplo na busca de conhecimentos e incentivo aos profissionais da saúde.

- ✓ Aos meus familiares que não pouparam palavras e atitudes de estímulo e apoio.

- ✓ Aos professores Dorotéia, Braile, Maria Cecília, e colegas Maria de Fátima P. Godoy, Renata Accarini, Margareth Dibo e demais colegas e professores da pós-graduação pela amizade, compreensão e apoio.

Epígrafe

A vida que aguçando nossa curiosidade nos leva ao conhecimento;
nos faz solidários; nos torna éticos.

Paulo Freire

Lista de Figuras

Figura 1a.	Diagrama de dispersão relacionando valores correspondentes ao componente físico do questionário SF-36 com o tempo de HD.....	47
Figura 1b.	Diagrama de dispersão relacionando valores correspondentes ao componente mental do questionário SF-36 com o tempo de HD.....	48
Figura 2.	Distribuição das ocorrências de cada atividade comprometida, segundo a categoria de tempo de HD.....	63

Lista de Tabelas e Quadros

Tabela 1.	Características da faixa etária encontrada neste estudo.....	32
Tabela 2.	Número de ocorrências e percentuais calculados para amostra geral em relação a prejuízos sociais após o início da HD.....	35
Tabela 3.	Estatísticas descritivas obtidas para cada domínio relacionado ao questionário SF-36 de qualidade de vida.....	38
Tabela 4.	Estatísticas descritivas obtidas para as variáveis relacionadas ao questionário SF-36 de qualidade de vida – sexo masculino..	44
Tabela 5.	Estatísticas descritivas obtidas para as variáveis relacionadas ao questionário SF-36 de qualidade de vida – sexo feminino....	45
Tabela 6.	Número de ocorrências e percentuais calculados para a amostra geral. Valores apresentados em ordem decrescente..	53
Tabela 7.	Número de ocorrências e percentuais calculados para os pacientes do sexo masculino e feminino.....	59
Tabela 8.	Valores de frequências (n) e percentuais associados a cada categoria de tempo de hemodiálise; número de pacientes com a atividade comprometida (N); e valor p associado ao teste qui-quadrado.....	62
Quadro 1.	Divisão dos domínios do SF-36 em seus dois componentes.....	29

Lista de Abreviaturas e Símbolos

QVRS	- Qualidade de vida relacionada a saúde
IRC	- Insuficiência renal crônica
DRT	- Doença renal terminal
PMP	- Pacientes por milhão de população
TX	- Transplante renal
HD	- Hemodiálise
DPAC	- Diálise peritoneal ambulatorial contínua
DPCC	- Diálise peritoneal cíclica contínua
DPIN	- Diálise peritoneal intermitente noturna
DPI	- Diálise peritoneal intermitente
DPA	- Diálise peritoneal automatizada
OMS	- Organização Mundial de Saúde
TRS	- Terapia renal substitutiva
AC	- Atitudes corporais
AR	- Atitudes recreativas
T	- Trabalho
AD	- Atitudes domésticas
AP	- Atitudes práticas
S	- Sono

H	- Humor
CP	- Cuidado pessoal
CF	- Capacidade funcional
AF	- Aspectos físicos
DF	- Dor física
EGS	- Estado geral de saúde
VT	- Vitalidade
AS	- Aspectos sociais
AE	- Aspectos emocionais
SM	- Saúde mental
CSF	- Componente de saúde física
CSM	- Componente de saúde mental
QV	- Qualidade de vida
ICF	- <i>International Classification of Functioning, Disability and Health</i>
ILO	- <i>International labour office</i>

Os avanços tecnológicos na área de diálise contribuíram para o aumento da sobrevida dos renais crônicos, entretanto, a permanência por tempo indeterminado em tratamento dialítico pode interferir na qualidade de vida destes pacientes. Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise e identificar as atividades cotidianas, que podem comprometer na qualidade de vida. Trata-se de estudo descritivo e exploratório, onde foram pesquisados 125 pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise (74 homens e 51 mulheres), com média de idade $53,1 \pm 14,6$ anos, tempo médio de hemodiálise de $28,5 \pm 23$ meses. Utilizou como instrumentos de coleta de dados o questionário genérico de qualidade de vida SF-36 e a entrevista semi-estruturada. Os dados foram submetidos a análise estatística descritiva, o teste qui-quadrado, o coeficiente de correlação de Pearson e o teste de comparação de proporções, efetuados ao nível de 5% de significância. Os resultados constataram prejuízo na qualidade de vida dos pacientes, demonstrando menores escores nos domínios dos aspectos físicos ($32,3 \pm 11,3$), aspectos emocionais ($46,1 \pm 16,3$) e vitalidade ($48,7 \pm 7,3$). As variáveis de qualidade de vida em relação ao sexo não apresentou diferença significativa. Verificou-se correlação negativa entre tempo de hemodiálise e componente físico ($r = -0,75$, $p < 0,001$), indicando que quanto maior o tempo de hemodiálise mais baixos são os valores encontrados deste componente e não houve correlação significativa entre tempo de hemodiálise e componente mental ($r = -0,29$). As atividades corporais e recreativas foram as mais comprometidas tanto na amostra global quanto na estratificada por sexo.

Observou-se correlação negativa entre tempo de hemodiálise e as atividades cotidianas: trabalho ($p=0,0014$), atividades domésticas ($p= 0,0014$) e atividades práticas ($0,0459$). Os dados evidenciaram o comprometimento em vários domínios analisados da qualidade de vida dos renais crônicos em hemodiálise e identificaram que as atividades cotidianas corporais e recreativas foram as mais afetadas. Os resultados permitiram concluir: que não houve evidências de diferença estatisticamente significantes da qualidade de vida em relação ao sexo; houve diferença estatisticamente significativa quanto as atividades cotidianas; o tempo de hemodiálise correlacionado com a qualidade de vida e atividades cotidianas apresentou correlação negativa no componente físico e nas atividades do trabalho, domestica e prática respectivamente Estes valores são importantes fatores preditivos para a melhora dos parâmetros de qualidade de vida destes pacientes.

Palavras-Chave: 1. Qualidade de Vida; 2. Insuficiência Renal Crônica;
3. Atividades Cotidianas; 4. SF-36.

Technological improvements in dialysis have contributed for the increased survival of chronic renal patients, however, undergoing dialysis treatment for an indeterminate time might interfere in the quality of life of these patients. This study was aimed at evaluating the quality of life of chronic renal patients undergoing hemodialysis and identifying the activities that might have a negative impact on their quality of life. This is a descriptive and exploratory study, including 125 chronic renal patients undergoing hemodialysis (74 men and 51 women), mean age 53.1 ± 14.6 years, mean time on hemodialysis 28.5 ± 23 months. The generic SF-36 quality of life questionnaire and a semi-structured interview were used as data collection instruments. Data was subject to a descriptive statistical analysis, the chi-squared test, Pearson's correlation coefficient and the proportion comparison test, with a significance level of 5%. The results showed impaired quality of life of the patients, with lower scores for physical aspects dimensions (32.3 ± 11.3), emotional aspects (46.1 ± 16.3) and vitality (48.7 ± 7.3). Quality of life variables regarding genders did not have a significant difference. There was a negative correlation between time on hemodialysis and physical component ($r = -0.75$, $p < 0.001$), indicating that the longer the time on hemodialysis the lower are the scores found for this component and there was no significant correlation between time on hemodialysis and mental component ($r = -0.29$). Physical and recreational activities were the most affected in the global sample and in the sample stratified by gender. There was a negative correlation between time on

hemodialysis and daily activities: work ($p=0.0014$), domestic activities ($p=0.0014$) and practical activities (0.0459). Data have shown impairment in several of the analyzed quality of life aspects in chronic renal patients undergoing hemodialysis and have pointed out that daily physical and recreational activities were the most affected ones. Our results have allowed the conclusion that there were no evidences of statistically significant differences in quality of life compared to gender; time on hemodialysis correlated with quality of life and daily activities had a negative correlation with physical component and work, domestic and practical activities. These results are important predictive factors to improve quality of life parameters in these patients.

Keywords: 1. Quality of Life; 2. Chronic Renal Failure; 3. Daily Acativities;
4. SF-36 Questionnaire.

Sumário

Dedicatória.....	i
Agradecimentos Especiais.....	ii
Agradecimentos	iii
Epígrafe	v
Lista de Figuras.....	vi
Lista de Tabelas.....	vii
Lista de Abreviaturas e Símbolos.....	viii
Resumo.....	x
Abstract.....	xii
1. Introdução	01
1.1. Fisiopatologia e tratamento da Insuficiência Renal Crônica.....	05
1.2. Qualidade de vida do paciente renal crônico	10
1.3. Instrumentos de Avaliação da qualidade de vida	16
1.4. Atividades cotidianas x qualidade de vida do renal crônico em HP 19	
1.5. Objetivos	22
2. Casuística e Método	23
2.1. Tipo de estudo	24
2.2. Local.....	24
2.3. População e composição da amostra	25
2.4. Abordagem ética	26
2.5. Coleta de dados	27
2.6. Análise dos dados	30

3. Resultados e Discussão.....	31
3.1. Características dos sujeitos do estudo.....	32
3.2. Análise das variáveis de qualidade de vida.....	37
3.3. Qualidade de vida com reação ao sexo	44
3.4. Qualidade de vida com relação ao tempo de hemodiálise	46
3.5. Atividades cotidianas comprometidas	51
3.6. Atividades cotidianas comprometidas com relação ao sexo e ao tempo de hemodiálise	59
4. Conclusões.....	68
5. Referências Bibliográficas	70
6. Apêndice.....	89
7. Anexo.....	92

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

O impacto biopsicossocial de uma doença crônica sobre o paciente renal é determinado por diversos fatores, que repercutem em aspectos físicos, sociais e econômicos.^(1,2)

Um dos mais importantes avanços médicos observados nas décadas passadas refere-se ao aprimoramento da assistência dialítica oferecida a pacientes com insuficiência renal crônica, que culminou em um número progressivamente crescente de pacientes submetidos a estes procedimentos.⁽³⁾

Os avanços tecnológico e terapêutico na área de diálise contribuíram para o aumento da sobrevida dos renais crônicos, sem no entanto possibilitarem-lhes o retorno á vida em termos qualitativos.^(4,5)

Se por um lado há o aumento da expectativa de vida destes pacientes, por outro a saúde plena não é restaurada e, a qualidade de vida tem se mostrado afetada e por vezes, até muito comprometida.⁽⁶⁾

Nos últimos anos, a qualidade de vida tem sido cada vez mais debatida dentro do setor como saúde, campo de prática e racionalidade de incorporação tecnológica.⁽⁷⁾

A extensão e a complexidade dos problemas inerentes á vivência da cronicidade da doença estimulam muitos autores a analisar o impacto desta condição na qualidade de vida dos referidos doentes.⁽⁸⁾

As doenças crônicas têm recebido maior atenção dos profissionais de saúde nas últimas décadas, pelo importante papel desempenhado na morbimortalidade da população mundial, não sendo apenas privilégio da

população mais idosa, já que também atinge os jovens em idade produtiva.⁽⁹⁾

Segundo o Ministério da Saúde desde a década de 40, o Brasil vem passando por um processo de inversão das curvas de mortalidade por doenças infecciosas e concomitante aumento na mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis e causas externas. Dentre estas doenças está a Insuficiência renal crônica (IRC), sendo considerada uma condição com problemas médicos, sociais e econômicos devastadores em todo mundo.^(9,10)

A doença renal é considerada um grande problema de saúde pública, porque causa elevadas taxas de morbidade e mortalidade, e, além disso, tem um impacto negativo sobre a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS).⁽¹¹⁾

A QVRS é um tipo de resultado relatado pelo paciente por meio de uma avaliação subjetiva de seus sintomas, satisfação e adesão ao tratamento.⁽¹²⁾

Durante a última década, um dos maiores desenvolvimentos no campo da saúde tem sido o reconhecimento da importância do ponto de vista do paciente em relação a sua doença, bem como a monitorização da qualidade das medidas empregadas. Isto é verificado não apenas medindo a qualidade do serviço médico prestado, mas também, restaurando a função e prevenindo a incapacidade.⁽¹³⁻¹⁵⁾

As projeções previam que nos primeiros anos haveria um grande afluxo de pacientes aos programas de diálise, mas isto tenderia a uma estabilização resultante do equilíbrio entre o ingresso de novos pacientes e o número de óbitos. Se a incidência e a mortalidade fossem conhecidas e estáveis, então seria possível estimar a prevalência em um determinado período de tempo. Isto

não ocorreu e, até o início dos anos 90 confirmou-se à tendência mundial de crescimento de pessoas mantidas sob tratamento substitutivo da função renal.^(10,16)

Este número de pacientes que dependem de tecnologia avançada para sobreviver apresentam limitações nos seu cotidiano, e vivenciam inúmeras perdas e mudanças biopsicossociais tais como perda da saúde, do emprego além de alterações físicas como na imagem corporal, restrições dietéticas e hídricas, associadas ao tratamento, que interferem na sua qualidade de vida.⁽¹⁷⁻²⁰⁾

A qualidade de vida foi introduzida na área da saúde através de três fatores. O primeiro foi o grande progresso tecnológico observado na medicina nas últimas décadas, salvando e prolongando a vida,^(21,22) o segundo fator foi à mudança no panorama epidemiológico das doenças, onde o perfil dominante passou a ser o das doenças crônicas e um terceiro fator, mais teórico e ideológico diz respeito a uma crítica ao modelo hegemônico na assistência a saúde, em que o ser humano é visto como organismo biológico que deve ser reparado, e não como um agente social.^(23,24)

Os objetivos dos cuidados de saúde consistem em melhorar a qualidade de vida do paciente provendo os meios necessários para o enfrentamento das limitações e incapacidades decorrentes da cronicidade dos problemas de saúde.^(8,22)

Desta forma, a qualidade de vida tem se tornado um importante critério na avaliação da efetividade de tratamentos e intervenções na área da saúde. Tem sido utilizada para avaliar o impacto das doenças crônicas no cotidiano das

pessoas.⁽²³⁾

A qualidade de vida é avaliada por meio dos seguintes indicadores de funcionamento: aspectos físicos, aspectos sociais, estado emocional e mental, a repercussão de sintomas e da percepção individual de bem estar.^(8,9)

A QVRS é um conceito que guarda um estreito vínculo com os avanços da medicina quando se considera que viver não é somente uma questão de sobrevivência, mas viver com alguma qualidade.⁽²⁵⁾

Há um consenso de que os efeitos dos tratamentos devem ser medidos não apenas em termos de quantidade de sobrevivência, mas também em relação à qualidade de vida.⁽²⁶⁾

Assim, a expressão “qualidade de vida relacionada à saúde” passou a ser cunhada como esforço coletivo de se ampliar a concepção de saúde, buscando valorizar a percepção do paciente e racionalizar a utilização de tecnologia.⁽²⁷⁾

1.1. Fisiopatologia e tratamento da Insuficiência Renal Crônica

A insuficiência renal crônica (IRC) refere-se a um diagnóstico sindrômico de perda progressiva e geralmente irreversível da função renal de depuração, ou seja, da filtração glomerular.⁽²⁸⁾

Esta doença apresenta múltiplas e sérias alterações clinico-laboratoriais resultando na síndrome urêmica, que refere-se a um complexo de sinais e sintomas provocados por anormalidades fisiológicas e bioquímicas, que ocorrem na insuficiência renal grave e que devem ser prontamente corrigidas, tornando-se necessária à terapia renal substitutiva para a sobrevivência do paciente.^(28,29)

Ao se referir ao estágio mais avançado da insuficiência renal crônica (perda de mais de 90% da função renal) usa-se o termo doença renal terminal (DRT), e diversas doenças podem levar a DRT, sendo entre elas a hipertensão arterial, glomerulopatias, diabetes mellitus e causas idiopáticas.⁽¹⁶⁾

A incidência da doença renal terminal têm aumentado em todo mundo devido ao envelhecimento da população, a melhora qualitativa da disponibilidade de métodos de substituição renal, à adequação da diálise e aperfeiçoamento dos equipamentos.⁽¹⁶⁾ Desta forma é relevante destacar a tendência mundial de crescimento de pessoas mantidas sob tratamento substitutivo de função renal.

Portanto, a demanda por suporte dialítico continuará em crescimento por tempo ainda não previsível, projetando altos custos financeiros e, baixas ofertas de tratamento em muitas regiões do mundo, principalmente nos países de terceiro mundo, havendo regiões pobres da Ásia e África Central onde nem há disponibilidade regular de suporte dialítico.^(10,30-32)

Quanto à prevalência da DRT, ela se apresenta de forma muito variada no mundo, que vai desde países da Europa com média de 158 pmp (pacientes por milhão da população), e, Oceania com média de 200 pmp, até países da Ásia apresentando médias de 996 pmp.⁽¹⁰⁾

Há também uma variação de prevalência das causas da doença renal. Enquanto a nefropatia diabética é a causa mais freqüente nos Estados Unidos e Canadá, na Europa e Japão predomina a glomerulonefrite crônica. Entretanto em todos os países a nefrosclerose hipertensiva está em ascensão.^(10,33) Em todo o mundo, cerca de 500.000 pacientes/ano desenvolvem a IRC.⁽³⁴⁾

A doença renal terminal é uma condição crônica que está presente em todos os níveis sócio-econômicos e culturais e, no Brasil a prevalência no período de 1997 a 2000, da doença renal em terapia renal substitutiva, considerando todos os centros de diálise, foi de 524 pmp, sendo que a região norte apresentou menor prevalência e, a sul e sudeste as maiores prevalências.^(3,16,35)

Quanto à incidência da doença renal em terapia renal substitutiva foi de 104pmp/ano, baseando-se em dados de 1999, sendo que as regiões sul e sudeste apresentaram as maiores incidências.⁽¹⁶⁾

Os tratamentos disponíveis na insuficiência renal crônica são: o transplante renal (TX), a hemodiálise (HD), a diálise peritoneal, cujas modalidades são a diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD ou DPAC), diálise peritoneal cíclica contínua (CCPD ou DPCC), diálise peritoneal intermitente noturna (NIPD ou DPIN), diálise peritoneal intermitente (IPD ou DPI), diálise peritoneal tidal (não rotineiramente realizado em nosso meio por ser caro).^(28,36-38)

No Brasil atualmente existem 54.523 pacientes em terapia renal substitutiva, sendo 351 em DPI (diálise peritoneal intermitente), 1570 em DPA (diálise peritoneal automatizada), 3.728 em DPAC (diálise peritoneal ambulatorial contínua), e 48.874 pacientes em hemodiálise (HD).⁽³⁹⁾

Tais métodos tem sido utilizados extensivamente para o tratamento da IRC, modificando a história natural da uremia e, permitindo o desenvolvimento e utilização do transplante renal.⁽²⁸⁾

Dentre os métodos existentes para o tratamento da insuficiência renal

crônica terminal, o transplante renal é considerado ideal por ser o mais adequado e de menor custo operacional. Entretanto, a dificuldade para obtenção de rins para sua viabilização e o número reduzido de centros transplantadores ativos e capacitados para realizá-lo fazem com que os pacientes se submetam ao tratamento dialítico para manutenção de sua vida.⁽⁴⁰⁾

Atualmente o principal esquema dialítico como terapia substitutiva da função renal é a hemodiálise (HD), com prescrição de três sessões semanais de quatro horas por sessão.⁽⁴¹⁾

Esta modalidade de tratamento consiste em um sistema de circulação extracorpórea sendo o sangue removido por uma via de acesso (fístula artério-venosa ou cateter venoso) que percorre equipos transparentes de material sintético até um capilar (rim artificial). Este possui uma membrana semipermeável a qual separa o sangue e o líquido de diálise (dialisato) permitindo trocas por difusão através de pressão osmótica e, ultrafiltração através de pressão hidrostática. As sessões de HD normalmente têm duração de 4 horas e são realizadas três vezes por semana em uma unidade específica.⁽²⁸⁾

Os primeiros relatos a respeito da hemodiálise datam de 1969, mas somente a partir da década de 80 tal modalidade recebeu maior atenção que propôs diferentes métodos para reduzir o tempo de diálise, sendo duas as técnicas utilizadas preferencialmente: a HD intermitente (convencional) e a HD de alta eficiência e de alto fluxo.^(41,42)

A prescrição e o início deste tratamento ameaçam a integridade das

peças e, levam com freqüência a respostas como: depressão, negação, mudanças da auto imagem, aumento de um comportamento passivo e dependente, limitações físicas e emocionais, prejuízos na demanda ocupacional e comorbidades.⁽⁴³⁻⁴⁶⁾

O processo de adaptação deste indivíduo em tratamento com HD é um movimento cíclico de adequações e readaptações. Estas decorrem da inconstância do quadro clínico, todavia o comportamento frente a estas adaptações não se relaciona com a doença, mas com características da personalidade da pessoa. O convívio necessário com a tecnologia e subjetividades traduzem um conjunto de características psicopatológicas, e a reação de cada indivíduo é inerente ao modo como ele aprendeu a enfrentar as situações críticas de sua vida.^(20,47)

Geralmente, os autores utilizam métodos identificadores dos aspectos subjetivos da vida cotidiana do indivíduo, mas que refletem sua qualidade de vida.⁽⁴⁸⁾

Atualmente as possibilidades de sobrevivência oferecidas pela hemodiálise são altamente elevadas, havendo pacientes em programa de hemodiálise há mais de quinze anos.^(49,50)

Desta forma, a hemodiálise pode prolongar a vida, porém não controla completamente as alterações, não cessa a evolução natural da doença e, em longo prazo produz resultados inconstantes e imprevisíveis, podendo também ocasionar complicações obrigando os pacientes a se submeter procedimentos médico-hospitalares freqüentes, além de levá-los a conviver com profissionais especializados num ambiente muitas vezes estranho e hostil.⁽⁵¹⁾

A IRC então, não apenas debilita o organismo, como também, as alterações físicas associadas ao tratamento hemodialítico constituem-se fatores limitantes das atividades da vida diária e da vida prática.⁽⁴⁸⁾

1.2. Qualidade de vida do paciente renal crônico

A IRC representa um obstáculo para a independência, a auto estima, a auto imagem corporal favorável e o comprometimento do bem estar físico. Os renais crônicos para controlarem seu bem estar físico enfrentam uma enfermidade debilitante e limitante, necessitando de um grande número de pessoas para lidar com as máquinas de hemodiálise.⁽⁵²⁾

O diagnóstico desta doença crônica marca o fim de um estado de saúde, remetendo o sujeito á passagem ao irreduzível mundo da doença.⁽⁴⁰⁾

Assim, a hemodiálise configura um espaço que, por excelência, determina significação á doença renal crônica, visto que é nesse espaço que a doença se apresenta como fenômeno de deficiência e limitação física e corporal, onde o renal crônico avalia suas condições de vida e suas possibilidades.⁽⁵³⁾

Na IRC e no tratamento hemodialítico deparamos com uma pluralidade de questões próprias, que estabelece uma ruptura marcando um antes e um depois, interferindo na condição de vida destes pacientes, que vivenciam inúmeras perdas e mudanças biopsicossociais, as quais incluem dependência obrigatória de máquinas, de medicações e de profissionais.^(20,54)

Além disto, a hemodiálise provoca uma sucessão de situações para o paciente renal crônico, que compromete não só o físico, como o psicológico, com repercussões pessoais, familiares e sociais.⁽¹⁷⁾

Assim, é muito importante que os profissionais atuantes na área da saúde se conscientizem de que o homem é muito mais do que uma entidade biológica, pois ele possui um mundo interior que não pode ser ignorado, necessitando refletir e mudar sua forma de conceber o doente crônico, valorizando suas experiências, para que possa prestar-lhe uma assistência adequada.

Muito recentemente é que as atenções começaram a se voltar para uma terapêutica que vise à melhora da qualidade de vida do paciente renal crônico, como um fator relevante no cenário da terapêutica renal.⁽⁵⁵⁾

A qualidade de vida é um termo que vem sendo utilizado com muita freqüência na sociedade ocidental nas últimas décadas, embora a busca dos significados deste conceito seja tão antiga quanto a civilização. Diferentes referenciais filosóficos da Antiguidade conceituam o que seja vida com qualidade e tem sido proposto através dos tempos, que, segundo a visão aristotélica referia-se aos sentimentos relacionados à felicidade, realização e plenitude.^(21,56)

Após a 2^a. Guerra Mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) retoma a questão da qualidade de vida conceituando-a como: saúde não sendo apenas a ausência de doença, mas também, um bem estar físico, mental e social. Apenas na década de 60 do século passado, os profissionais de saúde iniciam estudos, abordando o conceito de qualidade de vida voltado ao funcionamento e desempenho do doente no decorrer de suas atividades cotidianas.⁽⁴⁸⁾

Atuais pesquisas têm procurado identificar aspectos subjetivos capazes

de descrever melhor a qualidade de vida e, por esse motivo, há uma tendência dos pesquisadores de se adotar um conceito que abranja também indicador subjetivo que dizem respeito aos aspectos psicológicos e satisfação relacionada ao bem estar em geral.⁽⁵⁷⁾

Dessa maneira, justifica-se o crescente aparecimento de técnicas para se mensurar mais adequadamente a qualidade de vida, conceituada de modo tradicional, até então por poetas e filósofos. A qualidade de vida tem se tornado assim, um critério importante na avaliação da efetividade de tratamento e intervenções na área da saúde. Tem sido utilizada para avaliar o impacto das doenças crônicas no cotidiano das pessoas, assim como para observar pacientes com a mesma clínica, mas que apresentam respostas diferentes ao mesmo tratamento.⁽²⁷⁾

Na literatura alguns autores tentam definir a qualidade de vida, porém sem muito sucesso, pois se trata de um termo de difícil interpretação, podendo ser conceituado como unidimensional ou multidimensional, e durante décadas estudiosos tem sido unânimes em afirmar que o conceito permite várias interpretações e variam de pessoa para pessoa, influenciados principalmente por valores culturais, religiosos e étnicos.^(58,59)

Kimura⁽⁶⁰⁾ relata que o interesse da ciência em buscar informações sobre as repercussões das doenças crônicas na qualidade de vida dos pacientes e a complexidade e extensão da problemática inerente à vivência da cronicidade da doença tem estimulado muitos autores a desenvolver estudos com o objetivo de analisar o impacto desta condição sobre a qualidade de vida das pessoas acometida por doenças crônicas, sob diferentes aspectos.

Ferrans & Powers⁽⁶¹⁾ avaliaram a qualidade de vida de 349 pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico em termos de satisfação e importância, com relação a vários aspectos de suas vidas. Como resultado observaram que não houve diferença significativa entre a qualidade de vida destes pacientes quando comparados á qualidade de vida de pessoas saudáveis. Atribuíram este surpreendente resultado á capacidade dos pacientes em se adaptarem, em longo prazo, aos problemas advindos da doença e do tratamento.

Sesso *et al.*⁽⁶²⁾ reiteram a complexidade da avaliação da qualidade de vida, porque no passado os estudos deram ênfase aos aspectos objetivos relacionados á capacidade para o trabalho e atividade física. e citam que estudos recentes têm procurado avaliar indicadores subjetivos da qualidade de vida; sendo defendido que a qualidade de vida de uma pessoa, é aquela percebida como tal.

Segundo Clapis⁽⁶³⁾ a qualidade de vida depende da perspectiva que se deseja abordar, pois é um conceito multifatorial que envolve a sensação de bem estar e satisfação do individuo, condição física, estado emocional em sua função intelectual, desempenho no trabalho e participação social.

Outros pesquisadores como Martins *et al.*⁽⁸⁾ e Zhan,⁽⁵⁶⁾ concordam com a autora acima e acrescentam que essa dificuldade é complexa porque aspectos como cultura, ética, religião e valores pessoais não apenas influenciam as percepções, como também, determinam o significado percebido de qualidade de vida.

Simmons *et al.*⁽⁶⁴⁾ ao investigarem os indicadores da qualidade de vida de

766 pacientes, em diferentes modalidades terapêuticas (transplante renal, hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua) para doença renal em estágio final, demonstraram, por meio dos resultados obtidos, que estes são bem mais altos nos pacientes transplantados e, ao serem comparadas às duas outras modalidades, os indicadores da qualidade de vida dos pacientes, em programa de diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC), são maiores que os dos pacientes submetidos à hemodiálise.

Não há garantia que a qualidade de vida dos doentes em DPAC seja melhor ou pior em relação à hemodiálise. Cada modalidade terapêutica configura vantagens e desvantagens, assim, outros aspectos além da modalidade terapêutica devem ser considerados importantes: idade, fatores culturais, nível socioeconômico, cardiopatias, estados mórbidos associados à patologia de base e, entre outros, às características do centro de hemodiálise.⁽⁶⁵⁾

Gomes⁽⁵⁵⁾ ao pesquisar a qualidade de vida e os aspectos psicológicos de 30 pacientes em programa de hemodiálise, encontrou que os mesmos têm pouquíssimas atividades significativas fora do tratamento e que a variável “tempo de hemodiálise” é importante na determinação de sua qualidade de vida.

Blake *et al.*⁽⁴⁶⁾ avaliaram 144 pacientes, compreendendo as modalidades de hemodiálise (49 pacientes), diálise peritoneal (35 pacientes) e transplante renal (60 pacientes), e suas descobertas sugeriram, que a reabilitação vocacional nestes pacientes devem considerar a função física e as demandas ocupacionais bem como a comorbidade e alta prevalência de doenças

músculo-esqueléticas, como fatores de prejuízo na função física e causas de desemprego.

Estas questões foram pesquisadas no estudo de Hagren⁽⁶⁶⁾ que relata o estilo de vida e experiências de renais crônicos em três níveis, sendo o primeiro relacionado á doença e ao tratamento, o segundo quanto ao cuidado proporcionado e o terceiro relacionado as experiências de vida de cada pessoa. Os resultados demonstraram que as principais áreas de sofrimento estão relacionadas a pouca liberdade, expressadas pela dependência da máquina de hemodiálise e dos cuidadores.

Para Cianciarullo⁽⁶⁷⁾ a qualidade de vida consiste em um indicador competente dos resultados dos serviços de saúde prestados ao cliente, por ser determinado pelo processo da doença ou agravo em si, bem como pelos procedimentos utilizados para seu tratamento, cuidado e cura.

Este conceito de qualidade que vem sendo aplicado nos serviços de saúde desde 1970, propiciou o desenvolvimento e a instituição de medidas semiquantitativas na avaliação do perfil da saúde, tornando-se assim responsáveis pelas primeiras definições de status de saúde.⁽⁶⁸⁾

A busca por uma melhor qualidade de vida origina de uma constatação de que alcançar um estado de bem estar físico e mental é possível, e que possam resultar em recuperação da autonomia, das atividades de trabalho e lazer, da preservação da esperança e do senso de utilidade destes indivíduos.⁽⁶⁹⁾

1.3. Instrumentos de avaliação da qualidade de vida

Durante a última década, um dos maiores desenvolvimentos no campo da saúde tem sido o reconhecimento da importância do ponto de vista do paciente em relação à sua doença, bem como, a monitoração da qualidade de medidas terapêuticas empregadas.^(13,70)

Diversos instrumentos ou índices têm sido propostos e utilizados com a finalidade de avaliar a qualidade de vida de pacientes com as mais diversas patologias, incluindo as doenças renais.⁽²⁷⁾

Os instrumentos com esta finalidade são denominados Instrumentos de Avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde (“*Health-related Quality of Life Instruments*”)⁽⁷¹⁾ e têm visado ampliar a concepção de saúde, valorizar a opinião do indivíduo e racionalizar o uso de tecnologias.^(72,73)

Suas formas de apresentação são variadas e no campo da Nefrologia eles podem ser usados desde que traduzidos e adaptados culturalmente e, comprovada suas propriedades de medida em nossa população.⁽¹¹⁾

Atualmente existem três tipos de instrumentos: genéricos, específicos e modulares.⁽⁷⁴⁾

1. **Genéricos:** são desenvolvidos com a finalidade de refletir o impacto de uma doença sobre a vida de pacientes em uma ampla variedade de populações. Estes avaliam aspectos relativos à função, disfunção e desconforto físico e emocional. Podem ser divididos em dois modos de avaliação: perfil de saúde, que avaliam o estado de saúde, e medidas de *utility*, que traduzem a preferência do paciente por um determinado estado de saúde.^(73,75)

2. **Específicos:** são capazes de avaliar determinados aspectos da qualidade de vida de forma individual e específica, proporcionando maior capacidade de detecção de melhora ou piora do aspecto específico em estudo. A característica principal destes instrumentos é seu potencial de ser sensível às alterações (*responsiveness*), isto é, a capacidade de detectar alterações depois de determinada intervenção. Podem ser específicos para uma determinada população (jovens, idosos), para uma determinada alteração (dor), ou uma determinada função (capacidade física, sono, função sexual).⁽⁷³⁾
3. **Modulares:** que combinam o aspecto genérico e o específico á doença e que podem ser aplicáveis a diversas doenças e populações. A desvantagem consiste na aplicação de dois questionários,por outro lado tem a vantagem de proporcionar dados que permitem comparações, cruzando doenças e informações específicas relevantes dos pacientes, por exemplo, sobre a IRC e como deve ser o cuidado eles.^(74,76)

A partir da década de 80, as opiniões subjetivas dos pacientes transformaram-se em elementos padronizados de informação, por meio da mensuração dos domínios social, psicológico e físico, os quais compõem as percepções de suas qualidades de vida.⁽⁷⁶⁾

Em uma revisão de literatura sobre instrumentos de qualidade de vida usados em doença renal terminal foram encontrados 53 diferentes instrumentos, sendo 82% genéricos e 18% específicos. Somente 32% definiram qualidade de vida. Os domínios mais freqüentemente avaliados foram depressão (41%), função social (32%), afeto positivo (30%), funcionalidade

(27%).⁽⁷⁷⁾

Desta forma a escolha de um determinado instrumento baseia-se principalmente em sua proposta de estudo. Seus componentes devem ser claros, a população estudada, definida e a doença para qual as medidas foram desenvolvidas, delineadas. O formato do instrumento deve ser simples, de fácil aplicação e compreensão, com tempo de administração apropriado.⁽⁷⁸⁾

A doença e as complicações do tratamento afetam a capacidade funcional e limitam seus estilos de vida, mas freqüentemente não são captadas por medidas clínicas e biológicas convencionais, não tendo assim um tratamento eficaz. A proposta dos instrumentos de qualidade de vida é entender como a doença afeta o dia a dia do paciente.⁽⁷⁹⁾

Estes instrumentos tem sido aplicados no campo da saúde em *screening* e monitoramento de problemas psicossociais no cuidado individual, inquéritos populacionais sobre determinados problemas de saúde, auditoria médica, avaliação de resultados em serviço de saúde, desenvolvimento de pesquisas e análises de custo-benefício.⁽⁷²⁾

Assim, os instrumentos de qualidade de vida refletem as características da doença, que não são capturadas com medidas de avaliação clínica e, são umas das formas compactas de avaliar o impacto total da doença sob a perspectiva do paciente.⁽⁸⁰⁾

1.4. Atividades cotidianas x qualidade de vida do renal crônico em HD

A atividade é definida pela realização de uma tarefa ou ação por uma pessoa. Os domínios do componente Atividades e Participação, modelo proposto pela OMS⁽⁸¹⁾ e desenvolvido para classificar as manifestações funcionais de uma doença, classifica estas alterações funcionais em três categorias: um nível interno ao indivíduo (estrutura e função do corpo) que caracteriza função ou anormalidade nos aspectos anatômicos, fisiológicos e psicológicos dos diversos sistemas e órgãos do corpo; uma categoria intermediária (atividade) que informa sobre o desempenho do indivíduo (capacidade e/ ou performance) nas atividades da sua rotina diária, em diferentes contextos; e um nível ou categoria social (participação) que classifica as possibilidades e/ou restrições (barreiras físicas, sociais, culturais ou comportamentais) para participação ativa do indivíduo na sociedade. Aqui as atividades podem ser designadas de: atividades da rotina diária, atividades cotidianas ou do dia a dia.

Este modelo é completo visto que reconhece a influência de fatores do contexto (pessoal e social) nos processos de função e disfunção humana.

Visto que atualmente um dos principais objetivos do tratamento dos renais crônicos consiste na promoção de seu restabelecimento social, para que isto seja contemplado, deve-se corrigir todas as alterações que acompanham a perda da função renal.⁽⁸²⁾

Na realidade da vida cotidiana do renal crônico existe um consenso a respeito de alguns aspectos: a HD é necessária para manutenção de sua vida,

e, ocorre alterações físicas e, restrição de atividades físicas e sociais no decorrer do tratamento.⁽⁴⁸⁾

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 qualidade de vida desta população.⁽⁶⁸⁾

Vários estudos relatam que o sedentarismo e a limitação funcional estão presentes no cotidiano destes pacientes, e o controle clínico aliado a novos recursos tecnológicos, permitem o aumento na quantidade dos anos de vida dependentes de Terapia renal substitutiva (TRS), no entanto, estes resultados não garantem a qualidade de vida.⁽⁶⁹⁾

Os sujeitos portadores de IRC, a partir do momento que recebem o diagnóstico, passam por uma revolução na dinâmica de suas vidas, experimentando rupturas e perdas de situações e relações “normais”, as quais transcendem a perda da função renal.⁽²⁰⁾

Diferentemente de outras doenças, o próprio tratamento favorece a inabilitação, que quando submetidos à hemodiálise, o qual pode manter a vida por anos após a perda renal, cria problemas físicos, sociais e psicológicos, tanto para o paciente quanto para sua família.⁽⁸³⁾

O tratamento hemodialítico é responsável por um cotidiano monótono e restrito, e, as atividades cotidianas devem satisfazer suas necessidades internas e externas que devem ser coerentes com suas limitações físicas. Estas atividades deverão estar associadas aos aspectos emocionais, sociais e psicoespirituais e refletir a percepção que o doente tem de si mesmo e da sua

qualidade de vida.^(24,84,85)

O importante é que ele receba uma assistência que vise apoiar e oferecer suporte psicológico e social, desde o início do tratamento com a finalidade de dirimir o impacto da hemodiálise durante a IRC.⁽⁴⁸⁾

Nesta perspectiva a qualidade de vida do individuo deve ser baseada também na conduta ocupacional do mesmo, e esta é definida pelas atividades que as pessoas realizam durante maior parte do tempo, quando despertos, e incluem atividades lúdicas, produtivas e de lazer. Estas atividades basearam-se em crenças, preferências, experiências que as pessoas tenham tido em seu ambiente e os modelos de conduta adquiridos ao longo do tempo.^(19,86-87)

Desta forma estes fatores de impacto no cotidiano destes paciente leva a necessidade de que o saber científico seja revertido em intervenções assistenciais que proporcionem qualidade de vida para pacientes, familiares e profissionais envolvidos neste contexto, tornando necessários estudos adequados a esta população.

1.5. Objetivos

Avaliar a qualidade de vida do renal crônico em tratamento hemodialítico e identificar as atividades cotidianas que podem comprometer a qualidade de vida destes pacientes. Relacionar a qualidade de vida e as atividades cotidianas quanto ao tempo de HD e ao sexo.

2. CASUÍSTICA E MÉTODO

2. CASUÍSTICA E MÉTODO

2.1. Tipo de estudo

Esta pesquisa caracteriza-se como de natureza descritiva exploratória sobre a qualidade de vida e as atividades cotidianas que podem ser comprometidas em pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico.

2.2. Local

Este estudo foi realizado na Unidade de Hemodiálise, serviço de Nefrologia, do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – SP (FAMERP), no período de 2002 e 2003.

Trata-se de um hospital – escola geral, que presta atendimentos em diferentes especialidades médicas. São atendidos pacientes particulares, conveniados e do Sistema Único de Saúde, na sua grande maioria. Este hospital é considerado centro de referência do município e região e atende também a pacientes de outros estados do Brasil.

O serviço de Nefrologia está localizado no andar térreo, para facilitar o acesso dos pacientes externos. É constituído de sala de hemodiálise, diálise peritoneal, sala de DPAC, sala para atendimento de emergências, coleta de exames, consultórios, copa, sala de reuniões, recepção, entre outras. A unidade de hemodiálise atualmente atende 149 pacientes.

2.3. População e composição da amostra

De um total de cento e quarenta e nove pacientes em programa de hemodiálise na unidade de hemodiálise do Hospital de Base, cento e vinte e cinco foram estudados (83,8% da população).

Os critérios adotados para inclusão dos pacientes no estudo foram:

- ✓ possuir diagnóstico de IRC;
- ✓ estar em tratamento de Hemodiálise, independente do tempo de tratamento, idade e sexo;
- ✓ estar em condições físicas e mentais para fornecer os dados necessários;
- ✓ concordar em participar do estudo.

Vinte e quatro pacientes foram excluídos, sendo que dez apresentavam instabilidade clínica, dificuldades de compreensão na esfera mental e incapacidade de fornecer os dados necessários, um recusou-se em participar do estudo e 13 mudaram de modalidade de tratamento, sendo transferidos para a DP e DPAC.

As características sócio demográficas quanto a idade, sexo, estado civil, escolaridade serão apresentadas, além dos dados percentuais sobre o conhecimento que os sujeitos tem sobre a doença e, se houve mudanças nos hábitos diários após o início do tratamento

Dos 125 pacientes que participaram do estudo, 74 (59,2%) eram do sexo masculino e 51 (40,8%) do sexo feminino, com idades variando entre 18 e 81. A média de idade foi de 53,1 anos, com desvio padrão de 14,6 anos.

Quanto ao estado civil, a maior incidência foi dos pacientes casados (53,6%), seguidos por solteiros (16,0%), viúvos (14,0%), divorciados (12,0%) e amasiados (4,0%). A média foi de 3,4 filhos, variando de 1 a 12 por paciente.

Com relação a escolaridade 55 (44,4%) pacientes apresentam ensino fundamental incompleto, sendo que apenas 25 (20,4%) completaram os oito anos do ensino fundamental, totalizando a maioria 80(64,8%) pacientes. Seguindo-se a distribuição percentual foram: 20% ensino médio, 14% analfabetos e 1,6% ensino superior.

Observou-se que quanto ao conhecimento que os pacientes tinham sobre a IRC, a maioria 103 (82,4%) estavam informados, e isto era verificado quando o paciente sabia definir a doença.

Verificou-se também, que a maioria 119 (95,2%) relata mudança de hábitos após o início do tratamento de hemodiálise e apenas 6 (4,8%) pacientes não assinalaram mudanças.

2.4. Abordagem ética

Inicialmente o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – SP (FAMERP) para apreciação; uma vez aprovado (protocolo nº 2204/2003) parecer nº 029/2003 em 14 de abril de 2003 (Anexo 1), iniciou-se a coleta de dados.

Antes, porém, houve uma reunião com a equipe de profissionais responsáveis pelo atendimento dos pacientes na Unidade de Hemodiálise e foi exposto o objetivo do estudo, bem como a forma de desenvolvimento do mesmo.

O estudo também foi esclarecido para os pacientes, cujos indivíduos manifestaram concordância na realização de todos os procedimentos e assumiram o compromisso na participação da pesquisa, assinando um documento de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2). Tal procedimento visou atender aos dispositivos da Lei 190 do Conselho Nacional de Saúde,⁽⁸⁸⁾ os quais regulamentam a realização de pesquisas envolvendo seres humanos. Foi assegurado aos mesmos o direito de desistir da participação no estudo a qualquer momento, sem prejuízo do seu atendimento na instituição.

Isto colocado, iniciou-se a coleta de dados com entrevista semi-estruturada utilizando um roteiro (Apêndice 1), o qual foi elaborado a partir da experiência prática da autora com pacientes renais crônicos. Antes da aplicação definitiva, este roteiro foi submetido a uma validação de conteúdo junto aos pacientes da diálise peritoneal, até chegar a forma adequada para atender os objetivos da pesquisa.

Outro instrumento utilizado foi o questionário genérico de qualidade de vida SF-36 (Anexo 3), validado e adaptado culturalmente em 1997.⁽⁸⁰⁾

2.5. Coleta de dados

Utilizaram-se como instrumentos para coleta de dados uma entrevista semi-estruturada elaborada com questões abertas e fechadas para a caracterização das condições sócio-econômicas dos renais crônicos, além de informações específicas sobre as atividades cotidianas, que podem estar comprometidas nestes pacientes. Esta entrevista continha também perguntas sobre prejuízos sociais e tempo de hemodiálise (Apêndice 1).

Buscando atingir todos os aspectos da vida diária, neste estudo, as atividades foram classificadas em: atividades corporais (AC), atividades recreativas (AR), trabalho (T), atividades domésticas (AD), atividades práticas (AP), sono (S), humor (H) e cuidado pessoal (CP).

Para análise da qualidade de vida dos pacientes foi utilizado o Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida SF-36, versão brasileira,⁽⁸⁰⁾ composto por 36 itens que abrangem oito domínios ou dimensões: capacidade funcional (CF-10 itens), aspectos físicos (AF-4 itens), dor (D-2 itens), estado geral de saúde (EGS-5 itens), vitalidade (VT-4 itens), aspectos sociais (AS-2 itens), aspectos emocionais (AE-3 itens), saúde mental (SM-5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás.^(78,89,90)

Para avaliação de seus resultados é dado um escore para cada questão, que posteriormente é transformado em uma escala de 0 a 100, em que o zero corresponde a um pior estado de saúde e 100 a um melhor, sendo cada dimensão analisada em separado. Os componentes CF, AF, D, EGS juntos compõem o denominado componente físico da escala (CSF), enquanto os componentes VT, AS, AE e SM, juntos, constituem o componente da saúde mental da escala (CSM)⁽⁸⁹⁾(Quadro 1).

Este instrumento tem sido utilizado largamente em todo o mundo e demonstrado suas propriedades de medida como: reprodutibilidade, validade e suscetibilidade á alteração, sendo também usado em diversos tipos de populações, incluindo pacientes portadores de doença renal.^(78,89,91)(Anexo 3).

Quadro 1. Divisão dos domínios do SF-36 em seus dois componentes.

Componentes	Possibilidades de baixos escores	Possibilidades de altos escores
Capacidade Funcional (CF)	Muito limitado em desempenhar todas as atividades físicas, incluindo banhar-se e vestir-se.	Desempenha todos os tipos de atividades físicas, incluindo as mais vigorosas sem a sua saúde.
Aspectos Físicos (AF)	Problemas com o trabalho e outras atividades cotidianas como resultado da saúde física.	Sem problemas com o trabalho ou outras atividades cotidianas.
Dor (D)	Várias limitações decorrentes da dor.	Sem dor ou limitações devido a dor.
Estado Geral de Saúde (EGS)	Avalia a saúde pessoal como fraca e acredita que irá piorar.	Avalia a saúde pessoal excelente.
Vitalidade (VT)	Sente-se cansado e esgotado todo tempo.	Sente-se animado e com energia todo tempo.
Aspectos Sociais (AS)	Freqüente interferência nas atividades sociais devido a problemas físicos e emocionais.	Desempenha atividades sociais normalmente sem interferência problemas físicos ou emocionais.
Aspectos emocionais(AE)	Problemas com o trabalho ou outras atividades cotidianas resultantes de problemas emocionais.	Sem problemas com o trabalho ou outras atividades cotidianas
Saúde Mental (SM)	Sente-se nervoso e deprimido o tempo todo.	Sente-se tranqüilo, feliz, e calmo o tempo todo.
RESUMO DO COMPONENTE FISICO CSF	Limitações no auto-cuidado em atividades físicas, sociais, várias dores freqüentes cansaços considera saúde "fraca".	Sem limitações físicas, incapacidades ou diminuição do bem estar, nível alto de energia e, considera saúde excelente.
RESUMO DO COMPONENTE MENTAL CSM	Freqüente estresse psicológico, incapacidades físicas e sociais, devido a problemas emocionais, saúde considerada fraca.	Freqüente afeto positivo ausência de estresse psicológicos e de limitações em devido a problemas emocionais, saúde considerada excelente.

Quanto ao procedimento, os pacientes eram abordados durante as sessões de hemodiálise, onde a pesquisadora dava informações sobre o estudo, realizava entrevista e verificava-se o paciente tinha condições de auto administrar o instrumento SF-36. Nos pacientes que tinham condições de auto administrar (n=100) foi dado o prazo de uma semana para entrega dos instrumentos e nos que não tinham condições (n=25) a pesquisadora mediante contato prévio com paciente aplicava o questionário. A coleta de dados ocorreu no período de maio a julho de 2003.

2.6. Análise dos dados

Os dados obtidos foram agrupados e ordenados sendo transferidos para um banco de dados (Excel) e então processados, considerando as variáveis estudadas.

A análise estatística descritiva foi utilizada na caracterização dos sujeitos. O teste χ^2 (qui-quadrado) avaliou a associação entre variáveis qualitativas ou categorizadas, e o coeficiente de correlação de Pearson foi utilizado para correlacionar os componentes físico e mental do questionário SF-36 com o tempo de Hemodiálise. Também utilizou-se o teste de comparação de proporções para quantificar as atividades comprometidas.

Os dados obtidos são apresentados em tabelas cruzadas envolvendo variáveis qualitativas ou categorizadas e, gráficos de barra e de dispersão. Os testes foram efetuados ao nível de 5% de significância.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados em gráficos e tabelas e posteriormente discutidos, comparando-os com a bibliografia disponível sobre o assunto.

3.1. Características dos sujeitos do estudo

Dos 125 renais crônicos em tratamento hemodialítico, 74 (59,2%) eram do sexo masculino e 51 (40,8%) do sexo feminino, sendo que a média de idade foi de 53,1 anos.

Verifica-se o predomínio de pacientes do sexo masculino e da faixa etária em idade produtiva, como os estudos de Blake,⁽⁴⁶⁾ Neto,⁽⁴⁵⁾ Castro,⁽⁶⁸⁾ Kusztal.⁽⁹²⁾ Estes resultados são importantes subsídios para formulação de políticas na área de nefrologia e da previdência social, já que a IRC é considerada um problema de saúde pública no Brasil.

Tabela 1. Características da faixa etária encontrada neste estudo.

Faixa Etária	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	n	%	n	%	n	%
15 – 35 anos	12	16,2	6	11,8	18	14,4
36 – 55 anos	27	36,5	27	52,9	54	43,2
56 – 75 anos	14	18,9	14	27,5	28	22,4
76 – 95 anos	21	28,4	4	7,8	25	20,0
TOTAL	74	59,2	51	40,8	125	100,0

Em relação as causas da falência renal destes pacientes, estão de acordo com a prevalência no Brasil^(10,33) que são: hipertensão arterial (n=50), diabetes mellitus (n=30) e glomerulopatias (n=20). Fica evidente, portanto, os desafios que precisam ser enfrentados na saúde pública em desenvolver programas de prevenção destas doenças, que acometem órgãos alvo, levando a complicações como a IRC.

No que diz respeito ao estado civil, contata-se que n=67 (53,6%) eram casados corroborando o estudo de Belasco⁽⁹³⁾ que objetivou descrever as características dos cuidadores de pacientes renais crônicos em HD. A autora destaca que esta variável deve ser avaliada, visto que, não apenas o renal crônico, mas também seus cuidadores experimentam uma significativa sobrecarga e conseqüentemente, efeitos adversos na QV.

Quanto a escolaridade, o maior percentual de pacientes n=81 (64,8%) encontra-se no ensino fundamental (média de cinco anos de estudo). Pesquisas consideram este aspecto dentre o perfil psicossocial destes pacientes um dos mais importantes a serem estudados, contudo pouco analisado.⁽⁹⁴⁻⁹⁶⁾

Nos trabalhos de Castro⁽⁶⁸⁾ e de Di Corrado⁽⁹⁷⁾ os anos de estudo correlacionaram-se positivamente com os aspectos emocionais de renais crônicos em HD, sugerindo que os pacientes com maior escolaridade podem possuir recursos intelectuais capazes de gerar melhor adaptação emocional às conseqüências da doença renal crônica e do tratamento.

Um estudo semelhante foi descrito na Holanda, por Merkus *et al.*⁽⁹⁸⁾ que avalia pacientes (n=283) após três meses de início de diálise, em treze

centros de diálise, comparando-os com a população geral. Neste estudo baixos escores de escolaridade correlacionavam-se negativamente com o domínio dos aspectos emocionais do SF-36.

Estudos como de Machado⁽⁴⁸⁾ refere que o baixo nível de instrução corrobora para uma atitude passiva diante da sociedade e dos profissionais de saúde que ditam cientificamente a “melhor maneira de viver doente”. O baixo nível de instrução reflete a cultura estabelecida, propiciando a preservação de uma ideologia dominante que não permite ao indivíduo conhecer o que é “seu por direito”.

Ainda em relação a escolaridade, em um estudo multicêntrico na Espanha, que avaliava a QV pelo Perfil de Impacto da doença (*Sickness Impact Profile – SIP*), também mostra que quanto maior o grau de escolaridade, melhor sua qualidade de vida.⁽⁹⁹⁾

Ao analisar o conhecimento dos pacientes em relação ao diagnóstico de IRC, verifica-se que n=103 (82,4%) mostram ter algum grau de conhecimento. Este fato reforça a implementação de programas educativos eficazes sobre sua situação de saúde, para que ocorra maior adesão ao tratamento proposto, como foi demonstrado no estudo de Cesarino.⁽¹⁷⁾

A reflexão dos profissionais de saúde sobre a questão educativa implicaria na compreensão dos elementos da realidade da doença destes pacientes e dos esquemas terapêuticos utilizados, sendo assim essencial que todos tenham conhecimento sobre a realidade de sua saúde.

Em relação aos dados positivos encontrados nesta variável, estes refletem resultados da atividade educativa já implantada nesta unidade.

Dados referentes quanto a mudança de hábitos do paciente renal crônico após o início do tratamento hemodialítico reiteram outros estudos^(20,96,100) que relatam inúmeras perdas e mudanças vivenciadas por estes indivíduos, sem no entanto caracterizar quais atividades foram comprometidas.

Os achados referentes a percepção dos pacientes sobre os prejuízos sociais decorrentes do início do tratamento de HD são apresentados na tabela 2.

Tabela 2. Número de ocorrências e percentuais calculados para amostra geral em relação a prejuízos sociais após o início da HD.

Prejuízos Sociais	N	Nº de ocorrências	Percentual
Perda econômica	125	108	86,4%
Perda de dias de trabalho	125	94	75,2%
Perda de emprego	125	56	44,8%

Estes resultados levam a reflexão sobre o caráter social do processo saúde-doença, sendo que esta relação deve ser enfrentada como um processo para não termos uma visão parcial e limitada das condições dos renais crônicos. Destaca-se que os determinantes sociais advindos destes prejuízos produzem a desigualdade da qualidade de vida desta população.

Na prática, verifica-se que todas as unidades de hemodiálise têm assistentes sociais para atender esta lacuna, ainda mais nos dias de hoje, percebe-se que há prevalência da IRC em pacientes em idade produtiva e não mais na terceira idade.

Neste contexto um estudo de Sesso⁽¹⁰¹⁾ avaliou a qualidade de vida de pacientes renais crônicos em dois grupos sociais, classe baixa e alta, aplicando o SF-36 antes do início do tratamento e oito meses após. Antes de iniciar o tratamento dialítico observou-se que a média dos pacientes de classe baixa foi de 44,75 pontos contra 55,62 dos pacientes da classe alta (diferença de 20% antes do início da diálise). Na segunda avaliação, realizada após oito meses de tratamento, a pontuação média passou para 48,37 e 68,87 pontos respectivamente (diferença de 30%).

Ainda segundo o mesmo autor com o passar do tempo os pacientes de alto nível socioeconômico estavam melhores, indicando que os pacientes de classe baixa apresentam mais dificuldade em aderir ao tratamento, apresentando assim, maior índice de mortalidade.

Em relação á satisfação com o acesso aos serviços de saúde 118 (95%) pacientes relataram sua satisfação, desta forma não sendo possível identificar eventuais necessidades e, conseqüentemente maior reflexão sobre este achado.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 82,⁽¹⁰²⁾ de 03 de janeiro de 2000, que estabelece o Regulamento Técnico para Funcionamento de Serviços de Diálise, existe o compromisso de aprimorar os mecanismos de atendimento aos pacientes portadores de doenças renais e de insuficiência renal crônica, que envolvam a prevenção, diagnóstico precoce, tratamento, tratamento dialítico, acompanhamento e, quando indicado, o transplante renal, tudo de maneira a propiciar uma atenção e assistência integral e integrada a estes pacientes

Recentemente é que este compromisso foi assumido por órgãos governamentais, frente a importância epidemiológica das doenças renais e da insuficiência renal crônica no Brasil.

Esta portaria abrange também as repercussões sociais, psicológicas, econômico-financeiras e de restrição de qualidade de vida que a insuficiência renal crônica acarreta a seus portadores, e, considera que há a necessidade de melhor estruturar a assistência aos portadores de doenças renais e de insuficiência renal crônica.

Desta maneira o objetivo é que se amplie o acesso a estes pacientes organizando redes assistenciais que, incluindo os serviços de diálise devem hierarquizar esta assistência em níveis crescentes de complexidade e assistência.

O conhecimento destas resoluções por parte dos profissionais envolvidos, também é um processo educativo, informando o paciente de seus direitos.

Assim determinando a realidade local, subordinada aos contextos social, cultural e político, pode ser uma estratégia mais eficiente, pois as intervenções estarão de acordo com as necessidades de saúde da população estudada.

3.2. Análise das variáveis de qualidade de vida

No presente estudo a análise das variáveis relacionadas ao questionário SF-36 basearam-se em cálculos de estatísticas descritivas obtidos, considerando os domínios responsáveis pela descrição dos componentes físico (CSF) e mental (CSM).

O componente físico (CSF) engloba as dimensões: capacidade funcional (CF), aspectos físicos (AF), dor (DF), e estado geral de saúde (EGS).

O componente mental (CSM) inclui: vitalidade (V), aspectos sociais (AS), aspectos emocionais (AE) e saúde mental (SM).

Os valores das médias das variáveis são expressos como média \pm desvio padrão.

Na tabela 3 são mencionados os cálculos de cada uma das variáveis.

Tabela 3. Valores obtidos para cada domínio relacionado ao questionário SF-36 de qualidade de vida.

Variáveis	Estatísticas				
	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
CF	125	57,3	9,8	40	80
AF	125	32,3	11,3	25	50
D	125	60,7	6,6	52	74
EGS	125	58,6	5,2	40	72
V	125	48,7	7,3	35	60
AS	125	55,8	6,3	50	62,5
AE	125	46,1	16,3	33	66,6
SM	125	64,3	7,1	40	72

CF – Capacidade Funcional; AF – Aspectos Físicos; D – Dor; EGS – Estado Geral de Saúde; V – Vitalidade; AS – Aspectos Sociais; AE – Aspectos Emocionais; SM – Saúde Mental.

Os valores de média e desvio padrão para o componente físico (CSF) foram $52,2 \pm 5,8$ respectivamente. Já para a componente mental (CSM) a média foi de $53,7 \pm 5,6$.

Observe que os desvios padrões obtidos para cada componente são inferiores aos obtidos para cada domínio.

Estes dados indicam que estes valores são similares a populações de renais crônicos em hemodiálise previamente estudadas,^(100,103) que constataram que a média do CSF mostrou-se menor nos pacientes em HD do que quando comparada aos pacientes transplantados, e o CSM manteve-se não diferente estatisticamente daquela percebida entre os dois grupos, e ambas, inferior estatisticamente ao da população normal ($p < 0,001$).

De acordo com os resultados do componente físico, considerando os resultados do SF-36, onde 0 representa o pior estado e 100 o melhor, este grupo de pacientes mostra valores abaixo de 50 para a dimensão dos aspectos físicos, que foi mais afetada com média de $32,3 \pm 11,3$, demonstrando problemas com as atividades diárias e trabalho resultante da saúde física. Estes resultados indicam prejuízo na QV e são concordantes a outros estudos realizados nesta população.^(45,46,48,100)

Na literatura internacional um estudo populacional realizado na Austrália avalia a QV utilizando o SF-36, em pacientes renais crônicos acima dos 25 anos, e os resultados mostraram que a função física foi particularmente prejudicada no grupo mais velho e a saúde mental nos indivíduos jovens, com padrões similares entre homens e mulheres. Os resultados deste estudo indicaram que a atual ênfase nas principais intervenções clínicas que

preservam a função renal são provavelmente prejudicadas pelo impacto negativo da QVRS na doença renal, necessitando de estudos prospectivos para confirmar estas descobertas.⁽¹⁰⁴⁾

Embora no Brasil não tenhamos estudos semelhantes, deduz-se que a presença de uma doença crônica está associada a piora da QV de uma população.^(74,80,105)

A idade foi também um variável analisada em outros estudos^(68,106) sendo observada uma correlação negativa em relação a capacidade funcional, aspectos físicos, dor e vitalidade. A tendência foi que com o avançar da idade, observou-se maior comprometimento nas atividades físicas e funcionais dos pacientes.

Estes achados foram semelhantes as descobertas de Merkus *et al.*,⁽⁹⁸⁾ ao aplicarem o SF-36 em pacientes em diálise, observaram as mesmas correlações. Neste estudo a QV foi substancialmente prejudicada quando comparada a população normal, principalmente nos aspectos físicos e estado geral de saúde. Quando comparou os pacientes que realizavam HD com os da DP, os baixos escores relacionavam-se nos aspectos físicos, capacidade funcional, aspectos emocionais, saúde mental e dor nos pacientes em HD. Este estudo concluiu que a QV dos renais crônicos em HD é prejudicada e, a perspectiva clínica feita pelos autores é que resultados de avaliações de QV devem ser considerados no monitoramento destes pacientes.

Quanto ao componente mental, foram duas as dimensões mais comprometidas: aspectos emocionais $46,1 \pm 16,3$ e, vitalidade com média de $48,7 \pm 7,3$.

Pesquisadores ao estudarem nesta população as limitações destes indivíduos nos aspectos emocionais, os quais no SF-36 referem-se a problemas com o trabalho ou outras atividades diárias como resultantes de problemas emocionais, também verificaram baixos escores, refletindo assim um comprometimento deste domínio.^(20,45,100)

Este resultado é considerado relevante por vários autores que tecem comentários sobre a dificuldade dos pacientes renais crônicos encontrar meios e ou recursos emocionais que permitam lidar com obstáculos ocasionados pelo tratamento, por isto o processo de adaptação do doente renal crônico em tratamento hemodialítico é um movimento cíclico de adequações e readaptações.^(48,107,108)

Outro estudo⁽¹⁰⁹⁾ comparando a QV de pacientes transplantados renais e em HD, utilizando também o SF-36 demonstra melhora notável na QV dos transplantados no que se refere a saúde física mas não mental, propondo acompanhamento psicológico destes pacientes.

A intervenção preventiva citada por alguns autores^(18,24) seria uma forma eficaz de ajustamento destes pacientes, considerando de relevância os aspectos emocionais, sociais, psíquicos considerados durante todo o tratamento.

Machado⁽⁴⁸⁾ considera não ser possível ignorar que estes aspectos reflitam na percepção que o paciente tem de si mesmo e da sua qualidade de vida. O importante é que ele receba assistência social e psicológica, já no início do tratamento com a finalidade de dirimir o impacto da HD na sua vida.

Quanto à dimensão da vitalidade estes resultados refletem o sentimento de cansaço e esgotamento, concordando com pesquisas sobre fadiga em pacientes renais crônicos em hemodiálise, as quais a indicam significativamente associada a presença de sintomas como problemas do sono, limitação por aspectos físicos e depressão.⁽¹¹⁰⁻¹¹²⁾ A asserção feita por Hagren⁽⁶⁶⁾ que a demora e o cansaço influenciavam a vida familiar e social, e o alívio do sofrimento era conseguido quando realizada a aceitação da máquina de hemodiálise e manutenção da autonomia, e também sendo vistos como um indivíduo pelos cuidadores, corrobora assim os resultados deste estudo quanto a estas dimensões mais comprometidas.

A vitalidade também é a dimensão mais comprometida em estudos comparativos de pacientes renais.^(96,100) Nestes estudos houve diferença significativa dos escores de pacientes em tratamento hemodialítico, onde apresentaram os menores valores correlacionados com pacientes em tratamento conservador, diálise peritoneal e transplantados.

Outros estudos^(24,68,74) relatam valores mais altos na dimensão vitalidade nos pacientes renais crônicos com maiores concentrações de hemoglobina, visto que, ocorre uma produção renal insuficiente de eritropoetina na IRC, provocando a anemia grave. Segundo consenso destes autores, a administração de eritropoetina recombinante humana aumenta as concentrações de hemoglobina, melhorando a dimensão vitalidade, conseqüentemente, a QV.

Atualmente enfatiza-se o interesse crescente em transformar o conceito de QV em uma medida quantitativa, que possa ser usada em ensaios clínicos e modelos econômicos.

O número de ferramentas usadas para avaliar quantitativamente a qualidade de vida continua a se expandir, mas somente um pequeno número delas tem sido objeto de testes rigorosos para determinar sua consistência, preditabilidade e capacidade para definir objetivos de tratamento de médio e longo prazo.⁽¹⁰³⁾

Dentre os instrumentos mais utilizados para a avaliação da QV, o instrumento genérico SF-36 (*Medical Outcome Survey –Short Form 36, Rand.Corp., EUA*), tem se mostrado adequado, especialmente na IRC e seus tratamentos, onde demonstram o impacto negativo na vida dos pacientes sendo acometidas inúmeras dimensões.^(22,45,74,113)

Um dos mais importantes avanços médicos observados nas décadas passadas diz respeito ao aprimoramento da assistência dialítica oferecida a pacientes renais crônicos, que culminou em progressivo e crescente número de pacientes submetidos a estes procedimentos.⁽¹¹⁴⁾ Este fato fez com que houvesse a preocupação da comunidade científica quanto a melhora da QV que a terapêutica em questão garantia a estes pacientes.

Desde então, trabalhos sobre QV foram desenvolvidos nesta área utilizando o SF-36, muitos deles apresentando resultados controversos. No entanto, os instrumentos de medidas possibilitam a comparação de tratamentos complexos, definindo estratégias na área da saúde e contribuindo na manutenção da QV dos pacientes.

3.3. Qualidade de vida com relação ao sexo

Os mesmos cálculos efetuados da tabela 3 foram efetuados observando os resultados segundo o sexo dos pacientes. Estes cálculos são mostrados a seguir nas tabelas 4 e 5.

Tabela 4. Valores obtidos para as variáveis relacionadas ao questionário SF-36 de qualidade de vida – sexo masculino.

Variáveis	Estatísticas				
	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
CF	74	59,1	10,7	40	80
AF	74	33,1	11,8	25	50
D	74	61,4	7,3	52	74
EGS	74	57,8	2,0	55	62
V	74	49,9	7,3	40	60
AS	74	55,4	6,2	50	62
AE	74	47,7	16,6	33	66
SM	74	64,4	6,9	52	72

CF – Capacidade Funcional; AF – Aspectos Físicos; D – Dor; EGS – Estado Geral de Saúde; V – Vitalidade; AS – Aspectos Sociais; AE – Aspectos Emocionais; SM – Saúde Mental.

Tabela 5. Valores obtidos para as variáveis relacionadas ao questionário SF-36 de qualidade de vida – sexo feminino.

Variáveis	Estatísticas				
	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
CF	51	54,8	7,7	40	70
AF	51	31,1	10,7	25	50
D	51	59,8	5,4	52	74
EGS	51	59,8	7,7	40	72
V	51	47,0	7,0	35	60
AS	51	56,4	6,3	50	62,5
AE	51	43,7	15,6	33,3	66,6
SM	51	64,2	7,4	40	72

CF – Capacidade Funcional; AF – Aspectos Físicos; D – Dor; EGS – Estado Geral de Saúde; V – Vitalidade; AS – Aspectos Sociais; AE – Aspectos Emocionais; SM – Saúde Mental.

Assim como feito anteriormente, foram calculadas as médias dos componentes físico e mental subdividindo a amostra de acordo com o sexo. Os resultados obtidos foram:

- Média de componente físico para homens= 52,8 \pm 6,2
- Média de componente físico para mulheres= 54,4 \pm 5,1
- Média de componente mental para homens= 51,4 \pm 6,1
- Média de componente mental para mulheres= 52,8 \pm 5,8

Os resultados não apresentam diferença estatisticamente significativa entre os escores de qualidade de vida entre os sexos e apontam a percepção inferior nas mesmas dimensões – aspectos físicos, vitalidade e aspectos emocionais. Estudos sobre esta correlação não foram encontrados. Apenas no estudo de Kustzal⁽⁹²⁾ em média as mulheres relataram baixos escores, e o

impacto da idade era mais evidente no componente físico, mas este estudo não comparou os sexos, apenas mediu os escores das mulheres renais crônicas.

Outro estudo de Molto⁽¹¹²⁾ avaliando a QV e o exercício na doença renal demonstra correlação negativa entre deterioração muscular e anos de HD, estando acentuada nos homens.

3.4. Qualidade de vida com relação ao tempo de hemodiálise

Os resultados relativos ao questionário SF-36 permitem ainda correlacionar os componentes físico e mental com o tempo de hemodiálise. O cálculo do coeficiente de correlação de Pearson resultou em -0,75 ($p < 0,001$) para o componente físico e -0,29 ($p = 0,001$) para o componente mental.

Note nas figuras 1a e 1b que, o componente físico mostra uma alta correlação com o tempo de HD, indicando que quanto maior o tempo de HD mais baixos são os valores deste componente.

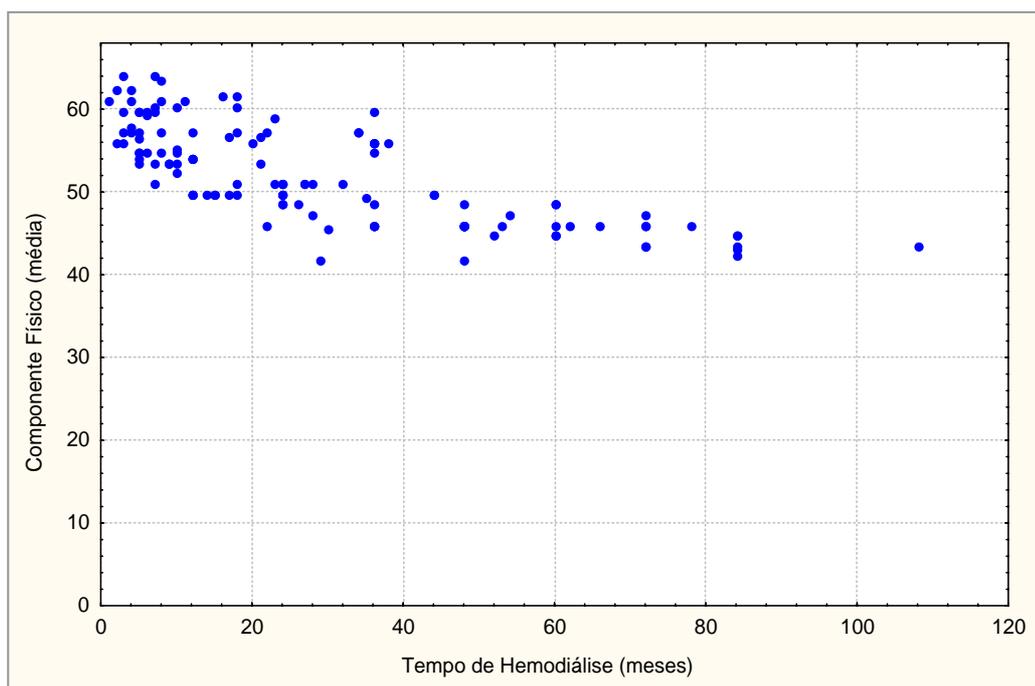


Figura 1a. Diagrama de dispersão relacionando valores correspondentes ao componente físico do questionário SF-36 com o tempo de HD.

Com o componente mental a situação muda, apesar da correlação ser estatisticamente diferente de zero, não se pode julgar que a correlação encontrada ($r=-0,29$) seja relevante, em termos práticos, para estabelecer uma associação que permita concluir que o componente mental sofra reduções com o aumento do tempo de HD.

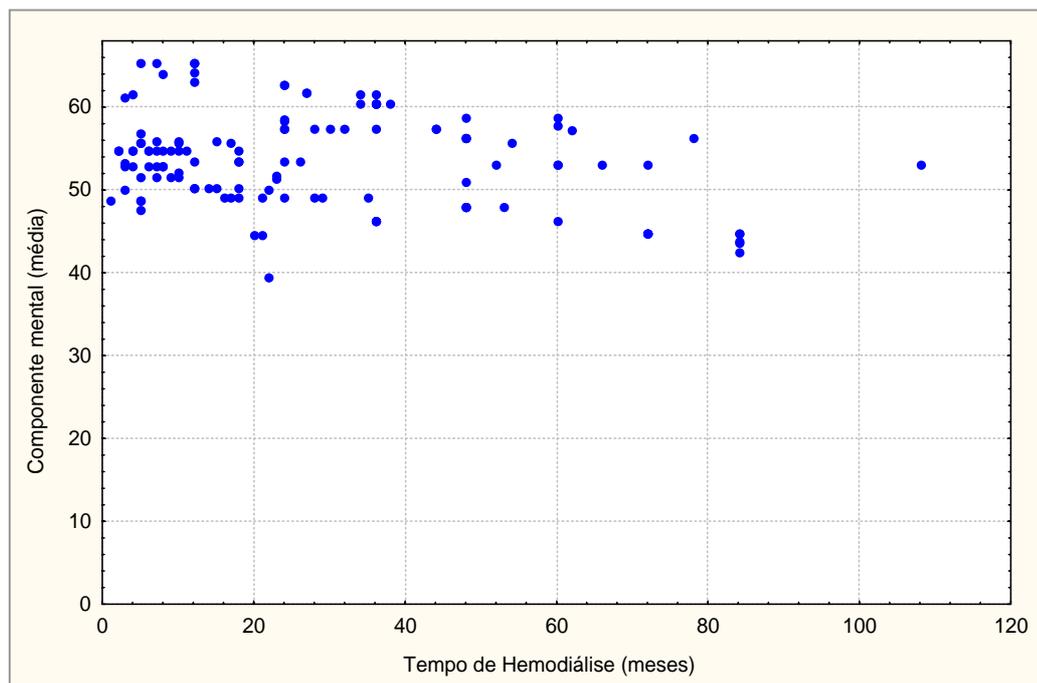


Figura 1b. Diagrama de dispersão relacionando valores correspondentes ao componente mental do questionário SF-36 com o tempo de HD.

Diante destes resultados e o fato de a HD ser o método terapêutico mais utilizado desde as últimas décadas⁽⁴¹⁻⁶⁸⁾ torna-se evidente aprofundar estudos sobre alterações em relação ao tempo de hemodiálise.

Os avanços da tecnologia na área da diálise contribuíram substancialmente para o aumento da sobrevida dos pacientes renais crônicos. Entretanto, a permanência por tempo indeterminado em tratamento dialítico pode interferir na qualidade de vida desta população.⁽⁴⁵⁾

Neste estudo o tempo médio de hemodiálise foi de 28,5 meses (mediana de 23 meses) com desvio padrão de 24 meses, para pacientes submetidos à hemodiálise por um tempo que variou de 1 a 108 meses.

Quanto ao tempo de HD apesar de revelar-se bastante variável em outros estudos, é consenso que este tempo de tratamento vem aumentando proporcionando o prolongamento da vida, mas nem sempre a qualidade da mesma.^(68,103)

Pereira *et al.*⁽¹⁰³⁾ e Alvarenga *et al.*⁽⁴⁷⁾ relatam que existem poucas informações sobre a QV de pacientes com IRC em tratamento por períodos mais prolongados em nosso meio.

Considerando várias barreiras que podem ser identificadas na adesão ao tratamento do paciente renal como: a cronicidade da doença, as complicações a longo prazo, idade, escolaridade, ocupação, hábitos de vida, aspectos culturais, crenças de saúde e contexto sócio-econômico, a relação entre o paciente e membros da equipe de saúde torna-se um aspecto relevante na continuidade do processo de adesão.^(54,68,100)

Desta forma a sensibilidade dos profissionais de saúde, o tempo dispensado ao atendimento e o cuidado em relação aos aspectos psicossociais multiprofissional poderão dar aos pacientes e à comunidade, a motivação suficiente para vencer estes desafios de adotar atitudes que tornem as ações efetivas e permanentes.

Em 1985 Gentry *et al.*⁽¹¹⁵⁾ relatam que quanto maior o período em tratamento por HD, a ansiedade tende a diminuir e isto é evidenciado por meio da atitude que o doente passa a manifestar, agindo de maneira socialmente mais desejável, revelando menor sensibilidade ao estresse cotidiano.

Assim, despertou o interesse em pesquisas correlacionando o tempo de hemodiálise com a qualidade de vida de pacientes renais crônicos,^(65,68,100) demonstrando concordantes quanto a correlação negativa entre tempo de hemodiálise e aspectos físicos e sem diferenças significativas quanto aos aspectos emocionais.

O estudo longitudinal de Baiardi⁽¹⁰⁰⁾ com pacientes renais crônicos em diversas modalidades de tratamento(DP, HD E TX) que também utilizou o SF-36 em 1997 e 1999, mostrou mudanças na QV onde o componente físico apresentou piora com diferença significativa entre os grupos, tendo menores escores para os pacientes em HD.

Já o componente mental apresentou-se sem diferença estatisticamente significativa, sugerindo uma estabilidade deste componente.

Contrapondo os resultados deste estudo, Castro⁽⁶⁸⁾ aplicou o instrumento SF-36 em 184 renais crônicos com diferentes tempos de HD (grupos com tempo inferior e superior a três meses) e verificou a correlação negativa entre tempo de HD e aspectos emocionais, evidenciando como fatores determinantes da QV: a doença crônica, presença de comorbidades, idade avançada e o tratamento contínuo por um longo período. Estes achados podem ser explicados devido a interação destes fatores, presentes em diferentes graus de intensidade em um dado paciente. Sugerem ainda, que pacientes com maior tempo de IRC e de tratamento dialítico apresentam progressivo comprometimento das relações familiares e sociais.

Estes resultados são importantes para identificação dos componentes que se modificam e, necessários para que programas de prevenção e intervenção sejam criados.

3.5. Atividades cotidianas comprometidas

Neste estudo objetivou -se também conhecer as atividades cotidianas comprometidas destes pacientes.

A OMS refere que a participação ou envolvimento em atividades diárias é vital para todos os seres humanos, tendo uma influência positiva na saúde e bem estar.⁽¹⁴⁾

Durante o tratamento hemodialítico as atividades cotidianas anteriormente realizadas e impossibilitadas algumas vezes nesta nova realidade, são motivo de abatimento, pois o paciente passa não só a depender de outras pessoas para atividades corriqueiras e financeiras, como também percebe sua limitação como ser humano.⁽⁴⁸⁾ Para Kosik⁽¹¹⁶⁾ e Baker⁽¹¹⁷⁾ não é possível compreender uma determinada realidade por sua simples contemplação. A compreensão só ocorre por meio da atividade, visto que o homem só conhece a realidade conforme cria a realidade e comporta-se como ser prático.

Neste estudo buscou-se entender as atividades, que na prática destes pacientes eram prejudicadas, afetando sua participação dentro do ambiente, família e comunidade.

As atividades cotidianas ou da rotina diária são atividades que instrumentalizam as pessoas, através de conhecimentos práticos e técnicas

específicas, na realização eficiente de tarefas diárias. Compreendem o desenvolvimento de habilidades físicas, mentais e sociais, que são pré-requisitos para o desempenho das diferentes atividades ⁽⁸⁶⁾

O desenvolvimento destas atividades asseguram o máximo de independência e satisfação frente às necessidades do cotidiano e promovem a auto confiança na realização, propiciando condições de conquistar ou reconquistar o direito de cidadania.⁽¹¹⁸⁾

Buscando atingir todos estes aspectos do cotidiano neste estudo as atividades foram classificadas em: atividades corporais (AC) as quais incluem caminhadas, exercícios e esportes, as atividades recreativas (AR) que é o lazer, passeio, ou seja, a ocupação do tempo livre isenta de obrigatoriedade, o trabalho(T), as atividades domésticas(AD), as atividades práticas(AP), que incluem o uso de transporte público, idas em supermercados, lojas, o sono (S), o humor(H) compreendido na capacidade de perceber ou expressar o divertido, e o cuidado pessoal(CP) que inclui higiene pessoal, vestuário, alimentação, entre outros.

As atividades comprometidas com a IRC foram analisadas observando o percentual de ocorrência de cada atividade. Os resultados foram dispostos, obedecendo às grandezas dos percentuais encontrados quando observada a amostra como um todo. A tabela 6 mostra a distribuição dos percentuais de ocorrência de cada atividade comprometida para os 125 pacientes.

Tabela 6. Número de ocorrências e percentuais calculados para a amostra geral. Valores apresentados em ordem decrescente.

Atividade Comprometida	Nº de Ocorrências	Percentual
AC	120	96,0
AR	116	92,8
T	68	54,4
AD	61	48,8
AP	45	36,0
S	26	20,8
H	23	18,4
CP	20	16,0

AC – Atividades Corporais; AR – Atividades Recreativas; T – Trabalho; AD – Atividades Domésticas; AP – Atividades Práticas; S – Sono; H – Humor; CP – Cuidado Pessoal.

A classificação das manifestações funcionais das doenças (ICF)⁽⁸¹⁾ inclui a atividade como uma categoria que informa sobre o desempenho do indivíduo (capacidade e/ ou performance) nas atividades da sua rotina diária, em diferentes contextos. Neste estudo também é abordada a categoria social (participação) que classifica as possibilidades e/ou restrições (barreiras físicas, sociais, culturais ou comportamentais) para participação ativa do indivíduo na sociedade.

Neste contexto, os dados da tabela 6 permitem concluir que as atividades corporais (AC) e atividades recreativas (AR) foram as mais comprometidas considerando a amostra global.

Embora estes resultados tenham sido pouco analisados na literatura, estudos como de Ribeiro⁽⁵⁴⁾ confirmam que os problemas físicos dos renais crônicos em tratamento hemodialítico modificam suas atividades cotidianas,

pois causam indisposição, fraqueza, alterações causadas pelas fistulas artério-venosas, provocando uma série de desconfortos e restrições nas atividades corporais.

Assim a hemodiálise configura um espaço que, por excelência, determina significação á doença renal crônica, visto que é neste espaço que a doença se apresenta como fenômeno de deficiência e limitação física e corporal.⁽⁵³⁾

Outra atividade muito citada, as recreativas, demonstra como em outros estudos^(48,54,59) alteradas, restringindo principalmente as viagens. O tempo livre é designado ao tratamento, e a falta de planejamento das atividades de lazer não são prioridades, ocasionando problemas sociais e emocionais afetando sua rotina e, a perspectiva de futuro.

A IRC e a hemodiálise são fontes consideráveis de angústia e de adaptação aparente do paciente em relação á HD. A solução destes pacientes é dada por uma máquina, isto afeta o seu equilíbrio, em função da importância objetiva desta máquina, principalmente da dependência que ele cria.⁽¹¹⁹⁾

Desta forma esta alteração com relação a liberdade, é um perda desagradável que exige mudanças no estilo de vida destes pacientes e de suas famílias.

Urge uma reflexão crítica e coerente, considerando a recente abordagem da qualidade de vida do renal crônico em tratamento de hemodiálise. Apesar do pouco conhecimento existente na literatura nacional e internacional, o propósito deste estudo avaliar o impacto da IRC e da HD na qualidade de vida dos renais crônicos, e, identificar as possíveis conexões entre as atividades cotidianas comprometidas e o tempo de tratamento de HD, obtendo assim subsídios para

intervenções e programas reabilitadores eficazes.

Os fatores limitantes quando expressos nas atividades cotidianas mais comprometidas (AC e AR), também sugerem correlação com as dimensões mais afetadas na avaliação da qualidade de vida (AF e AE), reiterando a importância de se oferecer oportunidades para estes indivíduos explorarem o desenvolvimento de uma reabilitação vocacional, incluindo treinamento de atividades que melhorem sua capacidade funcional e treinamento físico.

Este treinamento, no estudo de Devine⁽¹²⁾ proporciona melhora nas atividades corporais, e, participação em atividades recreativas tornando-o parte integrante, e não excludente da família e comunidade. Também sugere que as pessoas excluídas da participação em atividades recreativas impedem o processo de reabilitação vocacional.

Outra atividade citada por mais da metade dos pacientes, o trabalho, demonstra a impossibilidade de desmembrar o indivíduo de seu conhecimento adquirido em sua vivência social, de sua satisfação pessoal e realização.

Blake *et al.*⁽⁴⁶⁾ ao pesquisarem o desemprego na população renal crônica mostrou que a taxa de desemprego nesta clientela era 5 vezes maior que a taxa nacional, e que isto associava-se a redução dos domínios físicos, alta comorbidade e prevalência de doenças músculo esqueléticas, sugerindo que o potencial de reabilitação vocacional em uma população vulnerável deve ser assistida pela manutenção da ótima função física.

Em relação á ocupação o grupo estudado foi classificado quanto a força laborativa, e para isto foi utilizado a Classificação de Trabalho Laborativo Internacional (ILO criteria).⁽¹²⁰⁾ Este critério avalia a força de trabalho

(laborativa) dos indivíduos, sendo possível observar que a maioria dos pacientes (n=66) estão inativos, incluindo n= 31 aposentados, n=17 licença médica, n=12 desempregados, e n=6 sem remuneração porque estão em processo de solicitação de aposentadoria por invalidez na Previdência Social. Na distribuição percentual 52,8% são inativos, 32,0% do lar e 15,2% profissões diversas (serviços gerais, mecânico, garçom, vendedor, entre outras).

Observa-se que a maioria dos pacientes (52,8 %) estão inativos, e este dado foi relevante visto que grande parte encontra-se em idade produtiva. Semelhante achado foi descrito na Irlanda, por Blake *et al.*⁽⁴⁶⁾ No estudo multicêntrico no qual observou-se a força de trabalho da população normal e de pacientes renais crônicos percebeu-se que a condição renal apresentou um efeito negativo na oportunidade de emprego e promoção, respectivamente.

Poucos são os estudos abordando a força de trabalho de pacientes renais crônicos em HD. O relatório da Comissão de Transplantes e Diálise identifica um dado relevante sobre a reabilitação para o trabalho: 32% dos pacientes em tratamento de diálise apresentam capacidade normal para o trabalho; 39% apresentam capacidade parcial e 29% são totalmente incapacitados. Muito diferente desta realidade estão os pacientes transplantados que revelaram 68% reabilitação normal para o trabalho e 22% reabilitação parcial, sendo que somente 10% apresentam incapacidade.⁽¹²¹⁾

Pesquisas como as de Hirth⁽¹²²⁾ e Auslander⁽¹²³⁾ observando a força laborativa de pacientes renais crônicos em HD dividiu-os em dois grupos: os que tinham atividade e os que estavam inativos. Estes autores buscaram uma visão diferenciada sobre a inserção e a qualidade de vida cotidiana. A

descoberta destes estudos sugerem que pacientes em tratamento de HD inativos tem altos níveis estresse psicológico, dificuldade de aderir ao tratamento e “fraco” auto relato de saúde. O grupo que ativo apresentou menores níveis de ansiedade, baixos níveis de estresse psicológico e de hostilidade.

Um estudo longitudinal americano⁽¹²⁴⁾ que objetivou determinar as incapacidades em pacientes renais crônicos teve como resumo das estatísticas índices de que aproximadamente 42% dos pacientes renais crônicos estavam empregados antes de iniciar a diálise, 21% estavam empregados quando iniciaram a diálise e, somente 13% foram empregados após um ano de tratamento.

Embora no Brasil não tenhamos estudos semelhantes, deduz-se que algumas das razões alegadas nestes estudos poderiam ser aplicáveis aos nossos pacientes. O reconhecimento e o enfrentamento adequado destas alegações certamente ajudariam no equacionamento de alguns problemas nesta área.

Outra atividade que também vale destacar é o sono, mais afetado nos homens do que nas mulheres (27% contra 11,8%). A diferença observada foi estatisticamente significativa ($p=0,039$).

Vários estudos⁽¹²⁵⁻¹²⁸⁾ tem pesquisado a qualidade do sono e suas correlações com a qualidade de vida relacionada á saúde em pacientes renais crônicos, dada a importância do sono entre pacientes em HD. Os pesquisadores relatam que distúrbios do sono são extremamente comuns em

pacientes em tratamento hemodialítico e, associam-se com baixos escores de QVRS.⁽¹²⁶⁾

A pobre qualidade do sono no estudo de Unruh *et al.*⁽¹²⁵⁾ associa-se a: sexo masculino, doença coronariana e nível de fosfato-sérico, corroborando dados deste estudo, onde a maioria das ocorrências citadas foi no sexo masculino.

Para as demais atividades as diferenças encontrada entre os percentuais não foram estatisticamente significante.

3.6. Atividades cotidianas comprometidas com relação ao sexo e ao tempo de hemodiálise.

Outro ponto importante que merece ser destacado, como pode ser observado na tabela 7, que a ordem de ocorrências das atividades comprometidas não se manteve para homens e mulheres.

Tabela 7. Número de ocorrências e percentuais calculados para os pacientes do sexo masculino e feminino.

Atividade Comprometida	Sexo Masculino (n=74)		Sexo Feminino (n=51)	
	Nº de ocorrências	Percentual	Nº de ocorrências	Percentual
AC	70	94,6	50	98,0
AR	66	89,2	50	98,0
T	40	54,1	28	54,9
AD	23	31,1	38	74,5
AP	26	35,1	19	37,3
S	20	27,0	06	11,8
H	14	18,9	09	17,6
CP	11	14,9	09	17,6

AC – Atividades Corporais; AR – Atividades Recreativas; T – Trabalho; AD – Atividades Domésticas; AP – Atividades Práticas; S – Sono; H – Humor; CP – Cuidado Pessoal.

Assim como na amostra global as atividades corporais e recreativas continuam sendo as mais comprometidas, mas a ordem de ocorrências das demais atividades não se manteve para homens e mulheres.

Enquanto 74,5% das mulheres parecem se sentir mais afetadas pela IRC no desenvolvimento das atividades domésticas, apenas 31,1% dos homens acusam tal comprometimento. Sobre este aspecto, os dados dão evidências de diferença estatisticamente significativa com $p < 0,0001$.

Um estudo sobre o suporte domiciliar aos adultos com perda da independência sugere que o impacto das doenças crônicas não transmissíveis nas relações familiares desenvolve um processo de reorganização familiar,

sendo ocasionado quando alguém deixava de executar tarefas pessoais, domésticas e sociais.⁽¹²⁹⁾

Outros estudos revelam que cerca de 40% dos indivíduos mais de 65 anos de idade, portadores de doenças crônicas precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e limpar a casa. Uma parcela menor (10%) requer auxílio para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar e levantar de cadeiras e camas.^(54,130)

A atividade sono apresenta-se mais comprometida nos homens do que nas mulheres (27% contra 11,8%). A diferença observada foi estatisticamente significativa ($p=0,039$).

Estes dados remetem à preocupação de que a transição demográfica e a mudança do perfil epidemiológico das doenças, predominando as doenças crônicas não transmissíveis, exige novas estratégias para fazer frente ao exponencial número de pacientes crônicos. Estes, em geral possuem baixo nível sócio econômico e são consumidores de uma parcela desproporcional de recursos da saúde destinada ao financiamento de tratamentos longos e, por períodos indeterminados, como a IRC e a HD.

Portanto a cronicidade das doenças levando a falta de independência e autonomia ainda faz parte de uma face oculta da opinião pública, impedindo qualquer visibilidade e, conseqüentemente, qualquer preocupação política de proteção social.

Outro trabalho⁽⁹⁵⁾ relata que o nível de atividade dos pacientes pode ser alcançado com atividades físicas da vida diária, como tarefas domésticas, até

atividades como caminhar para o trabalho, subir escadas e dançar, bem como atividades de lazer e esportes.

Algumas atividades comprometidas mostraram-se relacionadas ao tempo de hemodiálise. São elas: trabalho, atividades domésticas e atividades práticas. A tabela 8 traz uma síntese dos resultados obtidos sobre a associação de cada uma das atividades com o tempo de hemodiálise.

Note que aqui a variável tempo de hemodiálise foi transformada numa variável categorizada, onde as categorias são: (1) tempo de até 12 meses; (2) tempo entre 13 e 60 meses; e (3) tempo acima de 60 meses. A figura 8 ilustra as diferenças encontradas.

Tabela 8. Valores de freqüências (n) e percentuais associados a cada categoria de tempo de hemodiálise; número de pacientes com a atividade comprometida (N); e valor p associado ao teste qui-quadrado.

Atividade Comprometida	Tempo de Hemodiálise						N	Valor p Teste χ^2
	(1)		(2)		(3)			
	N	%	N	%	N	%		
AC	43	93,5	63	96,9	14	100,0	120	0,4749
AR	42	91,3	61	93,9	13	92,9	116	0,8779
T	30	65,2	26	40,0	12	85,7	68	0,0014
T/ Homens	22	68,7	10	31,3	08	80,0	40	0,0023
AD	13	28,3	41	63,1	07	50,0	61	0,0014
AP	12	26,1	30	46,2	03	21,4	45	0,0459
S	10	21,7	13	20,0	03	21,4	26	0,9737
H	12	26,1	08	12,3	03	21,4	23	0,1736
CP	04	8,7	15	23,1	01	7,1	20	0,0795

AC – Atividades Corporais; AR – Atividades Recreativas; T – Trabalho; AD – Atividades Domésticas; AP – Atividades Práticas; S – Sono; H – Humor; CP – Cuidado Pessoal.

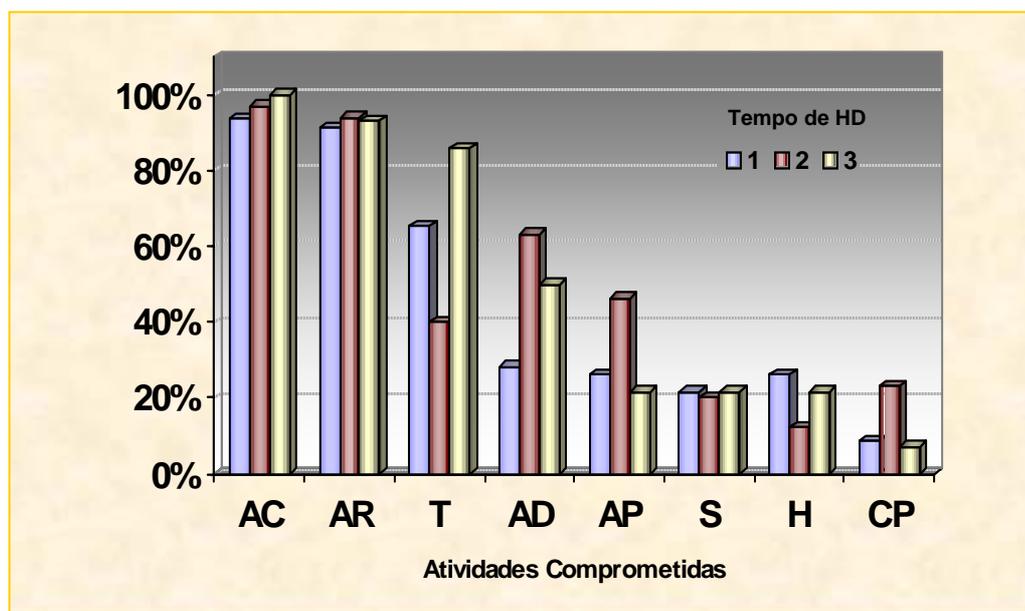


Figura 2. Distribuição das ocorrências de cada atividade comprometida, segundo a categoria de tempo de HD.

Estes resultados mostram características interessantes que sugerem que o paciente renal crônico em HD é permeado de alterações físicas e sociais, decorrentes da doença e do tratamento, e esta impõe limitações à sua vida cotidiana e exige adaptações.

De acordo com Lessa⁽¹³¹⁾ o comportamento epidemiológico das doenças renais crônicas é o mesmo das doenças crônicas não-transmissíveis: longo período de latência, curso clínico insidioso e prolongado, manifestações clínicas decorrentes de complicações da hipertensão arterial e diabetes.

As doenças crônicas não transmissíveis compõem-se de quatro elementos: a biologia humana, estilo de vida, ambiente e organização do sistema de atenção a saúde. Na biologia humana incluem-se características imutáveis como: idade, sexo, raça, herança genética entre outros. O elemento

estilo de vida compreende hábitos e comportamentos adquiridos social ou culturalmente como: padrões inadequados de calorias, tabagismo, sódio, inatividade física, isto é, hábitos e atividades ao longo da vida. O terceiro elemento, o ambiente, pode ser físico (clima, poluição) e, social (escolaridade, nível sócio-econômico), e o quarto elemento é a organização do sistema de atenção a saúde que consiste na disponibilidade qualitativa e quantitativa e na abrangência da medicina preventiva, curativa e de reabilitação para toda população. A associação entre estes elementos, reconhece-se a importância maior ou menor de um ou outro dos elementos do campo da saúde na determinação de algumas doenças crônicas não transmissíveis, incluindo a IRC.

Especificamente no caso do presente estudo, os renais crônicos apresentaram uma série de limitações gerando comprometimento em atividades, interferindo assim no seu cotidiano.

As atividades corporais e recreativas mantêm-se altas em todas as categorias de tempo (t1, t2 e t3).

Note que no primeiro ano de tratamento o trabalho é considerado um aspecto diário muito importante, ao passo que o tempo de HD aumenta, diminui a preocupação, ou seja “perde o interesse”, e a apatia toma conta. Observando o comportamento destes dados especificamente para os homens; no primeiro ano sentem-se comprometidos, depois no tempo que varia acima de um ano a cinco anos há um decréscimo desta preocupação, tornando a aumentar consideravelmente após cinco anos de tratamento.

Não desconsiderando que os renais crônicos compõem uma população heterogênea quanto a capacidade física, a qual interfere no desempenho do trabalho, é possível que esta variável contribua para mudança significativa na qualidade de vida de pacientes estudados.

As atividades domésticas tem um “comportamento” diferente. São pouco citadas no primeiro ano de tratamento, mas no período de um a cinco anos mostram-se preocupantes, sugerindo um aumento de percepção de limitações.

Quanto as atividades práticas que incluem idas ao supermercado, uso de transporte coletivo, e outras tarefas cotidianas, apresentam-se mais comprometidas no segundo tempo (um a cinco anos de HD).

Estes resultados esboçam as atividades que são comprometidas por esta clientela e, nos dão informações que irão ajudar a desenvolver e entender os padrões de participação.

Estes fatores que afetam a participação dentro do ambiente, família e comunidade, são necessários para examinar a complexa relação entre pessoa, ambiente e participação em ocupações.⁽¹¹⁷⁾

Alguns autores^(132,133) relatam que o paciente renal em tratamento de HD tem seu cotidiano modificado. Apresenta alterações na sua imagem corporal, pela presença da fistula, cateteres e complicações decorrentes da HD, outras reações de ordem emocional como: depressão, ansiedade medo da morte e, alterações de ordem social como capacidade para o trabalho diminuída, perda da autonomia, entre outras.

De acordo com Ribeiro⁽⁵⁴⁾ tais alterações físicas e psicossociais, devidas ao caráter crônico da doença, são relevantes para a condução de adequação do

paciente em tratamento, podendo assim possibilitar-lhe uma maior ou menor sobrevida.

Como a expectativa de vida dos pacientes com IRC em hemodiálise aumentou progressivamente ao longo dos últimos quarenta anos, concomitantemente alguns problemas surgiram. Estes previamente ignorados ou, não adequadamente abordados deixam lacunas nos cotidianos destes pacientes, embora afetem o bem estar e a qualidade de vida dos mesmos.

Desde então, trabalhos sobre QV foram desenvolvidos nesta área utilizando o SF-36, muitos deles apresentando resultados controversos. Um estudo comparativo entre transplantados renais, pacientes sadios e em tratamento de HD encontram escore superior em transplantados renais nos componentes do questionário (CSF e CSM) se comparado a pacientes em HD e, semelhantes aos escores de pacientes sadios, não podendo portanto afirmar que o transplante renal reabilita em todos os quesitos avaliados.⁽⁹⁸⁾

Desta forma a compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença desta clientela passa necessariamente por uma abordagem interdisciplinar e uma prática multiprofissional sendo necessário que os profissionais de saúde sejam conscientes da realidade humana e social para realizarem transformações.⁽⁸⁷⁾

O conhecimento sobre a participação em atividades e, uma visão geral sobre a QV destes pacientes pode realçar os serviços da equipe multiprofissional de natureza baseada em evidências e centralizada no cliente, visando despertar potencialidades e criar ações transformadoras.

Esta forma de análise atual, com instrumentos de medidas, possibilita a comparação de tratamentos complexos, definindo estratégias na área de saúde, com controle de efetividade e manutenção da QV dos pacientes.

Com relação as demais atividades analisadas, estas não apresentaram representatividade na amostra, apresentando percentuais inferiores a 50% de ocorrências.

4. CONCLUSÕES

4. CONCLUSÕES

Os resultados neste estudo dos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico, permitem as seguintes conclusões:

- a avaliação da QV dos renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico constata prejuízo na QV, com menores escores nos domínios: aspectos físicos, aspectos emocionais e vitalidade;
- as variáveis de QV em relação ao sexo não demonstram diferença estatisticamente significantes nos renais crônicos em tratamento hemodialítico entre os componentes físico e mental de homens e mulheres;
- as variáveis de QV quanto ao tempo de hemodiálise resultam em alta correlação no componente físico, indicando que quanto maior o tempo de HD mais baixos são os valores deste componente. A correlação com o componente mental não é estatisticamente relevante.
- as atividades corporais e recreativas são as atividades cotidianas identificadas como comprometidas nos renais crônicos, tanto para a amostra global como para a amostra estratificada por sexo;
- as atividades cotidianas em relação ao sexo evidenciam diferença estatisticamente significantes 74,5% das mulheres demonstram que as atividades domésticas estão afetadas e apenas 31,1% dos homens acusam tais comprometimentos;
- as atividades cotidianas: trabalho, atividades domésticas e atividades práticas apresentam correlação negativa quanto ao tempo de HD.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Innes E, Straker L. Strategies used when conducting work-related assessments. *Work* 2002; 19(2):149-65.
2. Carmo WB, Almeida SC, Melo FC, Oliveira VK, Henriques DM, Andrad LC, *et al.* Hipertensão arterial e hipertrofia ventricular esquerda em pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. *J Bras Nefrol* 2003; 25(1): 1-9.
3. Sesso R, Vera I, Drumond M. Factors associated with acceptance of patients for chronic dialysis. *Clin Nephrol* 2001; 56(3): 231-5.
4. Harris LE. Clinical correlates of functional status in patients with chronic renal insufficiency. *Am J Kidney Dis* 1993; 21(2): 161-6.
5. Mandigers CMPW. Renal replacement therapy in the elderly. *Netherlands J Med* 1996; 49:135-42.
6. Rowe MA. The impact of internal and external resources on functional outcomes in chronic illness. *Rev Nurs Health* 1996; 19:484-97.
7. Campolina AG. Qualidade de vida: da valorização á invenção de uma lógica de atenção a saúde. *Dr Rev Med* 2003; 30-1.
8. Martins LM, França APD, Kimura M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. *Rev Lat Am Enferm* 1996; 4(3):5-8.
9. Brasil VV. Qualidade de vida do portador de marcapasso cardíaco definitivo: antes e após implantes. *Rev Eletr Enf* 2002; 4(1):64 <http://www.fen.ufg.br>.

-
10. Madeira EQP, Lopes GS, Santos SFF. A investigação epidemiológica na prevenção da insuficiência renal terminal. Ênfase no estudo da agregação familiar 1998. <http://www.medonline.com.br/med-ed/med2/epidemiio.htm> .
 11. Duarte P. Tradução, adaptação cultural e validação do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos, em programa dialítico (KDQOL-SF™). [Dissertação] São Paulo (SP): UNIFESP; 2003.
 12. Devine O. The impact of ignoring measurement error when estimating sample size for epidemiologic studies. *Eval Health Prof* 2003; 26(3):315-39.
 13. Bayley TJ. Quality assurance. *Postgrad Med J* 1988; 64(752): 473-4.
 14. Organização Mundial da Saúde. World health organization warns of growing “crises of suffering” 2000; <http://who.int/whr/1997/presse.htm>.
 15. Painter P. The importance of exercise training in rehabilitation of patients with end-stage renal disease. *Am J Kidney Dis* 1994; 24:2-9.
 16. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência á Saúde. Estudo epidemiológico brasileiro sobre terapia renal substitutiva. Versão preliminar. Brasília (DF):Editora MS; 2002. p. 29-58.

17. Cesarino CB, Casagrande LDB. Paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: Atividade Educativa do Enfermeiro. *Rev Lat Am Enf* 1998; 6(4):31-40.
18. Shidler NR, Peterson RA, Kimmel PL. Quality of life and psychosocial relationships in patients with chronic renal insufficiency. *Am J Kidney Dis* 1998; 32(4):557-66
19. Law M. Participation in the occupations everyday life. *Am J Occup Ther* 2002; 56(6):640-9.
20. Diniz DHMP. Descrição da dinâmica de personalidade de crianças e adolescentes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. [Dissertação]. São Paulo (SP):UNIFESP; 2002.
21. Nordenfelt L. Concepts and measurement of quality of life in health care. Towards a theory of happiness:a subjectivist notion of quality of life. Dordrecht: Kluwer 1994; 35-57.
22. Hag I, Zinulabdin F, Navqi A, Rizvi AH, Ahmed SH. Psycosocial aspects of dilysis and renal transplant. *JPMA J Pak Med Ass* 1991; 41:99-100.
23. Suzuki K. Pesquisa sobre a qualidade de vida de pacientes de UTI: uma revisão de literatura. [Dissertação]. São Paulo (SP):Escola de Enfermagem /USP; 2002.

24. Kimmel PL. Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and outcomes. *Am J Kidney Dis* 2003; 35(4):132-40.
25. Gaiva MPM. Qualidade de vida e saúde. *Rev Enferm UERJ* 1998; 6(2):377-82.
26. Buck D, Jacoby A, Massey A, Ford G. Evaluation of measures used to assess quality of life after stroke. *Stroke* 2000; 31(18):2004-10.
27. Guyatt GH, Feeney DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med* 1993; 118: 622-29.
28. Thomé FS, Karol C, Gonçalves LFS, Manfro RC. Métodos dialíticos. In: Barros E, Manfro RC, Thome FS, Gonçalves LF, editores. *Nefrologia Rotinas, diagnóstico e tratamento* Porto Alegre (RS): Ed. Artes Médicas 1999; p.441- 459.
29. Brunner S. Resposta humana á doença. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 8ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogann; 1998. p.104-114.
30. Cameron JS. The future of nephrology with special regard to advances in treatment. *Kidney Int* 1992; 42(suppl 38):S203-S214.
31. Agodoa LW, Jones CA, Held PJ. End-Stage Renal Disease in the USA: Data from the United States Renal Data System. *Am J Nephrol* 1996; 16: 7-16.

32. Chugh KS, Jha V. Differences in the care of ESRD patients worldwide: Required resources and future outlook. *Kidney Int* 1995; 48(suppl): S7-S13.
33. D' Amico G. Comparatibility of the different registries on renal replacement therapy. *Am J Kidney Dis* 1995; 25:113-118.
34. Garcia VD, Abbud MF, Keitel E, Neumann J. Situação atual do processo doação-transplante. In: Garcia VD, editor. *Por uma politica de transplante no Brasil*. São Paulo(SP): Office; 2000. p.19-35.
35. Cean JF, Martinez FG, Schwedt E, Mazzuchi O. On behalf of the Latin American Registry of dialysis and renal transplatation. *Renal Replac Ther and Kidney Int* 2000; 57:55-59.
36. Silva Jr HT, Pestana JOM. Avanços na imunossupressão do transplante renal. In: Shor N, Srougi M, editores. *Nefrologia e Urologia*. São Paulo: Sarvier; 1998. p.272-8.
37. Romão Jr JE, Araújo MR. Hemodiálise. In: Shor N, Srougi M, editores. *Nefrologia e Urologia*. São Paulo: Sarvier; 1998. p.37-41.
38. Pecoits Filho RFS, Riella MC. Diálise peritoneal ambulatorial contínua. In: Shor N, Srougi M, editores. *Nefrologia e Urologia*. São Paulo: Sarvier; 1998. p.47-51.

39. Sociedade Brasileira de Nefrologia. 2002;
<http://www.sbn.org.Br/Censo/censo01.htm>.
40. Lima AFC. O significado da hemodiálise para o paciente renal crônico: a busca por uma melhor qualidade de vida. [Dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2000.
41. Salomão A. Hemodiálise curta diária. *J Bras Nefrol* 2002; 24(4): 168-75.
42. Berg RL, Ornt DB. End state renal disease: How many, how much? *Am J Public Health* 1984; 74:45.
43. Moraes JLR, Lima MDC, Cavalcanti TCW. Avaliação do grau de depressão de pacientes em hemodiálise crônica. *CCS* 1985; 7(1):15-8.
44. Sesso R, Fernandes PF, Anção M, Drummond M, Draibe S, Sigulem D, *et al*. Acesso ao tratamento dialítico crônico: deficiente e desigual. *Rev Ass Med Bras* 1996; 42(2):84-8.
45. Neto JFR, Ferraz MB, Cendoroglo M, Draibe S, Yu L & Sesso R. Quality of life at the initiation of maintenance dialysis treatment-a comparison between the SF-36 and the KDQ questionnaires. *Qual of life Res* 2000; 9(1):101-107.
46. 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(1):142-9.

47. Alvarenga MCV, Ciconelli RM, Souza JAC, Costa MXTN, Ruivo GF, Campos BES. Avaliação da qualidade de vida em nefropatas crônicos submetidos a hemodiálise. *J Bras Nefrol* 2002; 24(1):42-48.
48. Machado LRC. A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica em hemodiálise: entre o inevitável e o casual. [Dissertação]. São Paulo (SP):Escola de Enfermagem/USP; 2001.
49. Wilson R, Godwin M, Seguin R, Burrows P, Caulfield P, Toffelmire E, *et al.* End-stage renal disease: factors affecting referral decisions by family physicians in Canada, the United States, and Britain. *Am J Kidney Dis* 2001; 38(1):42-8.
50. Borges ZN. Motivações para doar e receber: estudo sobre transplante renal entre vivos. In: Duarte LFD, Leal OF, editores. Doença, sofrimento e perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: FioCruz; 1998. p.169-79.
51. Gualda DMR. Humanização do processo de cuidar. In: Cianciarullo TI, Fugulin FMT, Andreoni S, editores. A hemodiálise em questão: opção pela qualidade assistencial. C&Q. São Paulo: Ícone; 1998. p. 23-30.
52. Campo A. Transtornos depressivos em pacientes de uma unidade de hemodiálise. *Acta Méd Colomb* 1998; 23(2):58-61.

53. Borges ZN. A construção social da doença: um estudo das representações sobre o transplante renal. In: Leal OF, editor. O corpo e significado: ensaios de antropologia social. Porto Alegre (RS): Editora Universidade/UFRGS; 1995. p.361-7.
54. Ribeiro RCHM. A condição do idoso com insuficiência renal crônica. [Dissertação]. Ribeirão Preto – USP – Escola de Enfermagem; 2000.
55. Gomes CMA. Descrição da qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise. Rev Med Minas Gerais 1997; 7(2): 60-3.
56. Zhan L. Quality of life:conceptual and measurement issues. J Adv Nurs 1992; 17:795-800.
57. Byrne C, Nedelman J, Luke RG. Race, socioeconomic state and the development of end-stage renal disease. Am J Kidney Dis 1994; 23:16-22.
58. Beck CLC, Budo MLD, Gonzales RMB. A qualidade de vida na concepção de um grupo de professores de enfermagem-elementos para reflexão. Rev Esc Enferm USP 1999; 33(4):348-54.
59. Silva LMG. Qualidade de vida e transplante de medula óssea em neoplasias hematológicas. [Dissertação] São Paulo(SP): Escola de Enfermagem da USP; 2000.
60. Kimura M. Tradução para o português e validação do “Quality of Life Index”, de Ferrans e Powers, editores. [Tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem USP; 1999.

61. Ferrans CE, Powers MJ. Quality of life of hemodialysis patients. *ANNA J* 1993; 20(5):575-81.
62. Sesso R, Nehmi Y, Barbosa DM, Machado CE, Sato I, Pestana JOA, *et al.* Qualidade de vida dos pacientes com insuficiência renal crônica terminal. *J Bras Nefrol* 1987;9(2):24-8.
63. Clapis MJ. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama: uma perspectiva de gênero. [Tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1996.
64. Fitzsimmons SC, Agodoa L, Striker L, Conti F, Striker G. Kidney disease of diabetes mellitus: NIDDK initiatives for the comprehensive study of its natural history, pathogenesis and prevention. *Am J Kidney Dis* 1989; 16:7-10.
65. Sesso R, Stabile C, Draibe S, Aszen H, Ramos OL. Custo-efetividade do tratamento da insuficiência renal crônica terminal no Brasil. *J Bras Nefrol* 1997; 9(3):45-53.
66. Hagren B, Pettersen IM, Severinsson E, Lutzén K, Clyne N. The haemodialysis machine as a lifeline: experiences of suffering from end-stage renal disease. *J Adv Nursing* 2001; 34(2):196-202.
67. Cianciarullo TI. Cidadania e qualidade de vida. In: Cianciarullo TI, Fugulin FMT, Andreoni S, editores. *A hemodiálise em questão: opção pela qualidade assistencial*. São Paulo: Ícone; 1998. p. 31-6.

68. Castro M, Cauby AVS, Draibe AS, 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):245-9.
69. Fonseca AD, Madureira VS. Qualidade de vida e IRC. *Rev Bras Enferm.* 2003; 56(3): 306-9.
70. Ruta DA, Garratt AM, Leng M, Russel IT, McDonald LM. A new approach to the measurement of quality of life. The patient generated index. *Med Care* 1994; 32:1109-1126.
71. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res* 1998; 7(4): 323-35.
72. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore B, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care. I. Applications and issues in assessment. *BMJ* 1992; 305:1074-77.
73. Guyatt GH, Naylor CD, Juniper E, Heyland DK, Jaesche R, Cook DJ, *et al.* User's guides to the medical literature: how to use articles about health-related quality of life. *JAMA* 1997; 277(15):1232-7.
74. Valderrabano F, Jofre R, Lopez-Gomez JM. Quality of life in end-renal disease patients. *Am J Kidney Dis* 2001; 38(3):443-64.

75. Katz JN, Larson MG, Phillips CB, Fossel AH, Liang MH. Comparative measurement sensitivity of short and longer health status instruments. *Med Care*. 1992; 30(10):917-25.
76. Apolone G, Mosconi P. Review of the concept of quality of life assessment and discussion of the present trend in clinical research. *Nephrol Dial Transplant* 1998; 13(1):65-9.
77. Cagney KA, Wu AW, Fink NE, Jenckens MW, Meyer KB, Bass EB, *et al.* Formal literature review of quality of life instruments used in end-stage renal disease. *Am J Kidney Disease* 2000; 36(2):327-336.
78. Rettig RA, Sadler JH, Meyer KB, Wasson JH, Parkerson GR, Kantz B, *et al.* Assessing health and quality of life outcomes in dialysis: a report to an Institute of Medicine Workshop. *Am J Kidney Dis* 1997; 30:140-55.
79. Patrick D, Erickson P. Health status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation. New York: Oxford University Press; 1993.
80. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36(Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1999; 39:143-150.
81. WHO Survey Program. http://www.who.int/health-systems-performance/regional_consultations/searo_background4.pdf.

82. Pereira LC, Chang J, Fadil-Romão MA, Abensur H, Araujo MRT, Noronha IL, *et al.* Qualidade de vida relacionada a saúde em paciente transplantado renal. *J Bras Nefrol* 2003; 25(1):10-6.
83. Ravagnani LMB. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos á transplante renal [dissertação] . São José do Rio Preto(SP) : Faculdade de Medicina de Rio Preto ; 2002.
84. Thornton TA, Hakim RM. Meaningful rehabilitation of the end-stage renal disease patients. *Semin Nephrol* 1997; 17(3):246-52.
85. Fernandes MT, Sesso R, Martins PA, Sawaya AL. Increased blood pressure in adolescents of low socioeconomic status with short stature. *Pediatr Nephrol* 2003; 18(5):435-9.
86. Kielhofner G. Conceptual Foundations of occupational therapy. Philadelphia: F.A. Davis; 1992.
87. Demo P. Metodologia científica em ciências sociais. 2ªed São Paulo: Atlas; 1989.
88. CNS. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibe1.asp?cod_noticia=190.
89. Ware JE. SF-36 health survey update. *SPINE* 2000; 25(24):3130-3139.

90. Fadil-Romão MA. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em programa de hemodiálise. [Dissertação] São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP; 2001.
91. Gross CR, Limwattananon C, Matthees B, Zeher JL, Savik K. Impact of transplantation on quality of life in patients with diabetes and renal dysfunction. *Transplantation* 2001; 70:1736-46.
92. Kusztal M, Nowak K, Magott-Procelewska M, Weyde W, Penar J. Evaluating of health-related quality of life in dialysis patient personal experience using questionnaire SF-36. *Pol Merkuriusz Lek* 2003; 14(80):113- 7
93. Belasco AG, Sesso R. Burden and quality of life of caregivers for hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2002; 39(4): 805-12.
94. Curtin RB, Lowrie EG, DeOreo PB. Self-reported functional status: an important predictor of health outcomes among end-stage renal disease patients. *Adv Ren Replace Ther* 1999; 6(2):133-40.
95. Tawney KW, Tawney PJ, Hladik G, Hogan SL, Falk RJ Weaver C, *et al.* The life readiness program: a physical rehabilitation program for patients on hemodialysis. *Am J Kidney Dis* 2000; 36(3):581-91.

96. Curtin RB, Bultman DC, Thomas-Hawkings C, Walters BA, Schatell I. Hemodialysis patient's symptom experiences: effects on physical and mental functioning. *Nephrol Nurs J.* 2002; 29(6):562-574.
97. Di Corrado D, Di Nuovo S, Ianetti E, Carpinteri G, Vitale M, Squatrito R, *et al.* Quality of life in hemodialysis patients: the effect of educational status. *Clin Ter* 2000; 151(4):235-9.
98. Merkus MP, Jager KJ, Dekker FW, Boeshoten EW, Stevens P, Krecker RT. Quality of life in patients on chronic dialysis: self-assessment months after start of treatment. The Necosad Study Group. *Am J Kidney Dis* 1997; 29(4):584-92.
99. Moreno F, Lopez-Gomes JM, Jofre R, Valderrabano F. Quality of life in dialysis patients. A Spanish multicenter study. *Nephrol Dial Transplant* 1996; 11:25-9.
100. Baiardi F, Esposito ED, Cocchi R, Fabbri 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(1):61-67.
101. Sesso R, Rodrigues-Neto JF, Ferraz MB. Impact of socioeconomic status on the quality of life of ESRD patients. *Am J Kidney Dis* 2003; 41(1):186-95.
102. Portaria Nº 1.654, de 17 de setembro de 2002.
<http://www.sbn.org.br/Portarias/portaria41.htm>.

103. Pereira LC, Chang J, Abensur H, Araujo MRT, Noronha JL, Romão Jr JE. Qualidade de vida no paciente diabético em hemodiálise. *J Bras Nefrol* 2002; 24(S2):159.
104. Chow FI, Briganti EM, Kerr PG, Chadban SJ, Zimmet PZ, Atkins I. Health-related quality of life in Australian adults with renal insufficiency: a population-based study. *Am J Kidney Dis* 2003; 41(3): 596-604.
105. Meyer KB, Espindle DM, DeGiacomo JM, Constance SJ, Kurtin PS, Davies AR. Monitoring dialysis patient's health status. *Am J Kidney Dis* 1994; 24:267-79.
106. Mingard G, Cornaiba L, Cortinavis E, Ruggiata R, Mosconi P, Apolone G. Health-related quality of life in dialysis patients. A report from a Italian study using the SF-36 health survey. *Nephrol Dial Transplant* 1999; 14:503-10.
107. Flores e Silva Y, Franco MC. Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem. Florianópolis (SC): Papa-Livro; 1996.
108. Sesso R, Yoshihiro MM. Time of diagnosis of chronic renal failure and assessment of quality of life in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 1997; 12:2111-16.
109. Fugisawa M, Ichikawa Y, Yoshiya K, Isotani S, Higuchi A, Nagano S, *et al.* Assessment of health-related quality of life in renal transplant and hemodialysis patients using the SF-36 health survey. *Urology* 2000; 1(2):201-6.

110. MacCann K, Boore JR. Fatigue in persons with renal failure who require maintenance haemodialysis. *J Adv Nurs* 2000; 32(5): 1132-42.
111. Oh-Park M, Fast A, Gopal S, Lynn R, Frei G, Drenth R, *et al.* Exercise for the dialyzed: aerobic and strength training during hemodialysis. *Am J Phys Med Rehabil* 2002; 81:814-21.
112. Iborra MC, Pico VL, Castillo A, Ramon Filho C. Quality of life and exercise in renal disease. *EDNA ERCA J* 2000; 26(1):38-40.
113. Terada I, Hyde C. The SF-36: an instrument for measuring quality of life in ESRD patients. *EDNA ERCA J* 2002; 28(2):73-6.
114. Leite IC, Scharmamm JMA, Gadelha AMJ. Comparação das informações sobre a prevalência de doenças crônicas obtidas pelo suplemento saúde da PNDA/98 e as estimadas pelo estudo carga de doença no Brasil. *Cienc e Saúde Col* 2002; 7(4):733-741.
115. Gentry D, Brown-Holbert J, Andrews C. Racial impact: increasing minority consent rate by altering the racial mix of an organ procurement organization. *Transplant Proc.* 1985; 29(8): 3758-9.
116. Kosik K. *Dialética do concreto*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1986
117. Baker NA, Jacobs K. The nature in the United States: an occupational therapy perspective. *Work* 2003; 20(1): 53-61.

118. Woods JD, Port FK, Orzol S, Buoncristiani U, Young E, Wolfe RA, *et al.* Clinical and biochemical correlates of starting “daily” hemodialysis. *Kidney Int* 1999; 55:2467-2476.
119. Miranda EMF, Krollmann MAOS, Silva CA. O Perfil psicológico do paciente renal crônico. *J Bras Nefrol* 1993; 15(3):85-91
120. International Labour Office (ILO). International Labour Office Classification Central Statistics Office. Labour Force Survey. Dublin, 1996. *J Nephrol* 2000; 13(2):142-9.
121. Ianhez LE. Transplante renal no Brasil. *J Bras Nefrol* 1994; 1(16):5-6
122. Hirth RA, Chernew ME, Turenne MN, Pauly MV, Orzol SM, Held P. Chronic illness, treatment choice and workforce participation. *Int J Health Care Finance Econ* 2003; 3(3):167-81
123. Auslander GK, Buchs A. Evaluating an activity intervention with hemodialysis patient Israel. *Soc Work Health Care* 2002; 35(1):407-23.
124. Determinants of disability in patients with chronic renal failure 2000. <http://www.ahrq.gov/clinic/episums/renalsum.htm>
125. Unruh MI, Hartunian MG, Chapman NM, Jaber BI. Sleep quality and clinical correlates in patients on maintain dialysis. *Clin Nephrol* 2003; 59(4): 280-8.

126. Parker RM, Ratzan SC, Lurie N. Health literacy: a policy challenge for advancing high-quality health care. *Health Aff (Millwood)* 2003; 22(4): 147-53.
127. Henderson LW, Jacobs C. Frontiers in Renal disease. *Kidney Int* 1992; 42(suppl 38): S1-S214.
128. Williams M. Rehabilitating the frail and elderly on renal replacement therapy. *EDNA ERCA J* 2001; 27(2): 64-74.
129. Costa MFL, Guerra H, Uchoa F, Firmo J. Projeto Bambuí: um Estudo Epidemiológico de Características Sociodemográficas, Suporte Social e Indicadores de Condição de Saúde dos Idosos em Comparação aos Adultos Jovens 2002. http://www.funasa.gov.br/pub/iesus/pdfs/iesus_vol11_2/iesus_vol11_2_35.pdf.
130. Thomas-Hawkins C. Symptom distress and day-to-day changes in functional status in chronic hemodialysis patients. *Nephrol Nurs J* 2000; 27(4): 369-79.
131. Lessa I. O adulto brasileiro e doenças da modernidade. *Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis* São Paulo: Hucitec Abrasco; 1998.
132. Iwamoto HH. O paciente renal crônico: retrato de uma realidade. [Dissertação] Ribeirão Preto(SP): USP; 1998.

133. Patrick DL, Bergner M. Measurement of health status in 1990s. *Annu Rev Public Health* 1990; 11: 165-83.