



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

RAQUEL SOUZA DA SILVA

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS EM TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA
HEMODIALÍTICA NO ESTADO DO AMAPÁ**

**MACAPÁ
2017**

RAQUEL SOUZA DA SILVA

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS EM TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA
HEMODIALÍTICA NO ESTADO DO AMAPÁ**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS) da Universidade Federal do Amapá (Unifap), como requisito final para à obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Anneli Mercedes Celis de Cárdenas.

Área de Concentração: Saúde Pública e Epidemiologia.

Linha de pesquisa: Qualidade de vida e Saúde.

**MACAPÁ
2017**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA FONTE.

Assinatura: _____

Data ____/____/____

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal do Amapá

370

S586q Silva, Raquel Souza da.

Qualidade de vida de pessoas em terapia renal substitutiva hemodialítica no estado do amapá / Raquel Souza da Silva; orientadora, Anneli Mercedes Celis de Cárdenas. – Macapá, 2017.

100 p.

Dissertação (Mestrado) – Fundação Universidade Federal do Amapá, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

1. Insuficiência renal crônica. 2. Hemodiálise – Pacientes. 3. Doença renal – Qualidade de vida. I. Cárdenas, Anneli Mercedes Celis de, orientadora. II. Fundação Universidade Federal do Amapá. III. Título.

RAQUEL SOUZA DA SILVA

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS EM TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA
HEMODIALÍTICA NO ESTADO DO AMAPÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS) da Universidade Federal do Amapá (Unifap), como requisito final para à obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em: 09/08/2017 às 16:30'.

Prof^a. Enf^a. Dr^a. Aneli Mercedes Celis de Cárdenas
Universidade Federal do Amapá-Unifap
Orientadora

Banca Examinadora:

Prof^a. Enf^a. Dr^a. Rosemary Ferreira de Andrade
Universidade Federal do Amapá - Unifap
Examinadora 1

Prof. Biol. Dr. Júlio César Sá de Oliveira
Universidade Federal do Amapá - Unifap
Examinador 2

Prof^a. Enf^a. Dr^a. Francineide Pereira da Silva Pena
Universidade Federal do Amapá - Unifap
Examinadora 3

**MACAPÁ
2017**

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a **Deus** pelo dom da vida. "Deem graças em todas as circunstâncias, pois esta é a vontade de Deus para vocês em Cristo Jesus".

1. Tessalonicenses 5:18

Agradeço a minha orientadora, **Drª Anneli Mercedes Celis de Cárdenas**, pela sua paz e sabedoria na condução desta dissertação. Me sinto honrada em poder estar sob sua orientação nesta etapa tão importante da minha vida.

Aos meus queridos ex-alunos, hoje enfermeiros, **Atos Campos, Valdir Junior Gouveia, Ilze Pedroso e Paulo César Beckman**. Agradeço a parceria e colaboração. De suas mãos, unidas às minhas, nasceu esta pesquisa, agradeço pelo auxílio durante o período de coleta dos dados. Sucesso em suas vidas!

Ao casal especial que Deus me presenteou, **Drª Francineide Pereira da Silva Pena e Dr. José Luís da Cunha Pena**. Sua amizade, companheirismo e apoio nos momentos bons e ruins da minha vida torna suave meu fardo. Agradeço a sabedoria e o estímulo. Amo muito vocês!

À amiga amada e a companheira de profissão mais feliz que pude ter, **Karina Cristiane Castelo Branco Rodrigues de Melo**. Sua nobreza se assemelha à imponência do seu nome, sua cumplicidade e compreensão foram vitais por todo esse período. Você mora no meu coração!

A todos os amigos do mestrado. Em especial, ao amigo de especialidade **João de Barros Neto**, médico nefrologista, juntos na causa nobre que é cuidar das pessoas com doença renal crônica. Admiro você por sua dedicação e agradeço por todos os encorajamentos que a mim dispensou. Esteja certo de que vai longe. É um exemplo de competência.

Aos responsáveis técnicos do Centro de nefrologia do Estado do Amapá, **médica Maria Emília Fernandes e Enfermeira Leila Nazaré da Silva**, agradeço pela oportunidade de acesso aos participantes da pesquisa e pelo fato de todos os funcionários do CN serem sempre solícitos. A todos que colaboraram de alguma maneira, meu muito obrigada!

Por fim, agradeço aos amados **doentes renais crônicos** pela bondade com que receberam esta pesquisa, por serem tão colaborativos e interessados. Mesmo diante das dificuldades pessoais que cada um enfrenta, não mediram esforços durante abordagem feita. Não existe exemplo maior do que a vontade de viver dos DRC. Vocês são o testemunho concreto da fé. Foi uma inenarrável honra!

DEDICATÓRIA

Ao meu pai do coração, **José María Canté** (in memoriam), “não sei por que você se foi, quantas saudades eu senti... você marcou a minha vida, viveu, morreu na minha história...”, meu amor, meu exemplo de vida, não existem palavras para expressar a saudade que sinto, grata por ter provido minha formação profissional, de suas mãos recebi meu primeiro livro de enfermagem. Sempre acreditou no meu potencial, e aqui estou, firme no propósito. Vou amá-lo por toda a eternidade!

À minha mãe do coração, **Arilda dos Santos Canté**, meu anjo da guarda. Apesar da distância geográfica, sinto a brisa suave trazer o seu amor a mim. Obrigada por me escolher e pelas suas incessantes orações e fé. Amo você, mamy!

A minha genitora, **Carolina Souza da Silva** (in memoriam). Agradeço por me colocar neste mundo e por ter sido tão generosa perante as suas dificuldades que a obrigaram a adoção de uma filha. Eu nunca a chamei de mãe, mas, no meu coração, você sempre teve morada. Que esteja descansando no Senhor, mãe!

Aos meus irmãos, **José de Arimatéia, José Arildo, Moisés Santos, Irlanisson Silva, Christiane Silva, Rachel Canté e Tânia Costa**, pela compreensão, apoio e aprendizado diante dos momentos difíceis. Alguns consanguíneos, outros de coração, mas o que vale nesta vida é o amor que nutrimos uns pelos outros. Obrigada por fazerem parte da minha vida.

Em especial, a minha querida e amada irmã **Rute dos Santos Canté**, companheira de profissão e especialidade, amiga leal, que compreende minhas limitações e temperamento. Obrigada por estar sempre por perto, me encorajando e emprestando seu ombro amigo diante das adversidades. Amo muito você!

Aos meus **sobrinhos** queridos, que me alegram, com a humildade e simplicidade que encaram a vida, da caçula até o mais velho, são sempre amorosos comigo. Não importa onde eu vá, levo vocês no meu olhar!

Aos amigos enfermeiros, **Regiane de Paula, Elzo Vieira, Luíza Nunes, Diego Mauer e Gabriel do Rosário**, mais chegados que um irmão, pelo apoio moral e palavras positivas. Vocês têm as chaves do meu coração!

Por fim, a você **Anderson Gleison Azevedo Rodrigues**, como diz a canção: “O que será que meu Deus pensava Quando criou você? Acho que ele estava pensando em mim ...” muitas são as dificuldades enfrentadas, mais só nós sabemos que nos completamos, sua tranquilidade e paciência me equilibram. E pela fé seguiremos. Amo você!



*“A verdadeira medida de um homem não se vê na forma
como se comporta em momentos de conforto e conveniência,
mas em como se mantém em tempos de controvérsia e
desafio”.*

Martin Luther King

RESUMO

Introdução: a doença renal crônica é considerada um problema mundial de saúde pública. As mudanças no estilo de vida de pessoa em hemodiálise ocasionam limitações físicas, psicológicas, familiares e sociais, comprometimento da qualidade de vida relacionada à Saúde. **Objetivo Geral:** avaliar a qualidade de vida das pessoas com doença renal crônica submetidas a Terapia Renal Substitutiva hemodialítica. **Método:** pesquisa descritiva exploratória, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, desenvolvida no período de setembro a dezembro de 2016, em um centro de nefrologia, no município de Macapá. A população do estudo foi de 123 adultos. Os dados foram coletados por meio de entrevista aplicada pela pesquisadora no local do estudo. As variáveis investigadas foram sociodemográficas e clínicas por meio de um instrumento para sua caracterização; além da aplicação da escala Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form (KDQOL-SF™) para avaliação da Qualidade de Vida Relacionada a Saúde. Para análise estatística descritiva e inferencial, foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22 para Windows. **Resultados:** predomínio do sexo masculino (70,7%), pardos (61,0%), naturais do Amapá (58,5%) e residentes em Macapá-AP (80,5%), a maioria solteiros (39,0%), Ensino Fundamental incompleto (41,5%), recebem auxílio do governo (66,7%) e renda familiar até um salário mínimo (48,8%). São ex-tabagistas 71 (57,7%); ex-etilistas 48 (39,0%); e 10 (8,1%) referiram fazer uso de outras drogas. Praticam atividade física 42,3%. Apenas 35,0% deles fazem tratamento dialítico há mais de cinco anos. Cerca de (46,8%) apresentaram IMC \geq 25,0. Comorbidades presentes em (83,7%), Hipertensão Arterial (75,6%) e Diabetes Mellitus (39,0%). Hematócrito (29,6) e hemoglobina (10,0). Ureia (137,6) e creatinina (11,0). As dimensões da ESRD/(KDQOL-SF™) com médias mais elevadas na função cognitiva (M = 88,73), qualidade da interação social (M = 87,26), função sexual (M = 87,05) e suporte social (M = 81,84). Obtiveram médias baixas: a carga de doença renal (M = 48,42) e situação de trabalho (M = 28,86). No SF-36, apresentaram médias mais altas as dimensões: bem-estar emocional (M = 77,56), função social (M = 77,34), dor (M = 68,80) e energia/fadiga (M = 66,06). E com médias baixas: as dimensões papel-emocional (43,36), funcionamento físico (35,98) e papel-físico (29,07). Entre as correlações, os que praticam atividades físicas apresentam melhores níveis de: sono, funcionamento físico, papel-físico e energia/fadiga. IMC está negativamente correlacionado com a função sexual e sono. **Conclusão:** as dimensões do KDQOL-SF™ que apresentaram destaque na população investigada foram função cognitiva, qualidade da interação social, função sexual e suporte social.

PALAVRAS-CHAVES: Doença Renal Crônica; Qualidade de vida; Hemodiálise; Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: kidney chronic disease is considered a global public health problem. Changes in the lifestyle of a person submitted to hemodialysis cause physical, psychological, family and social constraints, hindering health-related quality of life. **General Objective:** to assess the quality of life of people suffering from chronic kidney disease submitted to Kidney Replacement Therapy. **Method:** descriptive, exploratory, cross-sectional research study, quantitative approach, developed in a nephrology center in the municipality of Macapá, Amapá State, Brazil, between September and December, 2016. The studied population comprised 123 adults. Data were collected by means of an interview applied by the researcher in the setting of the study. Sociodemographic and clinical variables were investigated by means of an instrument to characterize them; a Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form (KDQOL-SF™) Scale was also applied to assess the Related Quality of Life. For the inferential and descriptive statistical analysis, the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22 for Windows was used. **Results:** prevalence of males (70.7%), mixed race (61.0%), born in Amapá State (58.5%), and living in Macapá- Amapá State, Brazil (80.5%), mostly single (39.0%), Incomplete Middle School – 1st to 9th grades - (41.5%), governmental financial assistance (66.7%), and family income up to one minimum wage (48.8%). They are ex-smokers (71 – 57.7%); former alcoholics (48 – 39.0%); and 10 (8.1%) reported other drugs use. They exercise (42.3%). Only 35.0% of them have undergone hemodialysis therapy for over five years. About 46.8% presented BMI \geq 25.0. Evidenced comorbidities in 83.7%, Arterial Hypertension (75.6%) and Diabetes Mellitus (39.0%). Hematocrit (29.6) and hemoglobin (10.0). Urea (137.6) and creatinine (11.0). ESRD/(KDQOL-SF™) dimensions with the highest mean values for the cognitive function (M = 88.73), quality of social interaction (M = 87.26), sexual function (M = 87.05) and social support (M = 81.84). The lowest mean values were verified as follows: the burden of kidney disease (M = 48.42) and work status (M = 28.86). Applying the SF-36, the highest mean values were scored by the dimensions as follows: emotional well-being (M = 77.56), social function (M = 77.34), pain (M = 68.80) and energy/fatigue (M = 66.06). And low mean scores for the dimensions: emotional role (43.36), physical functioning (35.98) and physical role (29.07). Among the correlations, the subjects who exercise evidence better levels of: sleep, physical functioning, physical role and energy/fatigue. BMI is negatively correlated with sexual function and sleep. **Conclusion:** the KDQOL-SF™ dimensions which stood out in the investigated population were cognitive function, quality of social interaction, sexual function and social support.

KEY WORDS: Chronic Kidney Disease; Quality of life; Hemodialysis; Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------------|--|
| CN | CENTRO DE NEFROLOGIA |
| DC | DOENÇAS CRÔNICAS |
| DM | DIABETES MELLITUS |
| DP | DIÁLISE PERITONEAL |
| <i>Dp</i> | DESVIO-PADRÃO |
| DR | DOENÇA RENAL |
| DRC | DOENÇA RENAL CRÔNICA/DOENTES RENAIIS CRÔNICOS |
| ESRD | DOENÇA RENAL EM ESTÁGIO FINAL (<i>End Stage Renal Disease</i>) |
| FAV | FÍSTULA ARTERIOVENOSA |
| HAS | HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA |
| Hb | HEMOGLOBINA |
| HBV | VÍRUS DA HEPATITE B |
| HCAL | HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR. ALBERTO LIMA |
| HCV | VÍRUS DA HEPATITE C |
| HD | HEMODIÁLISE |
| HIV | VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA |
| Ht | HEMATOCRITO |
| IMC | ÍNDICE DE MASSA CORPORAL |
| IRA | INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA |
| IRC | INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA |
| <i>M</i> | MÉDIA |
| KDQOL | KIDNEY DISEASE AND QUALITY-OF-LIFE SHORT-FORM |
| KTV | DIALYSIS CLEARANCE OF UREA, TIME/VOLUME OF DISTRIBUTION |
| <i>p</i> | VALOR DE SIGNIFICÂNCIA DOS TESTES ESTATÍSTICOS |
| QV | QUALIDADE DE VIDA |
| QVRS | QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE |
| <i>R</i> | COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO DE SPEARMAN |
| RT | RESPONSÁVEL TÉCNICA |
| SBN | SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA |
| SESA | SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE |
| SUS | SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE |
| TFG | TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR |
| TRS | TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA |
| VIGITEL | VIGILÂNCIA DE DC POR INQUÉRITO TELEFÔNICO |

LISTA DE TABELAS E FIGURA

| | | |
|------------------|--|----|
| TABELA 1 | Caraterização de pessoas com doença renal crônica quanto às variáveis sociodemográficas, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123). | 38 |
| TABELA 2 | Caraterização de pessoas com doença renal crônica quanto às variáveis hábitos de vida e clínica, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123). | 40 |
| TABELA 3 | Caraterização de pessoas com doença renal crônica quanto às variáveis laboratoriais Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123). | 43 |
| TABELA 4 | Caracterização das dimensões e confiabilidade da Escala KDQOL-SF™ 1.3 de pessoas com doença renal crônica, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123). | 45 |
| TABELA 5 | Caracterização das dimensões da escala Escala KDQOL-SF™ 1.3 de pessoas com doença renal crônica, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123). | 46 |
| TABELA 6 | Comparação das dimensões da Escala KDQOL-SF™ 1.3 com o sexo de pessoas com doença renal crônica, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123). | 49 |
| TABELA 7 | Comparação das dimensões da Escala KDQOL-SF™ 1.3 com a residência de pessoas com doença renal crônica, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123). | 49 |
| TABELA 8 | Comparação das dimensões da Escala KDQOL-SF™ 1.3 com o estado civil de pessoas com DRC, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123). | 50 |
| TABELA 9 | Comparação das dimensões da Escala KDQOL-SF™ 1.3 com a situação de trabalho de pessoas com doença renal crônica, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123). | 51 |
| TABELA 10 | Correlação das dimensões da Escala KDQOL-SF™ 1.3 com a idade, escolaridade e renda familiar de pessoas com doença renal crônica, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123). | 52 |
| TABELA 11 | Comparação das dimensões da Escala KDQOL-SF™ 1.3 com os hábitos tabagistas de pessoas com doença renal crônica, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123). | 53 |
| TABELA 12 | Comparação das dimensões da Escala KDQOL-SF™ 1.3 com o consumo de álcool de pessoas com doença renal crônica, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123). | 54 |
| TABELA 13 | Comparação das dimensões da Escala KDQOL-SF™ 1.3 com o consumo de drogas ilícitas de pessoas com doença renal crônica, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123). | 55 |
| TABELA 14 | Comparação das dimensões da Escala KDQOL-SF™ 1.3 com a prática de exercício físico de pessoas com doença renal crônica, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123). | 56 |

| | | |
|------------------|---|----|
| TABELA 15 | Correlação das dimensões da Escala KDQOL-SF™ 1.3 com o tempo de tratamento dialítico e com o IMC de pessoas com doença renal crônica, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123). | 57 |
| TABELA 16 | Comparação das dimensões da Escala KDQOL-SF™ 1.3 com a existência de comorbidades de pessoas com doença renal crônica, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123). | 58 |
| TABELA 17 | Comparação das dimensões da Escala KDQOL-SF™ 1.3 com HAS de pessoas com doença renal crônica, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123). | 59 |
| TABELA 18 | Comparação das dimensões da Escala KDQOL-SF™ 1.3 com DM de pessoas com doença renal crônica, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123). | 59 |
| TABELA 19 | Correlação das dimensões da Escala KDQOL-SF™ 1.3 com Hb, Ht, Ureia, Creatinina e Ktv de pessoas com doença renal crônica, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123). | 60 |
| TABELA 20 | Correlação das dimensões da Escala KDQOL-SF™ 1.3 com Potássio, Cálcio, Fósforo e Glicemia de pessoas com doença renal crônica, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123). | 62 |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 15 |
| 2 | REVISÃO DE LITERATURA | 20 |
| 2.1 | CONTEXTUALIZANDO A DOENÇA RENAL CRÔNICA | 20 |
| 2.1.1 | Relação dos Hábitos de vida com a Doença Renal Crônica | 21 |
| 2.1.2 | Diagnóstico e tratamento da Doença Renal Crônica | 23 |
| 2.2 | A HEMODIÁLISE COMO TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA | 24 |
| 2.3 | ASPECTOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS NA DOENÇA RENAL CRÔNICA | 24 |
| 2.4 | COMPREENSÃO DA QUALIDADE DE VIDA | 26 |
| 2.4.1 | Qualidade de Vida Relacionada a Saúde e avaliação das pessoas com Doença Renal Crônica | 27 |
| 3 | MATERIAL E MÉTODO | 30 |
| 3.1 | TIPO DE PESQUISA | 30 |
| 3.2 | LOCAL DA PESQUISA | 30 |
| 3.2.1 | Contexto Institucional | 30 |
| 3.3 | PARTICIPANTES DA PESQUISA | 31 |
| 3.4 | INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS | 32 |
| 3.5 | PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS | 33 |
| 3.6 | PERÍODO DE COLETA DOS DADOS | 34 |
| 3.7 | ANÁLISE DOS DADOS | 34 |
| 3.8 | TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS | 35 |
| 3.9 | CONSIDERAÇÕES ÉTICAS | 35 |
| 4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES | 37 |
| 4.1 | CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PESSOAS COM DRC | 37 |
| 4.2 | CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E HÁBITOS DE VIDA DE PESSOAS COM DRC | 39 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 4.3 | CARACTERÍSTICAS LABORATORIAIS DE PESSOAS COM DRC | 43 |
| 4.4 | CONFIABILIDADE DA ESCALA KDQOL-SF™ 1.3 APLICADA A PESSOAS COM DRC | 44 |
| 4.5 | QUALIDADE DE VIDA PERCEBIDA PELAS PESSOAS COM DRC POR MEIO DA KDQOL-SF™ 1.3 | 46 |
| 4.6 | RELAÇÃO DAS DIMENSÕES DA ESCALA KDQOL-SF™ 1.3 COM AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E LABORATORIAIS | 48 |
| 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 64 |
| | REFERÊNCIAS | 67 |
| | APÊNDICE A AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO DO HCAL | 75 |
| | APÊNDICE B AUTORIZAÇÃO DA RESPONSÁVEL TÉCNICA DE ENFERMAGEM DO CENTRO DE NEFROLOGIA DO AMAPÁ | 76 |
| | APÊNDICE C AUTORIZAÇÃO DA RESPONSÁVEL TÉCNICA DE MEDICINA DO CENTRO DE NEFROLOGIA DO AMAPÁ | 77 |
| | APÊNDICE D TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 78 |
| | APÊNDICE E QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E LABORATORIAL | 79 |
| | ANEXO A PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA | 80 |
| | ANEXO B DOENÇA RENAL E QUALIDADE DE VIDA (KDQOL-SF™ 1.3) | 84 |
| | ANEXO C COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO CIENTÍFICO | 97 |

1 INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) tem alta prevalência e incidência em nível mundial nas últimas décadas, fato que gera muitas discussões. Viver com uma doença crônica, especificamente a do aparelho renal, traz muitas mudanças na vida que ocasionam consequências fatais em curto e médio prazo por acarretar complicações relacionadas às disfunções de órgãos-alvo, motivo pelo qual está associada à redução da qualidade de vida (QV). Até o momento, não tem cura, mas as terapias desenvolvidas para tratá-la permitem a manutenção e extensão da vida (GUERRERO; ALVARADO; ESPINA, 2012).

No cenário mundial, as doenças do rim e trato urinário são responsáveis por aproximadamente 850 milhões de mortes anuais. No Brasil, o número de casos novos tem aumentado, o que caracteriza a DRC como uma epidemia, e sua incidência aumenta aproximadamente 8% ao ano a taxa de mortalidade anual de 15,2%. O número de DRC em tratamento aumentou 150% em uma década, pois passou de 24 mil em 1994 para 60 mil em 2004. Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), estima-se que a média atual seja de 100 mil pessoas em diálise, sendo a 12ª causa de morte e 17ª de incapacidade no mundo (SZUSTER et al., 2009; SIVIERO; MACHADO; CHERCHIGLIA, 2014).

De acordo com a SBN, no Brasil, existem 684 centros de tratamento dialítico e o Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável por 87,2% do custo total da Terapia Renal Substitutiva (TRS). A TRS é um tratamento altamente complexo e exigente, que pode se tornar muito restrito e implica profundas mudanças no estilo de vida do paciente. Além disso, essa terapia está associada a altos custos sociais e econômicos para os sistemas de saúde (LESSA, 2004; SILVA et al., 2011; SIVIERO; MACHADO; CHERCHIGLIA, 2014).

Na região Norte, o percentual de morte em decorrência da DRC está em torno de 42,8%, levando em consideração o quantitativo populacional de 17.231.027 milhões de habitantes. Porém, quanto à incidência anual estimada de paciente em diálise, entre os censos de 2008 e 2011, nota-se uma diminuição da incidência na região Norte, pois houve uma redução de 46% (SZUSTER et al., 2009; INSTITUTO, 2014; MACHADO; PINHATI, 2014).

No Estado do Amapá, o número de pessoas com DRC tem crescido. Em 2011, eram cerca de 180. Em 2016, este número elevou-se para 253 pessoas em

hemodiálise (HD). Interessante observar que há uma alta rotatividade no número das pessoas com DRC, o que impossibilita mensurar de maneira exata o quantitativo destes pacientes no Centro de Nefrologia (CN) do Amapá, o que justifica a maneira aproximada referida anteriormente desta população total. Esta dinâmica é peculiar devido aos Tratamentos Fora de Domicílio (TFD); "Pausa" (quando os pacientes agudos têm o tratamento suspenso por um tempo indeterminado diante de uma melhora); transferências para outros centros e por óbito (AMAPÁ, 2016).

A HD é a terapia mais frequentemente usada. É um tratamento altamente complexo e exigente que pode restringir muito o cotidiano da pessoa, pela longa duração e desgaste em razão de sua peridiocidade, tem como principal objetivo a filtração e depuração do sangue de substâncias tóxicas como uréia e creatinina em decorrência da deficiência do mecanismo no organismo dos DRC. E requer mudanças no estilo de vida das pessoas, na maioria das vezes, acompanhadas de prescrição para o uso de medicamentos (TAKEMOTO et al., 2011).

O tratamento não farmacológico, demanda medidas essenciais para manutenção do bem-estar, envolve abstenção do tabagismo e de ingestão de bebidas alcoólicas, diminuição ou restrições de ingestão de alimentos com sal, alimentação saudável balanceada, controle do peso corporal e gordura abdominal, prática de exercício físico com período regular e frequência de atividade de lazer (SOCIEDADE, 2016).

De um modo geral o que se tem observado é que a DRC é estudada e avaliada como um problema de saúde global, é um fator de riscos para disfunções cardiovasculares e outras disfunções orgânicas. Impõe mudanças no estilo de vida das pessoas que dela padecem, ajustes na sua rotina diária e atenção às necessidades de apoio familiar frente a HD, com a finalidade de minimizar o comprometimento orgânico e melhorar a expectativa de vida.

Destaca-se que os estudos sobre a DRC, seus diferentes fatores etiológicos e tipos de terapias renais substitutivas têm maior frequência no rol dos conhecimentos científicos, no entanto, atualmente outras questões vêm sendo consideradas como importantes. Neste sentido, a DRC representa uma fonte de pesquisa extremamente estimulante, e a atenção dada tem se destacado para dimensões da subjetividade humana destinadas às percepções da QV.

São poucos os estudos encontrados relacionando a melhora ou piora da QV dos doentes renais crônicos. Fato este proeminente e que se torna potente objeto de

investigações. Estudar a percepção de QV em pessoas com DRC significa entender as dimensões que possuem influência nos recursos existentes para adaptação a nova condição de vida e adesão ao tratamento adequado. Do ponto de análise profissional estudar percepção da QV fornece subsídios para que a equipe de saúde tenha compreensão quanto ao impacto dessa condição crônica na vida das pessoas, contribuindo para gerar mudanças condizentes com a realidade e possibilitando uma atuação profissional adequada frente a essa população (TAKEMOTO et al., 2011).

Diante dos argumentos pressupostos, reconhece-se que a pesquisa apresenta relevância científica, por somar com o tema QV na DRC, ampliando o campo das discussões científicas, com a finalidade de contribuir com o meio acadêmico e profissional na área da saúde, em especial da enfermagem, que tem mais horas de tempo no cuidado desta clientela.

A pesquisa apresenta relevância social, visto que ouvir as pessoas com DRC e dar-lhes voz, buscando a compreensão de suas necessidades e anseios relacionados à QV. Neste contexto, os resultados oriundos deste estudo contribuirão sobremaneira para elaboração de plano terapêutico singular, para clientela investigada, com possibilidades de reprodução em outros serviços e realidades.

Ainda, relevância política, pois os dados analisados e apresentados possibilitam uma reflexão sistemática sobre as dimensões da QV que influenciam o alcance de uma adequada QV. Contribuem para que os gestores e profissionais de saúde aprofundem o debate e elaborem subsídios na ratificação de políticas públicas, em especial estabelecimento de um banco de dados nos serviços de vigilância epidemiológica do estado, no qual registros completos de casos de DRC estejam catalogados. Isso permitirá reorganização dos serviços em conformidade com a necessidade da clientela.

Neste contexto, a gênese do tema proposto foi consolidada durante assistência de Enfermagem no CN do Amapá, referência em assistência multiprofissional ao doente renal crônico. Em consequência, o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME/CN) da Secretaria de Estado da Saúde do Amapá, registra um total de 253 pacientes inseridos na modalidade hemodiálise, com comorbidades associadas à DRC e problemas psicológicos diante do diagnóstico, dificuldades sociais, principalmente relacionadas ao apoio familiar e expectativa no prognóstico, por apresentarem sentimento de incapacidade, inutilidade diante da dedicação imposta pela terapia.

Entende-se que a equipe multiprofissional deva ter um olhar qualificado e ampliado para as pessoas com DRC, no que tange aos aspectos dos domínios físico, psicológico, social e coletivo, com compreensão das necessidades a fim de permitir priorizar os cuidados dessas pessoas. Isso se configura na reorganização das ações terapêuticas a partir da compreensão das dimensões da vida da QV da pessoa com DRC.

Dessa forma, torna-se latente a necessidade de adaptação das pessoas ao tratamento, visto que as exigências ao compromisso e dedicação nesta adaptação à nova rotina precisam absorver informações relativas à terapia e novas condutas de vida, como mudança nos hábitos de vida. Neste momento, há o desencadeamento da ansiedade, cansaço e estresse, alterando e comprometendo a QV.

As considerações acima, associadas aos sentimentos negativos, como o medo do prognóstico, da incapacidade, da dependência econômica e da alteração da autoimagem, despertaram o interesse em fazer este estudo sobre a QV, em pessoas submetidas a HD, com o auxílio do instrumento Kidney Disease Quality of Life (KDQOL- SFTM1.3). Para tanto, a questão norteadora foi: Como a qualidade de vida está representada nas dimensões da Escala KDQOL-SFTM1.3 nas pessoas com Doença Renal Crônica em Terapia Renal Substitutiva Hemodialítica no Estado do Amapá?

A pesquisa teve como objetivo geral: avaliar a representatividade da qualidade de vida de pessoas com Doença Renal Crônica submetidas à Terapia Renal Substitutiva, Hemodiálise, no Estado do Amapá, utilizando o instrumento KDQOL-SFTM1.3. E os objetivos específicos: caracterizar a população investigada quanto aos aspectos sociodemográficos, clínico e laboratoriais; descrever as dimensões representativas que evidenciam melhor QV a partir do instrumento KDQOL-SFTM1.3; comparar as dimensões de QV com as características sociodemográficas (sexo, residência, estado civil, situações de trabalho, hábitos vida) e características clínicas comorbidades; correlacionar dimensões da QV aos aspectos laboratoriais, características sociodemográficas (idade, escolaridade e renda familiar) e as características clínicas (tempo de tratamento dialítico, Índice de Massa Corporal - IMC).

Encontra-se nesta dissertação primeiramente uma breve revisão da literatura, na qual estão descritas uma abordagem contextualizada da doença renal crônica, a relação dos hábitos de vida com a DRC, diagnóstico e tratamento hemodialítico,

aspectos clínicos e laboratoriais relacionados aos DRC, compreensão da qualidade de vida, qualidade de vida relacionada à saúde e avaliação das pessoas com DRC, instrumentos para mensurar a QV.

Posteriormente, materiais e métodos, para alcance dos objetivos e resultados. Modelo quantitativo, com uso de uma escala para avaliação da qualidade de vida das pessoas com DRC em terapia dialítica (KDQOL-SF™1.3), instrumento traduzido para o português e validado por Duarte et al. (2003), bem como um questionário para coleta de dados sociodemográficos, clínicos e laboratoriais produzido pela autora.

Num terceiro momento, estão descritos os resultados e discussões, com abordagem inicial das características sociodemográficas, clínicas, hábitos de vida e laboratoriais. Seguido da medida de confiabilidade interna da escala pelo Alpha de Cronbach, qualidade de vida percebida pelas pessoas com DRC e a relação das dimensões da escala do KDQOL-SF™1.3 com as variáveis sociodemográficas, clínicas e laboratoriais.

Por fim as considerações finais denotam o alcance dos objetivos e destacam a representatividade das dimensões da escala relativas à qualidade de vida destas pessoas, além de sua relação com os aspectos sociodemográficos, clínicos e laboratoriais, conforme objetivos propostos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CONTEXTUALIZANDO A DOENÇA RENAL CRÔNICA

Os rins têm cerca de 11 a 13 cm de comprimento; 5 a 7,5 cm de largura; 2,5 a 3 cm de espessura e pesam cerca de 150 a 160 gramas no adulto, não são iguais: o esquerdo é um pouco mais volumoso que o direito. Cada rim é constituído por 1 a 4 milhões de néfrons, que são as unidades funcionais dos rins, pois é capaz de realizar todas as funções renais. Excretam substâncias indesejáveis do plasma sanguíneo, sobretudo os produtos finais do metabolismo, como ureia, creatinina, ácido úrico e uratos. O principal mecanismo de limpeza obedece ao processo de filtração glomerular, reabsorção e secreção tubular (FERMI, 2011; YUE, 2009).

Fermi (2011. p. 15) destaca outra função dos rins, a produção de hormônios, como a eritropoietina (age ao estimular a medula óssea na eritropoese “produção de hemácias”). Controle do metabolismo ósseo, o cálcio abaixo do nível normal (hipocalcemia) causa descargas espontâneas sobre as fibras nervosas dos músculos esqueléticos, resultando em contrações tetânicas e até parada cardíaca. Já a hipercalcemia causa depressão dos neurônios e diminuição dos reflexos do sistema nervoso central. Segundo Grasselli et al. (2012), a DRC é caracterizada pela perda da função dos rins, em que, no estágio final, torna-se irreversível e fatal; e a realização de diálise ou de transplante renal torna-se inevitável.

Destaca-se na fisiopatologia da DRC que à medida que as funções renais diminuem, os produtos finais do metabolismo proteico acumulam-se no sangue. A uremia se desenvolve e afeta de forma adversa os órgãos do organismo. Conseqüentemente, quanto maior este acúmulo, mais sérios serão os sintomas apresentados. A velocidade do declínio da função renal e na progressão da cronicidade está relacionada com o distúrbio subjacente, com a excreção urinária de proteína e com a presença de hipertensão (SMELTZER et al., 2014; CHEEVER; HINKLE, 2015).

Fermi (2011. p. 28) descreve e classifica a evolução da DRC em quatro fases, a saber: Primeira fase: embora haja 25% de redução de filtração glomerular, o paciente não apresenta sinais e sintomas de uremia. Os eletrólitos são mantidos dentro da normalidade, isto se dá pela adaptação dos néfrons ainda funcionantes; Segunda fase: perda funcional de 75% dos rins. Nessa fase, apresenta-se a nictúria, anemia e moderada elevação da ureia plasmática, presença anormal de proteínas,

hemácias, cilindros e leucócitos na urina, pois, em virtude da diminuição da taxa de filtração glomerular (TFG), há redução da reabsorção e perda de água e Na^+ ; Terceira fase: ocorre elevação intensa da ureia plasmática, anemia, acidose metabólica, hiponatremia, hiperpotassemia e hiperfosfatemia. Neste momento, a função renal está em 80%. Quando as TFG diminuem em 40%, aumenta-se a secreção tubular de potássio, podendo chegar a valores fatais, o que exige diálise; Quarta fase: Conhecida como fase terminal, perda de 90% da função renal com sintomas de uremia acentuados, necessitando de TRS.

Segundo Smeltzer et al. (2014, p. 1.291), são cinco estágios, estes com bases nas taxas de filtração glomerular (TFG). Normal: $125\text{mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$. Apresentam-se: estágio 1: $\text{TFG} \geq 90\text{ mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$, lesão renal com TFG normal ou aumentada; estágio 2: $\text{TFG} = 60 - 89\text{ mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$, diminuição branda na TFG; estágio 3: $\text{TFG} = 30 - 59\text{ mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$, diminuição moderada na TFG; estágio 4: $\text{TFG} = 15 - 29\text{ mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$, diminuição grave na TFG; e o estágio 5: $\text{TFG} < 15\text{ mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$, insuficiência renal/doença renal.

Zambonato, Thomé e Gonçalves (2008), em seus estudos, verificaram que 89,6% da população estudada eram das classes C, D e E. Afirmaram ainda que há associação entre o baixo nível socioeconômico e a DRC, o que pode se dar devido às dificuldades no acesso ao sistema de saúde e ao tratamento inadequado da HAS e da DM.

2.1.1 Relação dos Hábitos de vida com a Doença Renal Crônica

Entre os hábitos de vida, sabe-se que o consumo moderado de álcool (cerca de 20g de álcool por dia) apresenta efeito benéfico quanto ao risco individual para o desenvolvimento de DRC. Porém, o consumo excessivo da substância pode gerar severos danos aos rins, predispondo o sujeito ao desenvolvimento de DRC. Além disso, o uso abusivo do álcool também está associado a consequências prejudiciais, como acidentes de trânsito, comportamento sexual inseguro, suicídio, violência doméstica, crime, mortes, ou seja, áreas importantes na vida das pessoas são atingidas, interferindo na sua qualidade (PEREIRA et al., 2016; HINDLEY; RAMCHANDANI; JONES, 2006).

Já a inalação da fumaça do tabaco produz mais de quatro mil partículas e gases, geralmente com nefrotoxicidade. Entre as partículas, estão metais pesados

que apresentam toxicidade tubular como cádmio e chumbo, que podem atingir concentrações séricas acima de 40% em fumantes. A ação da nicotina, em receptores específicos colinérgicos, provoca modificações hemodinâmicas, tais como: aumento da pressão arterial, frequência cardíaca e resistência vascular periférica, conforme apontam Elihimas Júnior et al. (2014).

Para esses autores, os DRC estão sujeitos aos efeitos deletérios da inflamação, estresse oxidativo e toxinas urêmicas, que se refletem em uma taxa de mortalidade cardiovascular 20 a 30 vezes maior que a da população geral. Em adição a essa estatística, o hábito de fumar aumenta a incidência de insuficiência cardíaca, vasculopatia periférica e morte nesses pacientes. Tem sido observado um aumento no número de pesquisas que mensuram a qualidade de vida em tabagistas e um ponto em comum encontrado nesses estudos foi a melhora da qualidade de vida dos não tabagistas quando comparados aos tabagistas (MITRA et al., 2004; MOREIRA, 2013).

Os prejuízos são imensuráveis para a saúde causados pelo uso de outras drogas. Os usuários de maconha podem desenvolver quadros temporários de ansiedade, reações de pânico ou sintomas psicóticos. E ainda sequelas do funcionamento cognitivo, como prejuízos de atenção, aumento da vulnerabilidade à distração, sensação de lentificação do tempo, taquicardia, tontura, tosse, xerostomia, entre outros (MOREIRA, 2013).

Os usuários de cocaína/crack podem apresentar problemas cardíacos, doenças respiratórias e sintomas depressivos graves que afetam diretamente a qualidade de vida. O uso de cocaína altera o estado de saúde, e o uso frequente causa uma deterioração progressiva. A violência leva ao prejuízo na QV destes usuários, uma vez que afeta a saúde em seus componentes biológicos, psicológicos e sociais (HINDLEY; RAMCHANDANI; JONES, 2006).

Parte dos consumidores de álcool, tabaco e drogas percebe a necessidade de mudança a partir das complicações físicas, psicológicas e sociais decorrentes do consumo de substâncias psicoativas. Essas mudanças trazem benefícios e melhorias na vida desses indivíduos como, por exemplo, eventos positivos nas suas vidas, um novo emprego, um relacionamento afetivo, a gravidez da esposa ou a reaproximação com família. Estudos comprovam que a cessação do consumo de drogas propicia uma melhoria na qualidade de vida em diversos aspectos. No que diz respeito à cessação do fumo, vários estudos verificaram sua associação à

melhora da qualidade de vida (MITRA et al., 2004; HINDLEY; RAMCHANDANI; JONES, 2006).

2.1.2 Diagnóstico e Tratamento da Doença Renal Crônica

A redução da função renal é um processo lento, e isso possibilita ao organismo a utilização de mecanismos de adaptação. Isso justifica os pacientes oligossintomáticos com DRC avançada. Geralmente diagnosticados de maneira secundária a um trauma ou infecção. Estas complicações normalmente precipitam o agravamento da função renal residual, passando assim a ser sintomático (FERMI, 2011).

Segundo Bastos e Kirsztajn (2011), define-se a DRC baseado em três componentes: (1) um componente anatômico ou estrutural (marcadores de dano renal); (2) um componente funcional (baseado na TFG) e (3) um componente temporal. Com base nessa definição, seria portador de DRC qualquer indivíduo que, independentemente da causa, apresentasse TFG $< 60 \text{ mL/min/1,73m}^2$ ou a TFG $> 60 \text{ mL/min/1,73m}^2$ associada a pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso (por exemplo, proteinúria) presente há pelo menos três meses.

O diagnóstico e o tratamento precoce de doenças crônicas que apresentem potencial para desencadear a doença renal, bem como a identificação de lesões em órgãos-alvo e/ou complicações crônicas, constituem-se num verdadeiro desafio para o SUS, para os trabalhadores da saúde e para a sociedade. O investimento na prevenção dessas doenças e de suas complicações é decisivo, não só para reduzir os gastos com a saúde, em razão do alto grau de sofisticação em que se encontra a tecnologia assistencial, como também para proporcionar uma maior qualidade de vida da população (SILVA et al., 2011).

As doenças sistêmicas são as principais causas de DRC no mundo, tais como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. Pode ser causada ainda por glomerulonefrite crônica; pielonefrite; obstrução do trato urinário; lesões hereditárias (doença renal policística); distúrbios vasculares; infecções; medicamentos; agentes tóxicos; agentes ambientais e ocupacionais (chumbo, cádmio, mercúrio e cromo) (HIGA et al., 2008).

O tratamento ideal da DRC é baseado em três pilares de apoio: o diagnóstico precoce da doença; o encaminhamento imediato para tratamento nefrológico e a

implementação de medidas para preservar a função renal (RIBEIRO et al., 2008; BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

Os pacientes submetidos ao tratamento hemodialítico geralmente apresentam alterações de humor decorrentes da sua disposição biológica, que pode mudar repentinamente entre uma e outra sessão de tratamento. Isso porque o acúmulo de líquidos no organismo ou a retirada em excesso pelas sessões de diálise pode provocar a irritação, mau humor e depressão (TAKEMOTO et al., 2011).

2.2 A HEMODIÁLISE COMO TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

A aplicação da HD teve início há mais de meio século. Quando do seu surgimento, era indicada apenas para o tratamento da doença renal, com o intuito de manter o paciente vivo o tempo suficiente para a recuperação da função renal. A hemodiálise como tratamento da uremia crônica difundiu-se a partir da década de 60, mudando o curso natural de uma doença até então inexoravelmente letal (RIELLA, 2003).

A HD consiste na filtração extracorpórea do sangue por intermédio de uma máquina, provocando uma série de circunstâncias para a pessoa com DRC, afetando não só aspectos físicos, mas também psicológicos e sociais, e com repercussão na vida pessoal e familiar. Trata-se de um processo de filtragem e depuração do sangue de substâncias tóxicas como ureia e creatinina por meio de um filtro de hemodiálise ou capilar devido à deficiência do mecanismo no organismo do paciente com DRC. Esse processo contínuo leva a conflitos psicossociais, como alteração da imagem corporal, dependência, perspectiva de uma morte potencial, restrições dietéticas e hídricas e alterações na interação social não só do paciente, como também da sua família (TAKEMOTO et al., 2011).

O tratamento hemodialítico é responsável por um cotidiano monótono e restrito, e as atividades desses indivíduos são limitadas após o início do tratamento, favorecendo o sedentarismo e a deficiência funcional, fatores que refletem na qualidade de vida (MARTINS; CESARINO, 2005).

2.3 ASPECTOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS NA DRC

As principais manifestações clínicas apresentadas pelas pessoas com DRC são: as cardiovasculares, hipertensão, insuficiência cardíaca, edema pulmonar e pericardites; dermatológicas, o prurido intenso “cristais de ureia na pele”; gastrointestinais, anorexia, náuseas, vômitos e hálito urêmico “pode estar relacionado a HD inadequada”; neurológicas, nível de consciência alterado, incapacidade de se concentrar, contratura muscular, agitação, confusão, convulsões e neuropatia periférica urêmica “síndrome das pernas inquietas”. Acredita-se que o acúmulo dos produtos residuais urêmicos seja a principal causa desses sinais e sintomas (SMELTZER et al., 2014; CHEEVER; HINKLE, 2015).

Entre características clínicas, a depressão é considerada a complicação mais comum nos pacientes em diálise e geralmente significa uma resposta a alguma perda real, ameaçada ou imaginada. Humor depressivo persistente, autoimagem prejudicada e sentimentos negativos são algumas manifestações psicológicas. As queixas fisiológicas incluem distúrbio de sono, alterações de apetite e peso, ressecamento da mucosa oral e constipação e diminuição do interesse sexual. Os sintomas depressivos precisam ser analisados com cautela, pois podem ser confundidos com sintomas de uremia (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2016).

A avaliação laboratorial do paciente em TRS tem como propósito fundamental a adequação da terapia ao indivíduo, visa avaliar a qualidade do tratamento dialítico ofertado. A fim de garantir os valores metabólicos vitais ao paciente com DRC, geralmente com intervalo mensal. Os marcadores laboratoriais são: ureia, Kt/V de ureia; creatinina; clearance de creatinina; cálcio e fósforo; hematócrito e hemoglobina; potássio e bicarbonato (MALAGUTTI; FERRAZ, 2011).

Descrevem ainda cada marcador, em destaque: ureia é produzida no fígado a partir da amônia, é o principal marcador de remoção dos solutos, residuais do produto nitrogenado resultante do catabolismo da proteína. Na fórmula do Kt/V, o (K) é a depuração de ureia do dialisador, multiplicada pelo tempo de tratamento (t) e dividido pelo volume de distribuição de ureia do paciente (V). O K depende do tamanho do dialisador, da taxa de fluxo de sangue e do fluxo do dialisato. O t normalmente fica entre três e quatro horas (180-240 min por sessão de diálise), mas pode ser ajustado. O volume de distribuição de ureia do paciente (V) é de, aproximadamente, 55% do seu peso corporal e pode ser mais precisamente estimado por meio de uma equação antropométrica, a qual leva em consideração: gênero, idade, altura e peso do indivíduo.

A dose padrão adequada de HD é estimada para os pacientes que são submetidos a três sessões por semana. A adequacidade de diálise é fixada pelas diretrizes do National Kidney Foundation Disease Outcomes Quality Initiative (NKF-DOQI), a qual recomenda que se mantenha um Kt/V maior que 1,2 (BREITSAMETER; FIGUEIREDO; KOCHHANN, 2012).

2.4 COMPREENSÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Os pacientes com doença renal em hemodiálise são desafiados por muitos estressores, os quais contribuem para a redução da sua QV. Entre estes, incluem-se a perda das funções fisiológicas e bioquímicas; alterações digestivas e neurológicas; doenças ósseas; anemia; inabilidade para manter suas funções e ocupações em família; perda de competência física, cognitiva e sexual; além da dependência de cuidados médicos e da máquina de HD, que resulta em privação social (GRASSELLI et al., 2012).

O termo QV começou a ser usado mais frequentemente nos Estados Unidos, para delinear o efeito que a aquisição de bens materiais causava na vida dos indivíduos. A QV adquiriu importância no contexto socioeconômico e desenvolvimento humano, é realmente fundamental para obtenção de atendimento que facilite seu uso adequado no espaço acadêmico e assistencial, pois existe uma complexidade conceitual, uma vez que o tema QV é tratado sob os mais diferentes olhares, seja da ciência, através de várias disciplinas, seja do senso comum, seja do ponto de vista objetivo ou subjetivo, seja em abordagens individuais ou coletivas (ALBUQUERQUE, 2003; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Entre as diversas definições de QV, cita-se ainda a proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que compreende este conceito como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações (SILVA et al., 2011; WHOQOL GROUP, 1995).

O enfrentamento da doença é influenciado pelas percepções da QV de cada indivíduo: as positivas estão mais relacionadas a estratégias racionais, como traçar uma meta ou conhecer mais sobre a doença, enquanto as negativas relacionam-se a estratégias evitáveis, como negação da doença, agindo como se ela não existisse (SILVA, 2013).

São dois temas relacionados, a Saúde e a QV, a saúde contribui para a melhora da QV e esta, por sua vez, é essencial para a manutenção de um indivíduo saudável. Para estudos clínicos, é frequentemente utilizado o termo Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), que faz referência à QV relacionada aos aspectos que envolvem determinado tratamento e doença (FERREIRA; SANTOS, 2009).

A QVRS tem em vista a saúde e o funcionamento normal do organismo, aceita como importante dentro do ambiente médico-hospitalar. Em 1989, Patrick e Deyo mostravam que a QVRS incluía cinco categorias da vida do indivíduo: duração da vida, nível funcional, percepções, oportunidades sociais e incapacidades, todas relacionadas à doença (SILVA, 2013).

Por sua vez, Vasconcelos (2006) afirma que, na última década, houve a expansão do uso de instrumentos de avaliação de QV. Segundo a OMS e Divisão de Saúde Mental (DSM), a maioria produzida nos Estados Unidos e com grande interesse em traduções para outros países. Discute-se o tema ainda, visto que a tradução de um instrumento de avaliação de uma cultura para outra pode apresentar variáveis relativas às diferenças culturais entre estes países.

2.4.1 Qualidade de Vida Relacionada a Saúde e Avaliação das pessoas com Doença Renal Crônica

Investigar a QVRS é uma forma de quantificar as consequências da doença e do tratamento sobre o cotidiano das pessoas com DRC; além disso, contribui para direcionar as ações específicas no seu atendimento. Porém, é indispensável que a equipe de saúde desenvolva meios, instrumentos, técnicas, habilidades, capacidade e competência para oferecer ao paciente uma condição de adaptação adequada à doença, de forma mais compreensiva e menos solitária que permita definir estratégias na área da saúde, com controle da efetividade e da manutenção da QV (GRASSELLI et al., 2012).

Nos últimos anos, o estudo sobre QV assume uma importância, apesar de a terapia dialítica permitir às pessoas prolongarem sua vida e garantirem sua sobrevivência, também afeta a realização de atividades da vida cotidiana e sua QV, pois a relação de dependência do indivíduo com a máquina de HD por um tempo indeterminado, é um fator que os afeta negativamente, além do aumento do risco de

morbidade e mortalidade nessa população (GUERRERO; ALVARADO; ESPINA, 2012; GRASSELLI et al., 2012).

Higa et al. (2008, p. 206) ressaltam que

a maioria dos sujeitos encara o tratamento como uma modalidade dolorosa, sofrida, angustiante, com limitações físicas, sociais e nutricionais, dificultando, muitas vezes, a interação paciente-sociedade-família. Consideram-se vulneráveis à morte, diariamente [...]. Os sujeitos em hemodiálise, de modo geral, apresentaram melhores resultados no domínio psicológico, devido ao fato relatado de acreditarem que o transplante renal seja a cura para a doença [...]. Estimam que a qualidade de vida dos pacientes transplantados seja melhor, principalmente relacionada aos aspectos físicos e sociais.

Em estudos de QV, devem ser consideradas as realidades social e familiar, inclusive as atividades cotidianas. A QV é um construto amplamente estudado em várias doenças e na DRC, devido a suas características e tratamento. Representa preocupação permanente dos profissionais de saúde. Guerrero, Alvarado e Espina, (2012, p. 2) afirmam que a OMS definiu a QV como “a percepção individual da posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que se vive e sua relação com as metas, expectativas, normas e interesses”.

A QVRS é a percepção da pessoa sobre a saúde por meio de uma avaliação subjetiva de seus sintomas, satisfação e adesão ao tratamento. As avaliações de QV passaram a incluir dados sobre condição e funcionamento físico, psicológico e social, além do impacto dos sintomas da doença e do tratamento. No entanto, a QV de pacientes com doenças crônicas foi, por muito tempo, avaliada exclusivamente em termos de “sobrevivência e sinais da presença da doença, sem considerar as suas consequências psicossociais e as do tratamento. A doença renal é considerada um grande problema de saúde pública, porque causa elevadas taxas de morbidade e mortalidade e, além disso, tem impacto negativo sobre a QVRS (MARTINS; CESARINO, 2005; DUARTE et al., 2003).

O Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form (KDQOL-SF™) é uma escala específica de avaliação da QV desenhada para doentes com lesão renal em diálise. Apesar de se encontrar bastante difundido, por vários países, não existia ainda uma versão validada em Portugal. Foi construído em 1997 a partir do KDQOL-TM (versão original). Possui 43 perguntas específicas sobre doença renal e 36 perguntas do foro genérico, para além de uma pergunta de identificação geral de saúde, todas elas agregadas em 19 dimensões (FERREIRA; ANES, 2010).

A versão do KDQOL traduzida para o português foi aprovada pelo *Working Group* e a forma reduzida do instrumento, após a tradução, ficou intitulada “Sua Saúde e Bem-Estar – Doença Renal e Qualidade de Vida” (KDQOL-SF™ 1.3). É um instrumento abreviado do SF-36 e mostrou-se de fácil utilização, com possibilidade de aplicação durante o tratamento dialítico (com auxílio) ou de autoaplicação (DUARTE et al., 2003).

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, que avalia a QV das pessoas com DRC em HD. Considerando à QVRS de pessoas com DRC, esta pesquisa foi descritiva exploratória, pois detalha, analisa um problema e define objetivos, além de buscar maiores informações sobre a temática em questão (OLER et al., 2005).

A coleta dos dados se deu em um só momento, com proposição de análise de diversas variáveis simultaneamente em determinado período, portanto, havendo um corte no tempo, o que caracteriza o estudo transversal (FREITAS et al., 2000).

Pela delimitação do tema e objetivo geral do estudo, a abordagem foi do tipo quantitativa, pois a linguagem matemática subsidia a descrição das causas de um fenômeno, proporcionando melhor entendimento dos dados de um estudo (LEITE, 2008).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

3.2.1 Contexto Institucional

Desenvolvida na cidade de Macapá, capital do Estado do Amapá, ocupa uma área territorial de 6.502,105km², com uma população estimada de 465.495 habitantes (INSTITUTO, 2016).

O CN do Amapá tem espaços destinados ao atendimento das pessoas com DRC com sorologia negativa e positiva para HIV e hepatite C⁺, em uma sala denominada Branca (SB), sendo que os pacientes que apresentam sorologia positiva são atendidos por técnicos de enfermagem exclusivos durante HD em um espaço reservado na SB e sempre nas mesmas máquinas, disponíveis para esta demanda (AMAPÁ, 2016).

Entre outros espaços, estão a sala amarela (SA) para atender as pessoas com DRC que apresentam sorologia positiva para HbsAG e a sala de pacientes com sorologia desconhecida (SPSD), que é destinada aos que necessitam de diálise imediata por risco eminente de morte, antes mesmo dos resultados dos exames

sorológicos, além dos pacientes com Insuficiência Renal Aguda (IRA), Doença Renal Crônica Agudizada (DRCA), oriundos do ambulatório de nefrologia ou unidades de emergência.

Atualmente oferta a terapia hemodiálise para 253 pessoas com DRC. A terapia é distribuída em três dias da semana para cada grupo de pessoas, sendo que o serviço está organizado em quatro turnos, tempo mínimo de três horas e máximo de quatro horas de HD. Às segundas, quartas e sextas-feiras, com um total de 129 pessoas e, às terças, quintas-feiras e sábados, com um total de 124 pessoas (AMAPÁ, 2016).

Em relação à equipe multiprofissional para atender à demanda existente de DRC, conta-se com: nove médicos nefrologistas; seis fisioterapeutas; três assistentes sociais; duas nutricionistas; um psicólogo; 11 enfermeiros assistentes; uma enfermeira responsável técnica; uma enfermeira administradora; 53 técnicos de enfermagem na assistência em sala de HD e nove técnicos desenvolvendo suas atividades nos programas de diálise: Diálise peritoneal (DP), Programa de Controle e Prevenção de Infecção e Eventos Adversos (PCPIEA), Educação e Prevenção (EP); quatro agentes administrativos; cinco recepcionistas; dois motoristas, prestadores de serviço no transporte dos pessoas com DRC do CN (AMAPÁ, 2016).

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

O quantitativo de pessoas com DRC apresenta-se crescente nos anos de 2011 a 2016, assim distribuído: 2011 havia cerca de 160 pessoas; em 2012, próximo a 170; já em 2013, houve acréscimo de 20 pessoas ao total do ano anterior, somando 190 em média, e, entre 2014 e 2016, houve um aumento relevante para aproximadamente 253 pacientes em terapia hemodialítica no CN. Para seleção dos participantes desta pesquisa, foram considerados 100% do total acima descrito, a partir do qual se aplicaram os critérios de inclusão e exclusão descritos abaixo (AMAPÁ, 2016).

Foram considerados como critérios de inclusão: as pessoas com DRC com idade ≥ 18 e ≤ 74 anos, por ser o público capaz de compreender e responder as questões do estudo; ambos os sexos; em HD; pelo tempo mínimo de 12 meses do início da terapia. E como critérios de exclusão: os que passaram por outra modalidade da TRS: Transplante e/ou Diálise Peritoneal; mantidos em HD por

Insuficiência Renal Aguda (IRA); sorologia positiva para HIV, HbsAG e HCV e instabilidade clínica, por considerar a inviabilidade para coleta de dados e restrição de contato durante HD; e os que se recusaram a participar da pesquisa.

Os critérios acima descritos foram aplicados no total das 253 pessoas com DRC cadastradas em 2016, no CN. Assim, foram excluídas nove pessoas que apresentaram sorologia positiva para HIV/HCV; três pessoas com sorologia positiva para HbsAG; dez pessoas com sorologia desconhecida; dez pessoas com idade < a 18 anos e/ou >74 anos; 79 pessoas devido ao tempo de terapia ser < que 12 meses; clinicamente instáveis e exclusão por migração de terapia: CAPD e transplante renal, excluídos oito e duas, respectivamente. No total, foram excluídas 120 pessoas com DRC.

Portanto, fizeram parte da população do estudo 133 pessoas com DRC. Sendo: 68 (51,1%) que realizam HD às segundas, quartas e sextas-feiras. Já os demais somam 65 (48,9%), com terapia às terças, quintas-feiras e sábados. Durante a abordagem das pessoas incluídas por grupo, houve exclusão devido ao critério de recusa em participar da pesquisa, sendo assim excluídas dez pessoas. Importante ressaltar que o maior número de recusa em participar da pesquisa esteve concentrado no grupo de terças, quintas-feiras e sábados: oito pessoas. Nestes dias, estão concentrados os DRC com menor tempo de terapia, ou os recém-admitidos ao programa hemodialítico. Isso sugere uma insegurança diante da compreensão limitada de seu diagnóstico ou por estarem em adaptação à doença renal e ao relacionamento interpessoal naquele ambiente terapêutico.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foram utilizados dois instrumentos para coleta dos dados: o 1º foi para caracterização sociodemográfica, clínica e laboratorial (Apêndice E). E o 2º foi o Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form (KDQOL) (Anexo B), instrumento específico que avalia DRC, aplicável a pessoas que realizam algum tipo de programa dialítico. Este é provavelmente o questionário mais completo disponível atualmente para avaliar QV de pacientes com DRC, pois inclui aspectos genéricos e específicos relativos à doença renal. A tradução e a validação para o idioma português (KDQOL-SFTM1.3) foram realizadas por Duarte et al. (2003).

Em revisão de literatura que utilizou o KDQOL-SF, foram identificados no Brasil oito estudos que utilizaram a referida escala. A versão original SF-36 apresenta 36 itens, divididos em oito dimensões: funcionamento físico (dez itens), papel-físico (quatro itens), dor (dois itens), percepções da saúde geral (cinco itens), bem-estar emocional (cinco itens), papel-emocional (três itens), função social (dois itens), energia/fadiga (quatro itens). O estado de saúde atual comparado com o de há um ano (um item), que é computado à parte.

Sobre a doença renal incluem itens divididos em 11 dimensões (ESRD — End Stage Renal Disease): sintomas/problemas (12 itens), efeitos da doença renal (oito itens), carga da doença renal (quatro itens), situação de trabalho (dois itens), função cognitiva (três itens), qualidade das interações sociais (três itens), função sexual (dois itens) e sono (quatro itens); inclui também três escalas adicionais: suporte social (dois itens), diálise pessoal, encorajamento (dois itens) e satisfação do paciente (um item). O item contendo uma escala variando de zero a 10 para a avaliação da saúde em geral é computado à parte. Por fim, o KDQOL-SF inclui o SF-36 mais 43 itens sobre doença renal crônica (FERREIRA E ANES, 2010).

Os escores do KDQOL-SFTM variam de zero a 100. Pontuações mais altas correspondem a melhores percepções de QV. Os valores iguais ou abaixo da pontuação mediana em cada domínio (≤ 50) indicam baixa QV. Após as pontuações de cada dimensão, são somadas para produzirem o escore de cada uma. O escore final da dimensão será a média para todos os itens respondidos (CAVALCANTE et al., 2013; MARTINS; CESARINO, 2005; MOREIRA et al., 2009).

3.5 PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS

Os dados sociodemográficos, clínicos e laboratoriais tiveram como fonte de coleta o arquivo clínico, a ficha de diálise, os registros de enfermagem e a base de dados (Nefrodata) utilizados no CN.

Foram consideradas as características laboratoriais dos exames mais recentes ao período da coleta de dados cuja finalidade foi obter uma avaliação mais relevante da efetividade da HD na QV destas pessoas.

O KDQOL-SFTM1.3 foi aplicado aos participantes durante as sessões de HD pela pesquisadora e por quatro acadêmicos de graduação em enfermagem previamente treinados pela pesquisadora.

3.6 PERÍODO DE COLETA DOS DADOS

A aplicação do KDQOL-SF™ ocorreu entre setembro e dezembro de 2016. O instrumento de caracterização sociodemográfica, clínica e laboratorial foi preenchido no mesmo período, porém não exclusivamente durante as sessões de HD, visto que os dados deste instrumento foram completados com auxílio dos registros do CN, via sistema eletrônico: Nefrodata. Tempo total de permanência na coleta de dados: quatro meses.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

De acordo com os critérios da pesquisa, foram feitas a identificação, a seleção e a análise dos dados transcritos para o instrumento de coleta (Apêndice E), em consonância com os objetivos propostos. Posteriormente fez-se o cruzamento dessas informações com os dados relatados.

Os dados do KDQOL-SF™ 1.3 foram organizados, codificados, analisados estatisticamente e processados com o auxílio do programa de análise produzido e disponibilizado pelo programa Excel for Windows Version 1.3 Scoring Program (v 3.0) KDQOL-SF™ 1.3 encontrado: (www.rand.org/health/surveys_tools/kdqol.html). Os resultados estão apresentados sob a forma de tabelas, para relato preciso e claro dos achados e melhor análise e discussão.

A análise estatística dos dados foi realizada com o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22 para Windows. As variáveis quantitativas foram caracterizadas através da média (M) e do desvio-padrão (DP) e as qualitativas, através das frequências absolutas (n) e relativas (%). A confiabilidade (ou consistência interna) das dimensões da Escala KDQOL-SF™ 1.3 foi avaliada através do Alpha de Cronbach.

O coeficiente Alpha foi descrito em 1951 por Lee J. Cronbach. É um índice utilizado para medir a confiabilidade do tipo consistência interna de uma escala, ou seja, para avaliar a magnitude em que os itens de um instrumento estão correlacionados. Ou seja, o alpha de Cronbach é a média das correlações entre os itens que fazem parte de um instrumento (LEONTITSIS; PAGGE, 2007).

Para os mesmos autores, as respostas quantificadas podem estar em qualquer escala. O valor mínimo aceitável para o α é 0,70; abaixo desse valor a consistência interna da escala utilizada é considerada baixa. Em contrapartida, o valor máximo esperado é 0,90; acima deste valor, pode-se considerar que há redundância ou duplicação, ou seja, vários itens estão medindo exatamente o mesmo elemento de um constructo

Para o cálculo dos escores dos domínios da Escala KDQOL-SF™, foram seguidos os procedimentos do manual da escala Hays et al. (1997). Numa primeira fase, os itens foram transformados numa escala de zero a 100. Posteriormente, os escores de cada domínio foram calculados através da média dos escores de cada item. Sendo que os escores mais altos das dimensões correspondem a melhores percepções de qualidade de vida.

3.8 TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Com vistas a decidir o tipo de testes estatísticos a utilizar, foi estudada a normalidade dos dados através do Teste de Kolmogorov-Smirnov. Os resultados dos testes ($p < 0,05$) levaram a rejeitar a normalidade de todas as variáveis em estudo. Por este motivo, foram utilizados testes não paramétricos para dar resposta às questões da pesquisa.

Assim, foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney para as comparações das dimensões da Escala KDQOL-SF™ 1.3 entre dois grupos independentes e o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis para as comparações entre três ou mais grupos independentes. As correlações das dimensões da Escala KDQOL-SF™ 1.3 com variáveis quantitativas ou categóricas ordinais foram realizadas através de Correlação linear de Spearman.

Foi considerado um nível de significância de 5% quanto aos resultados dos testes estatísticos, ou seja, quando o valor de significância p é menor do que 0,05, as diferenças são consideradas estatisticamente significativas.

3.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa desenvolvida envolve a participação de seres humanos e, por isso, está em consonância com a Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de

Saúde. Atende às exigências éticas e científicas fundamentais como eticidade; confidencialidade e sigilo das informações; dignidade, autonomia e anonimato dos sujeitos da pesquisa; beneficência e não maleficência (danos previsíveis são evitados); adequação da pesquisa aos princípios científicos e garantia do retorno dos benefícios da pesquisa.

Para o desenvolvimento do estudo, foi solicitado autorização da direção do HCAL (Apêndice A), da Responsável Técnica da Enfermagem do CN (Apêndice B) e da Responsável Técnica da Medicina do CN (Apêndice C).

O projeto de pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil, sendo avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), recebido em: 04/02/2016, às 18h40, e aprovado em reunião do dia: 06/06/2016, às 9h56, parecer número: 1.575.638 (Anexo A). O início da coleta de dados se deu após aprovação do CEP e de posse do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) assinado pelos participantes (Apêndice D), a fim de atender às exigências da referida resolução e garantir os direitos dos participantes e os deveres do pesquisador, antes da coleta de dados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICA DE PESSOAS COM DRC

Este estudo teve 123 participantes e sua caracterização está disposta na **Tabela 1**. Na qual o predomínio foi do sexo masculino (70,7%). Resultado similar ao encontrado por Lopes et al. (2014b), no estudo realizado em São Paulo que indicou predomínio masculino (68,0%) da população total. Gonçalves et al. (2015) afirmam que os homens estão ocupando mais as salas de HD. Em outro estudo, este dado apresentou-se diferente da pesquisa em Macapá, pois Frazão, Ramos e Lira (2011) em Recife encontraram um percentual semelhante entre os sexos feminino (51,5%) e masculino (48,5%). Um estudo comparativo demonstrou que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres (BRASIL, 2008).

A faixa etária mais representativa foi de idades entre 20 e 74 anos, a média foi de 50,0 anos \pm 13,5. Lopes et al. (2014b) afirmam que, mesmo diante do número elevado de idosos, a faixa etária mais prevalente em sua população foi de 50 a 59 anos. Estes são considerados adultos de meia idade, que estão ativos economicamente e geralmente inseridos no mercado de trabalho, e a DRC, neste momento de vida, torna-se impactante. Vale destacar que, no Estado do Amapá, a população é extremamente jovem, com média de idade em torno de 25,9 anos, enquanto que a média nacional está de 32,1 anos e a regional de 27,5 anos (INSTITUTO, 2010).

Predominam as pessoas pardas (61,0%), naturais do Amapá (58,5%) e residentes em Macapá-AP (80,5%). A cor parda é oriunda da miscigenação entre pessoas brancas e pessoas pretas. Representa 82,8 milhões de pessoas (43,4%) que se declararam pardas (INSTITUTO, 2010) na população do Brasil. Quando comparados dados do censo do ano de 2000 e do ano de 2010, é possível perceber que a proporção de pessoas que se declararam como brancas diminuiu, e daqueles que se declararam pretas ou pardas aumentou (6,3%).

A população da Região Norte, segundo a cor, está dividida em pardos (69,2%); brancos (23,9%); pretos (6,2%); índios e amarelos (0,7%). Na cidade de Macapá, a população parda está representada por 48,9%. Diante destes dados,

acredita-se que este histórico permite ter a cor parda como a mais declarada pelos participantes deste estudo.

Quanto ao estado civil, foram principalmente solteiros 39,0% e casados 31,7%. Gonçalves et al. (2015) no Paraná, na população de seu estudo, tiveram primeiro casados seguidos das pessoas solteiras. Compartilhando estas evidências estão Frazão, Ramos e Lira (2011) com 51,5% casados e 33,3% solteiros em seu estudo. Destaca-se que este aspecto pode variar de acordo com as regiões estudadas. Contudo, o suporte familiar significativo e um relacionamento saudável favorecem o enfrentamento da doença e seu tratamento, minimizando perdas e frustrações impostas pela patologia na rotina de vida (CORDEIRO et al., 2009).

TABELA 1. Caracterização de pessoas com doença renal crônica quanto às variáveis sociodemográficas, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123).

| Variável | Categorias | n (%) |
|--|--|------------|
| Sexo | Feminino | 36 (29,3%) |
| | Masculino | 87 (70,7%) |
| Idade (anos) Média: 50,0 ± 13.5 (20-74) | 20 – 30 | 12 (9,8%) |
| | 30 – 40 | 23 (18,7%) |
| | 40 – 50 | 20 (16,3%) |
| | 50 – 60 | 35 (28,5%) |
| | 60 – 70 | 28 (22,8%) |
| | > 70 | 5 (4,1%) |
| Cor | Branco | 9 (7,3%) |
| | Preto | 13 (10,6%) |
| | Pardo | 75 (61,0%) |
| | Outra | 26 (21,1%) |
| Naturalidade | Amapaense | 72 (58,5%) |
| | Paraense | 37 (30,1%) |
| | Outra | 14 (11,4%) |
| Residência | Macapá-AP | 99 (80,5%) |
| | Santana-AP | 22 (17,9%) |
| | Outra | 2 (1,6%) |
| Estado civil | Solteiro | 48 (39,0%) |
| | Casado | 39 (31,7%) |
| | União estável | 16 (13,0%) |
| | Outro | 20 (16,3%) |
| Escolaridade | Não alfabetizado | 7 (5,7%) |
| | Ensino Fundamental Incompleto | 51 (41,5%) |
| | Ensino Fundamental Completo | 7 (5,7%) |
| | Ensino Médio Incompleto | 6 (4,9%) |
| | Ensino Médio Completo | 39 (31,7%) |
| | Ensino Superior Incompleto | 4 (3,3%) |
| | Ensino Superior Completo | 9 (7,3%) |
| Situação trabalhista | Empregado com carteira assinada | 11 (8,9%) |
| | Empregado sem carteira assinada | 4 (3,3%) |
| | Recebe auxílio do governo | 82 (66,7%) |
| | Aposentado | 26 (21,1%) |
| Renda familiar | Até um salário mínimo (Até R\$ 937,00) | 60 (48,8%) |
| | Entre 1-3 salários mínimos | 43 (35,0%) |
| | Entre 3-5 salários mínimos | 9 (7,3%) |
| | >5 salários mínimos | 11 (8,9%) |

Fonte: Primária (Autor).

Sobre a escolaridade não são alfabetizados (5,7%) e têm Ensino Fundamental incompleto (41,5%). Aproximadamente um em cada três (31,7%) tem o Ensino Médio completo e apenas (7,3%) têm o Ensino Superior Completo. Sesso; Rodrigues Neto; Ferraz (2003) indicaram resultados semelhantes em seu estudo, mais que 65,0% das pessoas tinham apenas o Ensino Fundamental. A realidade brasileira ainda é de baixa escolaridade e as taxas presentes de analfabetismo ainda são um desafio.

Quanto à situação de trabalho e renda, a maioria recebe auxílio do governo (66,7%) e tem renda familiar até um salário mínimo (48,8%) ou de um a três salários mínimos (35,0%). Para Gonçalves et al. (2015), ficou evidente o predomínio de pessoas com renda de até um salário mínimo. Entre os entrevistados por Cordeiro et al. (2009) em Goiás, a renda mensal da maioria permeou entre um e dois salários mínimos (54,2%). Com isso, é evidente o desfavorecimento econômico entre os DRCs.

A realidade social e econômica identificada no Estado do Amapá ressalta aspectos que são reflexo da sociedade, ainda caracterizada por baixo grau de escolaridade, remuneração incompatível no que tange às condições dignas mínimas, pois um salário mínimo que está aquém das necessidades dessas pessoas. No Brasil, há necessidade de melhorar os aspectos relacionados à saúde pública a fim de melhorar a QV da população. Cavalcante et al. (2013), em dois centros de nefrologia no nordeste do Brasil com DRC em tratamento por HD, indicaram em seus resultados que a QV diminuída está relacionada aos fatores demográficos e sociais.

4.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E HÁBITOS DE VIDA DE PESSOAS COM DRC

No perfil da amostra, apresentam-se as características clínicas e hábitos de vida dos entrevistados na **Tabela 2**. Apenas um (0,8%) dos participantes na pesquisa é fumante. Do restante, 51 (41,5%) não são fumantes e 71 (57,7%) são ex-tabagistas. Existem 28 (22,8%) que consomem bebidas alcoólicas, 47 (38,2%) que não as consomem e 48 (39,0%) ex-etilistas.

Em Macapá, os fumantes representam 7,9% da população conforme Vigilância de doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL), este percentual é considerado moderado se comparado ao das capitais situadas na região Sul e

Sudeste do Brasil, que apresentam índices superiores a 10% de fumantes (BRASIL, 2016). Para Moreira (2013) há baixa QV entre os consumidores de álcool e tabaco. Porém relata que a diminuição do consumo de álcool para consumidores pesados, mesmo sem abstinência total, está associada a um aumento nos escores de QV.

TABELA 2. Caracterização de pessoas com doença renal crônica quanto às variáveis hábitos de vida e clínicas, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123).

| Variável | Categorias | n (%) |
|---|----------------------------------|-------------|
| Fumante | Não | 51 (41,5%) |
| | Sim | 1 (0,8%) |
| | Ex-tabagistas | 71 (57,7%) |
| Bebidas alcoólicas | Não | 47 (38,2%) |
| | Sim | 28 (22,8%) |
| | Ex-etilistas | 48 (39,0%) |
| Outras Drogas | Não | 113 (91,9%) |
| | Sim | 10 (8,1%) |
| Qual droga (entre dez os que consomem outras drogas) | Maconha | 6 (60,0%) |
| | Crack e maconha | 1 (10,0%) |
| | Cocaína, crack e maconha | 1 (10,0%) |
| | Não especificaram | 2 (20,0%) |
| Atividade física | Não | 71 (57,7%) |
| | Sim | 52 (42,3%) |
| Qual atividade física (entre os 52 que praticam) | Aeróbico | 52 (100,0%) |
| Frequência semanal de prática de atividade física (entre os 52 que praticam) | 1 vez | 7 (13,5%) |
| | 2 vezes | 12 (23,1%) |
| | 3 vezes | 23 (44,2%) |
| | 4 vezes ou mais | 10 (19,2%) |
| Tempo de tratamento dialítico | 1 – 5 anos | 80 (65,0%) |
| | ≥ 5 anos | 43 (35,0%) |
| Acesso atual | Conf. Fístula A.V. sem Enxerto | 103 (83,7%) |
| | Cateter Venoso Duplo Lúmen | 17 (13,8%) |
| | Cateter de longa permanência | 2 (1,6%) |
| | Conf. Fístula A.V. com Enx. PTFE | 1 (0,8%) |
| Obesidade (IMC) | < 18,5 | 7 (5,7%) |
| | 18,5-24,9 | 58 (47,5%) |
| | 25-29,9 | 39 (32,0%) |
| | 30-34,9 | 13 (10,7%) |
| | 35-39,9 | 3 (2,5%) |
| | ≥40 | 2 (1,6%) |
| Comorbidades | Não | 13 (10,6%) |
| | Sim | 103 (83,7%) |
| | Não sabe informar | 7 (5,7%) |
| HAS | Sim | 54 (43,9%) |
| DM | Sim | 9 (7,3%) |
| HAS+DM | Sim | 38 (30,9%) |
| HAS+DM+ Outras doenças (IAM prévio; ICC) | Sim | 2 (1,6%) |

Fonte: Primária (Autor).

Quanto a outras drogas, dez (8,1%) referiram que as consomem. Destes, a maioria consome apenas maconha (seis pessoas) existindo um que consome crack e maconha, um que consome cocaína, crack e maconha, e dois que não especificaram a droga que consomem. Os usuários de maconha geralmente

desenvolvem quadros temporários de ansiedade, reações de pânico ou sintomas psicóticos. E ainda sequelas do funcionamento cognitivo, como prejuízos de atenção, aumento da vulnerabilidade à distração, sensação de lentificação do tempo, taquicardia, tontura, tosse, xerostomia, entre outros (MOREIRA, 2013).

Por sua vez, não diferente das pessoas sem doença crônica, os DRC que consomem cocaína/crack podem apresentar problemas cardíacos, doenças respiratórias e sintomas depressivos graves que afetam diretamente a QV. O uso de cocaína altera o estado de saúde, ou seja, uma deterioração progressiva causada pelo consumo, e leva ao prejuízo na QV destas pessoas, uma vez que afeta seus componentes biológicos, psicológicos e sociais (HINDLEY; RAMCHANDANI; JONES, 2006).

Os participantes referiram que praticam atividade física (42,3%). Entre eles, todos praticam exercício aeróbico: (13,5%) praticam uma vez por semana, (23,1%) praticam duas vezes por semana, (44,2%) praticam três vezes por semana e (19,2%) praticam quatro vezes por semana ou mais. Interessante, pois este dever da prática de atividade física que fornece melhora dos índices de QV. Lopes et al. (2014a), ao desenvolverem uma análise em 12 países, concluíram que os pacientes em HD envolvidos em níveis elevados de atividade física aeróbica apresentam melhor QV, maior sobrevida e baixo índice de sintomas de depressão.

A adesão às atividades físicas aeróbicas no Amapá pode refletir em diversos aspectos da QV desta população. O predomínio da fistula arteriovenosa (FAV) sem enxerto em um dos membros superiores (83,7%) pode ser um fator que impõe a prática dos exercícios aeróbicos em detrimento dos anaeróbicos, pois lhes exigiriam força e possível sobrecarga do membro a ser preservado.

Laegreid et al. (2014), relatam que, na Noruega, os 320 pacientes mostraram que a baixa QV está relacionada com a função física e destacam que a relação da QV com as comorbidades é praticamente insignificante. Em contrapartida, Martins e Cesarino (2005) apontam o tratamento hemodialítico como responsável por um cotidiano monótono e restrito e que as atividades das pessoas que se encontram nesse tipo de terapia são limitadas após o início do tratamento, favorecendo o sedentarismo e a deficiência funcional, fatores que refletem na qualidade de vida.

Quanto ao Índice de Massa Corporal (IMC), (47,5%) deste estudo estão entre 18,5 e 24,9; (32,0%) entre 25 e 29,9; (5,7%) têm IMC inferior a 18,5; porém (14,8%) com IMC \geq a 30,0 kg/m². Ressalta-se que, embora esse percentual seja pequeno,

chama a atenção para a problemática, uma vez que se trata de pessoas com DRC e índices de IMC influenciam sobremaneira a QV.

Segundo o VIGITEL na capital do estado do Amapá, (71,5%) das pessoas estão em sobrepeso e em obesidade. No CN, (46,8%) dos participantes da pesquisa estão em sobrepeso ou obesidade mórbida, o que representa uma parcela relevante destes doentes renais, o que ratifica as evidências dos autores citados. Mesmo diante do predomínio de IMC dos participantes de 58 (47,5%), normal, observa-se que há um número elevado de pessoas com comorbidades associadas à DRC, o que não necessariamente implica uma associação entre esses dados (BRASIL, 2016).

Sobre as características clínicas: o tempo de tratamento dialítico mais frequente é de um a cinco anos (65,0%). Existem (35,0%) que fazem tratamento dialítico há mais de cinco anos. Encontrado por Lopes et al. (2014b), o tempo médio de tratamento hemodialítico foi de (43,15) meses, ou seja, também entre um e cinco anos.

Houve predomínio das comorbidades (83,7%). As mais referidas foram HAS (76,4%) e DM (39,8%). Estes resultados estão de acordo com os de Higa et al. (2008), que reforçam em seus achados que as doenças sistêmicas são as principais causas de DRC no mundo, tais como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. Por sua vez, Sehgal et al. (1997) e Frankenfield et al. (1999) encontraram o diabetes respondendo pela maioria dos casos de DRC, seguido pela hipertensão arterial, demonstrando que o diabetes pode ser a principal causa de falência renal. Ambos desenvolveram suas pesquisas na década de 90.

Neste contexto, os achados desta pesquisa se fundem com os estudos de Silva et al. (2014), pois informam que DM já correspondeu à maioria dos casos de DRC, seguido pela HAS, não apenas na população de países desenvolvidos, mas também de países em desenvolvimento. Em pesquisas mais recentes, a hipertensão arterial desponta como a principal causa da DRC. Acuña et al. (2015) obtiveram como resultado de sua pesquisa que 64 pessoas têm HAS e 21 apresentam HAS associada a DM, em um centro de HD. Santos et al. (2013) mostraram que a maioria dessas pessoas também eram portadoras de HAS e DM.

4.3 CARACTERÍSTICAS LABORATORIAIS DE PESSOAS COM DRC

Na **Tabela 3**, estão sinalizadas as médias laboratoriais baixas, relativas ao hematócrito (29,6) e hemoglobina (10,0), os quais estão relacionados ao quadro comum de anemia entre os DRC.

TABELA 3. Caracterização de pessoas com doença renal crônica quanto às variáveis laboratoriais Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123).

| Variável | Mínimo | Máximo | Média | Desvio-padrão |
|------------|--------|--------|-------|---------------|
| Hb | 6,2 | 15,2 | 10,0 | 1,9 |
| Ht | 18,7 | 93,6 | 29,6 | 8,1 |
| Ureia | 6,4 | 247,0 | 137,6 | 40,5 |
| Creatinina | 4,2 | 18,9 | 11,0 | 3,1 |
| Ktv | 0,0 | 1,9 | 0,2 | 0,5 |
| Potássio | 3,7 | 7,6 | 5,1 | 0,8 |
| Cálcio | 5,6 | 10,1 | 8,3 | 0,8 |
| Fósforo | 2,0 | 12,1 | 6,2 | 1,8 |
| Glicemia | 57,0 | 546,0 | 135,1 | 85,2 |

Fonte: Primária (Autor).

No caso da uréia (137,6) e creatinina (11,0), a tabela aponta valores elevados se comparados aos parâmetros de normalidade. Estes trazem as características da vitalidade renal e da terapêutica hemodialítica. Quanto ao Ktv (0,2) que refere-se a depuração de ureia, estas alterações laboratoriais que são medidas durante o período em que o paciente realiza HD, mostram que este registro não estima as depurações reais de ureia, por apresentar-se extremamente baixas. Presume-se que este dado esteja subnotificado nas fichas da sala de HD.

O Cálcio (8,3) apresenta-se baixo, em contrapartida, o Fósforo (6,2), elevado. Estes são considerados duas referências que compõem o desequilíbrio eletrolítico presente entre os DRC. Em estudo, Amro et al. (2014) inferem que alguns agrupamentos de sintomas (urêmicos, neuromusculares e dérmicos) possuem forte relação com sintomas depressivos, náuseas, perda de apetite, fadiga, angústia, falta de ar e dor no peito causam impacto no bem-estar psicológico e no bem-estar físico, podendo afetar tanto seu pensamento quanto seu humor. Acredita-se que o acúmulo dos produtos residuais urêmicos seja a principal causa desses sinais e sintomas (SMELTZER et al., 2014; CHEEVER; HINKLE, 2015).

A glicemia representou 135,1. Acima dos valores normais, porém para os DRC que apresentam taxa estimada de filtração glomerular <60 mL/min/1,73 m², são mais propensos à hipoglicemia por razões multifatoriais que incluem a ação

prolongada de agentes hipoglicemiantes (particularmente as sulfonilureias e a insulina), ingestão de álcool, má nutrição crônica e deficiência de precursores gliconeogênicos na medida em que a função renal se deteriora (SOCIEDADE, 2016).

Estes sintomas urêmicos são reflexo de diversos fatores em razão da diminuição e/ou ausência de função renal. Stolic et al. (2012) ressaltam que a manutenção da diurese residual ajuda a manter os níveis de eletrólitos estáveis, enquanto que a maioria dos pacientes que não tem diurese residual, geralmente, tem maior variação de peso no intervalo entre as sessões de hemodiálise.

Para os mesmos autores, a preservação da função renal residual em pacientes sob hemodiálise ajuda a reduzir os riscos de doença cardiovascular, controlar a pressão arterial, prevenir a hipertrofia ventricular esquerda, controlar a anemia, ou seja, diminui o agrupamento de sintomas urêmicos, neuromusculares e dérmicos também citados por Amro et al. (2014), reduzindo o impacto no bem-estar psicológico.

Todavia, a maioria dos pacientes não tem a preservação da diurese residual, levando a manifestações de diversos sintomas que podem gerar o desenvolvimento de problemas psiquiátricos. Esses problemas em DRC, geralmente, associam-se a um risco relativo significativamente maior de morte, internação e medo do tratamento (KANG et al., 2015).

4.4 CONFIABILIDADE DA ESCALA KDQOL-SF™ 1.3 APLICADA A PESSOAS COM DRC

No presente estudo, quando avaliada a medida de confiabilidade interna dos itens nas dimensões pelo Alpha de Cronbach, este apresentou variação entre ($\alpha=0,42$) situação de trabalho a ($\alpha=0,81$) lista de sintomas/problemas, na **Tabela 4**, sendo valores adequados para avaliação de consistência interna.

Esses resultados foram similares aos estudos de Lopes et al. (2014b) em que a variação foi de ($\alpha=0,32$) situação de trabalho a ($\alpha=0,92$) saúde geral e função física. Quanto à lista de sintomas e problemas, esta variação foi discretamente inferior ao presente estudo ($\alpha=0,72$). Na consistência interna do KDQOL-SF, a maioria das dimensões obteve valores de Alpha de Cronbach satisfatórios ($\geq 0,70$) conforme Hair et al. (2010). Similares a Guerrero, Alvarado e Espina (2012) que

obtiveram o resultado em sua pesquisa da análise de consistência interna do instrumento KDQOL-36TM de 0,80.

No estudo de validação do KDQOL no Brasil realizado por Duarte, Ciconelli e Sesso (2005), a variação ($\alpha=0.50$) Satisfação do paciente e ($\alpha=0.99$) Função Sexual, Lista de sintomas/problemas também foram elevados ($\alpha=0.94$). Já a Situação de trabalho inferiu variação de $\alpha=0.98$, difere dos resultados do presente estudo. A literatura evidencia que a consistência interna do KDQOL é adequada para uso em diferentes culturas (DUARTE et al., 2003).

TABELA 4. Caracterização das dimensões e confiabilidade da Escala KDQOL-SFTM 1.3 de pessoas com doença renal crônica, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123).

| Dimensões | Nº itens | Itens | Alpha de Cronbach |
|-------------------------------|----------|-----------------------|-------------------|
| ESRD | | | |
| Lista de sintomas / problemas | 12 | De 14a a 14l | 0,815 |
| Efeitos da doença renal | 8 | De 15a a 15h | 0,723 |
| Carga da doença renal | 4 | De 12a a 12d | 0,735 |
| Situação de trabalho | 2 | 20, 21 | 0,423 |
| Função cognitiva | 3 | 13b, 13d, 13f | 0,629 |
| Qualidade da interação social | 3 | 13a, 13c, 13e | 0,500 |
| Função Sexual | 2 | 16a, 16b | 0,439 |
| Sono | 4 | 17, 18a, 18b, 18c | 0,615 |
| Suporte Social | 2 | 19a, 19b | 0,748 |
| Diálise pessoal encorajamento | 2 | 24a, 24b | 0,701 |
| Satisfação do paciente | 1 | 23 | - |
| SF-36 | | | |
| Funcionamento físico | 10 | De 3a a 3j | 0,866 |
| Papel – físico | 4 | De 4a a 4d | 0,752 |
| Dor | 2 | 7, 8 | 0,702 |
| Saúde geral | 5 | 1, 11a, 11b, 11c, 11d | 0,629 |
| Bem-estar emocional | 5 | 9b, 9c, 9d, 9f, 9h | 0,753 |
| Papel emocional | 3 | 5a, 5b, 5c | 0,776 |
| Função Social | 2 | 6, 10 | 0,634 |
| Energia/Fadiga | 4 | 9a, 9e, 9g, 9i | 0,659 |

Fonte: Primária (Autor).

O Alpha de Cronbach nas dimensões Situação de trabalho ($\alpha=0,42$), Qualidade da interação social ($\alpha=0,50$) e Função sexual ($\alpha=0,43$) mostra fragilidades quando analisadas no conjunto de dimensões que compõem o KDQOL. Kusumota (2005), em sua tese de doutorado, teve o Alpha de Cronbach nas dimensões Situação de trabalho ($\alpha=0,56$), Qualidade da interação social ($\alpha=0,54$), porém a Função sexual $\alpha=0,71$. A Função Física ($\alpha=0,68$), Saúde Geral ($\alpha=0,68$) e Suporte Social ($\alpha=0,66$) apresentaram-se abaixo de $\alpha=0,70$. Demonstram a variação do Alpha de Cronbach.

Ferreira e Anes (2010) identificaram que 11 das dimensões específicas do KDQOL-SF obtiveram coeficientes α de Cronbach ($\alpha=0,70$), no entanto, com Cronbach da situação de trabalho ($\alpha=0,68$), do peso da doença renal ($\alpha=0,64$) e da qualidade da interação social ($\alpha=0,35$) corroborando os achados deste estudo.

Para Abreu e Santos (2013), o Alpha de Cronbach apresenta-se satisfatório para todas as dimensões do SF-36 ($\alpha = 0,88$) e para cada uma das dimensões separadamente (α min = 0,68 e α máx = 0,96), exceto para a dimensão estado geral da saúde ($\alpha = 0,49$). Na literatura há um número escasso que faz uso de Alpha de Cronbach. É importante considerar o contexto cultural em que a população investigada com uso do KDQOL-SFTM1.3 está inserida, pois este aspecto tem impacto sobre as dimensões e a percepção da QV, evidente pelas variações em algumas dimensões em diferentes estudos, quanto a consistência interna da escala.

O presente estudo é o primeiro realizado em Macapá com a temática QV de pessoas com DRC utilizando o KDQOL-SF. Em revisão de literatura que utilizou o KDQOL-SF, observa-se escassez relacionada à descrição dos resultados do Alpha de Cronbach. Foram identificados no Brasil oito estudos que utilizaram a referida escala, entre os quais cinco trazem descritos o Alpha de Cronbach. Apesar da fragilidade das referidas dimensões acima relacionadas à confiabilidade encontrada neste estudo, estas foram mantidas nas análises. No entanto, os resultados que as envolvem devem ser analisados e utilizados com cautela.

4.5 QUALIDADE DE VIDA PERCEBIDA PELAS PESSOAS COM DRC POR MEIO DA KDQOL-SFTM 1.3

Na **Tabela 5**, apresenta-se a caracterização da KDQOL-SFTM 1.3. e das suas dimensões.

TABELA 5. Caracterização das dimensões da escala Escala KDQOL-SFTM 1.3 de pessoas com doença renal crônica, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123). Continua

| Dimensões | Mínimo | Máximo | Mediana | Média | Desvio-padrão | Teste de Kolmogorov-Smirnov |
|-------------------------------|--------|--------|---------|-------|---------------|-----------------------------|
| ESRD | | | | | | |
| Lista de sintomas / problemas | 8,33 | 100,00 | 75,00 | 73,53 | 18,50 | $p < 0,001$ |
| Efeitos da doença renal | 0,00 | 100,00 | 75,00 | 70,88 | 19,18 | $p < 0,001$ |
| Carga da doença renal | 0,00 | 100,00 | 50,00 | 48,42 | 31,10 | $p = 0,001$ |
| Situação de trabalho | 0,00 | 100,00 | 0,00 | 28,86 | 35,65 | $p < 0,001$ |
| Função cognitiva | 0,00 | 100,00 | 93,33 | 88,73 | 18,17 | $p < 0,001$ |
| Qualidade da interação social | 26,67 | 100,00 | 93,33 | 87,26 | 17,37 | $p < 0,001$ |

| | | | | | | |
|-------------------------------|-------|--------|--------|-------|-------|-------------|
| Função Sexual | 25,00 | 100,00 | 100,00 | 87,05 | 21,58 | $p < 0,001$ |
| Sono | 15,00 | 100,00 | 70,00 | 67,99 | 22,09 | $p = 0,012$ |
| Suporte Social | 0,00 | 100,00 | 100,00 | 81,84 | 25,34 | $p < 0,001$ |
| Diálise pessoal encorajamento | 0,00 | 100,00 | 87,50 | 76,22 | 29,57 | $p < 0,001$ |
| Satisfação do paciente | 16,67 | 100,00 | 66,67 | 63,14 | 21,37 | $p < 0,001$ |
| SF-36 | | | | | | |
| Funcionamento físico | 0,00 | 65,00 | 40,00 | 35,98 | 20,18 | $p = 0,001$ |
| Papel – físico | 0,00 | 100,00 | 25,00 | 29,07 | 34,23 | $p < 0,001$ |
| Dor | 0,00 | 100,00 | 70,00 | 68,80 | 27,43 | $p < 0,001$ |
| Saúde geral | 0,00 | 95,00 | 50,00 | 52,32 | 22,92 | $p = 0,061$ |
| Bem-estar emocional | 16,00 | 100,00 | 84,00 | 77,56 | 21,42 | $p < 0,001$ |
| Papel emocional | 0,00 | 100,00 | 33,33 | 43,36 | 41,14 | $p < 0,001$ |
| Função Social | 0,00 | 100,00 | 87,50 | 77,34 | 25,72 | $p < 0,001$ |
| Energia/Fadiga | 0,00 | 100,00 | 70,00 | 66,06 | 23,01 | $p = 0,001$ |

Fonte: Primária (Autor).

Continuação

A dimensão Função cognitiva ($88,73 \pm 18,17$), seguida da qualidade da interação social ($87,26 \pm 17,37$), obteve a maior média entre os participantes, o que sugere uma melhor percepção sobre a qualidade de vida nestas dimensões. No estudo de Cordeiro et al. (2009), entre os maiores escores estão os da Função Cognitiva (80,74) e Qualidade da Interação Social (80,83). Há evidências da relação entre função cognitiva e qualidade de vida em pessoas com DRC. Em contrapartida, Higa et al. (2008) afirmam que as pessoas encaram sua terapia como uma modalidade dolorosa, sofrida, angustiante, com limitações físicas, sociais e nutricionais, dificultando, muitas vezes, a interação paciente-sociedade-família. Porém, de modo geral, apresentaram melhores resultados no bem-estar emocional, devido ao fato relatado em seu estudo de acreditarem que o transplante renal seja a cura para a doença e por estimarem que a QV dos pacientes transplantados seja melhor.

Em revisão realizada, constatou que Lopes et al. (2014b) também obtiveram em seus estudos as maiores pontuações nas dimensões “Função Cognitiva” (89,31) e “Função Sexual” (84,58). A literatura tem mostrado que a função cognitiva é uma dimensão que expressa importância para ser investigada em pessoas com DRC, pois esta função tem se mostrado associada à melhora e à aceitação do diagnóstico da DRC e sua carga de sintomas; melhorando a gestão do quadro da doença e da QV. As dimensões Qualidade da interação social e suporte social também obtiveram médias elevadas, demonstrando que, mesmo estando com uma doença que apresenta limitações físicas e sociais, ainda apresentam boas relações sociais e que podem contar como suporte de ajuda quando há necessidade.

A DRC limita o desenvolvimento das atividades sociais e diárias, além de resultar em múltiplos malefícios para a saúde (KANG et al., 2015). Portanto, o suporte social é imprescindível para a QV. Lopes et al. (2014b), em seus achados, encontraram entre suas dimensões os menores escores também para “Situação de Trabalho” (37,13). Relacionada a esta dimensão está dimensão carga da doença renal, pois a dependência das pessoas à máquina de HD por um tempo indeterminado as afeta negativamente.

4.6 RELAÇÃO DAS DIMENSÕES DA ESCALA KDQOL-SF™ 1.3 COM AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E LABORATORIAIS.

Neste estudo, foi estabelecida a relação entre as variáveis características dos participantes; na literatura revisada, não foram encontrados estudos que realizavam tal ligação. Neste contexto, esta relação sustenta um dos objetivos deste estudo, que é importante para formulação de políticas e cuidados específicos para a demanda de pessoas com DRC. A comparação das dimensões Escala KDQOL-SF™ entre os participantes do sexo feminino e do sexo masculino (**Tabela 6**) mostra a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões Lista de sintomas / problemas ($p = 0,003$), Efeitos da doença renal ($p = 0,048$), Função cognitiva ($p = 0,016$), Sono ($p = 0,034$), Funcionamento físico ($p = 0,017$), Papel-físico ($p = 0,010$), Bem-estar emocional ($p = 0,034$), Papel-emocional ($p = 0,043$) e Energia/Fadiga ($p = 0,024$).

Os homens têm escores médios mais elevados em todas estas dimensões, ou seja, apresentam melhores índices de QV do que as mulheres. Silva et al. (2014) identificaram em estudos melhores resultados entre homens com população saudável e evidenciaram que mulheres com menos anos de escolaridade apresentam menores escores que homens com baixa e alta escolaridade. Porém destacaram que não encontraram diferença entre os sexos quanto à renda e escolaridade, sugerindo que a diversidade nos resultados pode ser devida a distinções mais específicas entre os gêneros, como fatores sociais (maiores estímulos) ou mesmo os biológicos.

TABELA 6. Comparação das dimensões da Escala KDQOL-SF™ 1.3 com o sexo de pessoas com doença renal crônica, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123).

| Dimensões | Feminino | Masculino | Teste de Mann- |
|-----------|----------|-----------|----------------|
|-----------|----------|-----------|----------------|

| | (n = 36) Média (DP) | (n = 87) Média (DP) | Whitney |
|-------------------------------|------------------------|------------------------|-------------|
| ESRD | | | |
| Lista de sintomas / problemas | 65,80 (18,27) | 76,72 (17,73) | $p = 0,003$ |
| Efeitos da doença renal | 65,36 (20,06) | 73,17 (18,44) | $p = 0,048$ |
| Carga da doença renal | 45,14 (33,74) | 49,78 (30,04) | $p = 0,442$ |
| Situação de trabalho | 26,39 (30,44) | 29,89 (37,71) | $p = 0,874$ |
| Função cognitiva | 85,19 (19,78) | 90,19 (17,37) | $p = 0,016$ |
| Qualidade da interação social | 81,67 (20,31) | 89,58 (15,54) | $p = 0,033$ |
| Função Sexual | 97,92 (5,10) | 85,75 (22,45) | $p = 0,227$ |
| Sono | 61,67 (21,56) | 70,60 (21,90) | $p = 0,034$ |
| Suporte Social | 78,24 (26,07) | 83,33 (25,03) | $p = 0,195$ |
| Diálise pessoal encorajamento | 80,90 (25,79) | 74,28 (30,93) | $p = 0,348$ |
| Satisfação do paciente | 61,57 (22,12) | 63,79 (21,14) | $p = 0,532$ |
| SF-36 | | | |
| Funcionamento físico | 28,89 (20,53) | 38,91 (19,40) | $p = 0,017$ |
| Papel – físico | 18,75 (32,39) | 33,33 (34,24) | $p = 0,010$ |
| Dor | 60,97 (31,24) | 72,04 (25,18) | $p = 0,110$ |
| Saúde geral | 49,17 (23,22) | 53,62 (22,81) | $p = 0,321$ |
| Bem-estar emocional | 70,67 (23,79) | 80,41 (19,80) | $p = 0,034$ |
| Papel emocional | 33,33 (42,91) | 47,51 (39,91) | $p = 0,043$ |
| Função Social | 78,82 (20,88) | 76,72 (27,57) | $p = 0,912$ |
| Energia/Fadiga | 58,33 (25,04) | 69,25 (21,47) | $p = 0,024$ |

Fonte: Primária (Autor).

Quanto à comparação por residência (**Tabela 7**), apenas existem diferenças significativas na dimensão Saúde geral ($p = 0,004$). A análise das médias mostra que, nesta dimensão, os residentes em Macapá-AP têm melhores níveis de qualidade de vida geral do que os residentes em Santana. Segundo Cavalcante et al. (2013), os piores níveis de QV estão relacionados aos DRC com doenças cardiovasculares associadas que moram em regiões interioranas.

TABELA 7. Comparação das dimensões da Escala KDQOL-SF™ 1.3 com a residência de pessoas com doença renal crônica, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123). Continua

| Dimensões | Macapá-AP (n = 99) Média (DP) | Santana-AP (n = 22) Média (DP) | Teste de Mann-Whitney |
|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| ESRD | | | |
| Lista de sintomas / problemas | 74,28 (18,12) | 73,67 (15,54) | $p = 0,633$ |
| Efeitos da doença renal | 71,12 (19,99) | 70,88 (16,03) | $p = 0,734$ |
| Carga da doença renal | 50,25 (30,34) | 37,78 (32,59) | $p = 0,079$ |
| Situação de trabalho | 29,29 (35,72) | 25,00 (33,63) | $p = 0,635$ |
| Função cognitiva | 89,36 (18,04) | 86,67 (19,19) | $p = 0,358$ |
| Qualidade da interação social | 88,48 (15,73) | 80,61 (22,99) | $p = 0,223$ |
| Função Sexual | 86,94 (23,07) | 86,25 (14,97) | $p = 0,270$ |
| Sono | 69,55 (22,38) | 62,39 (20,74) | $p = 0,160$ |
| Suporte Social | 83,67 (23,81) | 73,48 (31,14) | $p = 0,085$ |
| Diálise pessoal encorajamento | 77,53 (28,96) | 75,00 (29,88) | $p = 0,660$ |
| Satisfação do paciente | 66,16 (20,54) | 50,76 (21,50) | $p = 0,004$ |
| SF-36 | | | |
| Funcionamento físico | 36,67 (19,82) | 34,09 (22,23) | $p = 0,611$ |
| Papel – físico | 30,56 (34,54) | 25,00 (33,63) | $p = 0,455$ |
| Dor | 69,39 (28,19) | 67,27 (21,45) | $p = 0,430$ |
| Saúde geral | 55,35 (22,49) | 40,68 (19,35) | $p = 0,004$ |

| | | | |
|--------------------------|---------------|---------------|-------------|
| Bem-estar emocional | 77,74 (21,77) | 76,18 (20,56) | $p = 0,655$ |
| Papel emocional | 42,09 (41,13) | 45,45 (41,84) | $p = 0,773$ |
| Função Social | 78,79 (24,84) | 71,02 (29,22) | $p = 0,249$ |
| Energia/Fadiga | 67,37 (23,30) | 59,09 (21,58) | $p = 0,100$ |
| Fonte: Primária (Autor). | | | Continuação |

A comparação da qualidade de vida por estado civil (**Tabela 8**) mostra a existência de diferenças significativas na dimensão saúde geral ($p = 0,048$). Neste caso, as pessoas casadas apresentam melhores níveis de QV geral dos que as solteiras e do que os que vivem em união de fato. Contudo, o tratamento bem-sucedido encontra-se intimamente relacionado ao apoio da família e de pessoas mais próximas, sendo estas apoio essencial para efetivas adaptações e modificações necessárias. Pessoas com DRC têm consideráveis problemas em função de vários aspectos físicos e psicológicos, o que contribui para a instalação de um círculo vicioso de depressão, ansiedade, estresse e a percepção de ser um fardo para a sua família (NAKAGAKI; MCLELLAN, 2013; OLIVEIRA et al., 2016).

TABELA 8. Comparação das dimensões da Escala KDQOL-SF™ 1.3 com o estado civil de pessoas com DRC, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123).

| Dimensões | Solteiro (n = 48) Média (DP) | Casado (n = 39) Média (DP) | União estável (n = 16) Média (DP) | Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> |
|-------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|---|-----------------------------------|
| ESRD | | | | |
| Lista de sintomas / problemas | 69,23 (17,88) | 75,96 (17,55) | 72,92 (21,50) | $p = 0,228$ |
| Efeitos da doença renal | 65,76 (20,67) | 73,00 (19,04) | 72,46 (13,89) | $p = 0,182$ |
| Carga da doença renal | 43,62 (32,68) | 48,08 (31,48) | 54,30 (24,97) | $p = 0,473$ |
| Situação de trabalho | 25,00 (34,21) | 33,33 (38,62) | 37,50 (38,73) | $p = 0,398$ |
| Função cognitiva | 85,00 (21,15) | 89,23 (19,20) | 91,25 (12,58) | $p = 0,277$ |
| Qualidade da interação social | 83,75 (19,73) | 91,62 (12,30) | 87,08 (14,29) | $p = 0,130$ |
| Função Sexual | 89,58 (17,28) | 77,50 (29,13) | 94,32 (8,59) | $p = 0,373$ |
| Sono | 66,25 (24,53) | 68,40 (22,04) | 71,72 (21,03) | $p = 0,827$ |
| Suporte Social | 78,82 (28,30) | 87,18 (22,45) | 72,91 (30,96) | $p = 0,102$ |
| Diálise pessoal encorajamento | 76,04 (27,63) | 76,28 (32,92) | 78,91 (28,77) | $p = 0,656$ |
| Satisfação do paciente | 64,24 (23,32) | 64,96 (21,22) | 64,58 (21,84) | $p = 0,994$ |
| SF-36 | | | | |
| Funcionamento físico | 36,46 (20,24) | 35,64 (19,71) | 37,50 (17,22) | $p = 0,964$ |
| Papel – físico | 26,56 (33,58) | 35,90 (36,63) | 25,00 (32,91) | $p = 0,372$ |
| Dor | 64,01 (27,38) | 69,17 (30,62) | 73,28 (25,47) | $p = 0,362$ |
| Saúde geral | 47,40 (24,08) | 57,56 (18,10) | 43,13 (27,01) | $p = 0,048$ |
| Bem-estar emocional | 70,83 (22,64) | 80,10 (19,99) | 83,50 (14,67) | $p = 0,062$ |
| Papel emocional | 41,67 (40,97) | 45,30 (42,22) | 35,42 (39,38) | $p = 0,737$ |
| Função Social | 72,40 (25,78) | 79,49 (27,43) | 86,72 (14,77) | $p = 0,092$ |
| Energia/Fadiga | 63,33 (22,65) | 62,44 (23,98) | 72,19 (19,23) | $p = 0,379$ |

Fonte: Primária (Autor).

Quanto à comparação por situação de trabalho (**Tabela 9**), existem diferenças significativas nas dimensões Efeitos da Doença Renal ($p = 0,012$), Carga da Doença Renal ($p = 0,013$), Papel-Físico ($p = 0,024$) e Papel-Emocional ($p = 0,017$). Nestas

dimensões, os aposentados têm escores médios mais altos, seguindo-se os empregados e, por último, os que recebem auxílio do governo. Santos et al. (2013) salientam que o baixo nível socioeconômico pode ser um fator de risco para doenças crônicas, pois cerca de 78,3% dos DRC avaliados em seu estudo estavam nas classes econômicas mais baixas.

TABELA 9. Comparação das dimensões da Escala KDQOL-SF™ 1.3 com a situação de trabalho de pessoas com doença renal crônica, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123).

| Dimensões | Empregado | Recebe auxílio | Aposentado | Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> |
|-------------------------------|------------------------|--------------------------------------|------------------------|-----------------------------------|
| | (n = 15) Média (DP) | do governo (n = 82) Média (DP) | (n = 82) Média (DP) | |
| ESRD | | | | |
| Lista de sintomas / problemas | 71,81 (25,26) | 71,57 (17,41) | 80,69 (16,21) | $p = 0,079$ |
| Efeitos da doença renal | 70,00 (25,87) | 68,56 (16,57) | 78,73 (21,20) | $p = 0,012$ |
| Carga da doença renal | 58,75 (25,75) | 42,68 (32,21) | 60,58 (25,73) | $p = 0,013$ |
| Situação de trabalho | 60,00 (43,09) | 24,39 (33,56) | 25,00 (29,15) | $p = 0,006$ |
| Função cognitiva | 82,67 (31,15) | 88,62 (15,56) | 92,56 (15,70) | $p = 0,141$ |
| Qualidade da interação social | 88,89 (18,97) | 85,77 (17,43) | 91,03 (16,21) | $p = 0,156$ |
| Função Sexual | 87,50 (25,62) | 88,79 (18,70) | 83,59 (24,46) | $p = 0,710$ |
| Sono | 62,00 (24,59) | 66,37 (22,62) | 76,54 (16,73) | $p = 0,079$ |
| Suporte Social | 82,22 (18,33) | 80,69 (27,40) | 85,25 (22,28) | $p = 0,670$ |
| Diálise pessoal encorajamento | 72,50 (28,43) | 82,62 (23,05) | 58,17 (40,15) | $p = 0,012$ |
| Satisfação do paciente | 72,22 (18,54) | 60,57 (21,83) | 66,03 (20,27) | $p = 0,083$ |
| SF-36 | | | | |
| Funcionamento físico | 33,00 (22,26) | 34,82 (20,43) | 41,35 (17,81) | $p = 0,330$ |
| Papel – físico | 26,67 (35,94) | 24,39 (32,15) | 45,19 (36,07) | $p = 0,024$ |
| Dor | 74,33 (23,44) | 66,89 (28,67) | 71,63 (25,72) | $p = 0,595$ |
| Saúde geral | 53,33 (30,51) | 50,98 (22,14) | 55,96 (20,83) | $p = 0,435$ |
| Bem-estar emocional | 80,00 (20,51) | 74,83 (22,42) | 84,77 (17,08) | $p = 0,121$ |
| Papel emocional | 46,67 (43,28) | 36,99 (40,91) | 61,54 (36,14) | $p = 0,017$ |
| Função Social | 78,33 (22,89) | 75,46 (26,24) | 82,69 (25,76) | $p = 0,331$ |
| Energia/Fadiga | 65,33 (26,56) | 63,35 (21,67) | 75,00 (23,66) | $p = 0,063$ |

Fonte: Primária (Autor).

Existem também diferenças significativas na dimensão Situação de Trabalho ($p = 0,006$), uma vez que os empregados têm escores mais elevados do que o restante. Manter as atividades profissionais traz a essas pessoas o empoderamento de suas vidas e reforça que o diagnóstico de DRC não é sinônimo de sua incapacidade funcional. Já na dimensão Diálise Pessoal Encorajamento ($p = 0,012$), neste caso, são os que recebem auxílio do governo que têm escores mais elevados; para esse público que tem uma situação econômica desfavorável, esta relação com a equipe de saúde se torna mais dependente que dos demais.

A QV é um construto amplamente estudado em várias doenças e na DRC, devido a suas características e tratamento, representa preocupação permanente dos profissionais de saúde. De acordo com Whoqol group (1995, p. 1405), a OMS definiu

“a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e do sistema de valor com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Na **Tabela 10**, as variáveis descritas a partir da Correlação linear de Spearman das dimensões da Escala KDQOL-SF™ com a idade, o nível de escolaridade e com a renda familiar, apresentam correlação muito fraca ou fraca, mas foram consideradas.

TABELA 10. Correlação das dimensões da Escala KDQOL-SF™ 1.3 com idade, escolaridade e renda familiar de pessoas com doença renal crônica, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123).

| Dimensões | Idade | Escolaridade | Renda familiar |
|-------------------------------|------------|--------------|----------------|
| ESRD | | | |
| Lista de sintomas / problemas | R = 0,147 | R = 0,071 | R = 0,057 |
| Efeitos da doença renal | R = 0,149 | R = 0,004 | R = 0,052 |
| Carga da doença renal | R = -0,105 | R = 0,293** | R = 0,155 |
| Situação de trabalho | R = -0,133 | R = 0,119 | R = 0,311** |
| Função cognitiva | R = 0,126 | R = 0,062 | R = 0,097 |
| Qualidade da interação social | R = 0,184* | R = 0,058 | R = 0,036 |
| Função Sexual | R = -0,157 | R = -0,010 | R = 0,078 |
| Sono | R = -0,032 | R = 0,196* | R = 0,218* |
| Suporte Social | R = 0,052 | R = 0,053 | R = -0,004 |
| Diálise pessoal encorajamento | R = 0,005 | R = -0,259** | R = -0,335** |
| Satisfação do paciente | R = 0,048 | R = 0,057 | R = 0,145 |
| SF-36 | | | |
| Funcionamento físico | R = -0,175 | R = 0,027 | R = 0,019 |
| Papel – físico | R = -0,092 | R = 0,054 | R = 0,156 |
| Dor | R = 0,032 | R = 0,064 | R = 0,109 |
| Saúde geral | R = 0,062 | R = -0,005 | R = -0,019 |
| Bem-estar emocional | R = 0,122 | R = 0,128 | R = 0,039 |
| Papel emocional | R = -0,022 | R = 0,100 | R = 0,199* |
| Função Social | R = 0,022 | R = 0,057 | R = 0,097 |
| Energia/Fadiga | R = -0,028 | R = 0,161 | R = 0,063 |

Fonte: Primária (Autor). R – Coeficiente de Correlação de Spearman; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

A idade se encontra correlacionada com a dimensão Qualidade da Interação social (R = 0,184; $p < 0,05$). A correlação é positiva indicando que indivíduos mais velhos têm maiores níveis de qualidade da interação social. O nível de escolaridade tem correlação positiva fraca com as dimensões Carga da Doença Renal (R = 0,293; $p < 0,01$) e Sono (R = 0,196; $p < 0,05$), e negativamente correlacionado com a dimensão Diálise Pessoal Encorajamento (R = -0,259; $p < 0,01$).

Estas correlações sugerem que quanto maior é o nível de escolaridade, mais elevados são os escores das dimensões carga da doença renal e sono. Por outro lado, indivíduos com maior nível de escolaridade têm escores mais baixos na dimensão diálise pessoal encorajamento, desta forma apresentam correlação negativa fraca, porém possibilita deduzir, com base no perfil destas pessoas, que

são menos dependentes da equipe por terem mais acesso às informações relativas à DRC de maneira independente. Este fato demonstra o distanciando entre a equipe de saúde e a pessoa com DRC naquele contexto.

Há um entendimento de que, por ter um nível de escolaridade bom, aquelas pessoas não necessitam de tantas orientações, e esta abordagem por parte da equipe multiprofissional torna-se limitada. Desta maneira, intui-se ainda que a pessoa com oportunidades de estudar e trabalhar de maneira a corresponder a sua qualificação profissional tem uma renda melhor em detrimento aos que não têm um nível escolar correspondente ou em maior grau. O que permite maior tranquilidade para interação social adequada junto a seus amigos e familiares, bem como mais possibilidades de desenvolver hábitos profícuos de vida.

A renda familiar apresenta correlação positiva fraca com as dimensões Situação de Trabalho ($R = 0,311$; $p < 0,01$), Sono ($R = 0,218$; $p < 0,05$) e Papel Emocional ($R = 0,199$; $p < 0,05$). Pelo contrário, a renda familiar sinaliza correlação negativa fraca com a dimensão diálise pessoal encorajamento ($R = -0,335$; $p < 0,01$), ou seja, quanto maior é a renda, pode-se inferir um menor escore em relação a diálise pessoal encorajamento. Levando a deduzir as afirmativas anteriores estão evidentes na relação profissionais e pacientes nos centros de HD.

Quanto às comparações relativas aos hábitos tabágicos (**Tabela 11**), apenas existia um não fumante que não foi incluído nas comparações. Observaram-se diferenças significativas nas dimensões Situação de Trabalho ($p = 0,041$) e Função Cognitiva ($p = 0,028$). Os ex-tabagistas apresentaram melhores níveis de qualidade de vida em ambas as dimensões. Em sua revisão de literatura, Elihimas Júnior et al. (2014) concluíram que a maioria dos estudos revelou que o consumo de cigarro maior que 15 maços/ano evidencia aumento do risco para progressão da disfunção renal. E ainda afirmaram que os homens tabagistas com doença policística autossômica dominante possuíam um risco maior de progressão para DRC estágio terminal quando comparados com pacientes não tabagistas.

TABELA 11. Comparação das dimensões da Escala KDQOL-SF™ 1.3 com os hábitos tabagistas de pessoas com doença renal crônica, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123). Continua

| Dimensões | Fumante (n = 51) Média (DP) | Ex-tabagista (n = 71) Média (DP) | <i>Teste de Mann-Whitney</i> |
|-------------------------------|-----------------------------------|--|------------------------------|
| ESRD | | | |
| Lista de sintomas / problemas | 75,00 (19,64) | 72,74 (17,70) | $p = 0,312$ |
| Efeitos da doença renal | 69,73 (19,65) | 72,18 (18,62) | $p = 0,529$ |

| | | | |
|-------------------------------|---------------|---------------|-------------|
| Carga da doença renal | 53,68 (30,75) | 45,25 (30,90) | $p = 0,113$ |
| Situação de trabalho | 37,25 (39,80) | 22,54 (31,38) | $p = 0,041$ |
| Função cognitiva | 84,58 (21,77) | 91,64 (14,68) | $p = 0,028$ |
| Qualidade da interação social | 86,54 (16,68) | 87,98 (17,98) | $p = 0,375$ |
| Função Sexual | 87,02 (20,46) | 87,08 (22,86) | $p = 0,558$ |
| Sono | 67,99 (22,63) | 68,52 (21,54) | $p = 0,994$ |
| Suporte Social | 82,02 (25,35) | 81,69 (25,69) | $p = 0,926$ |
| Diálise pessoal encorajamento | 73,53 (30,17) | 78,70 (29,00) | $p = 0,226$ |
| Satisfação do paciente | 63,40 (21,86) | 63,15 (21,25) | $p = 0,819$ |
| SF-36 | | | |
| Funcionamento físico | 37,94 (19,93) | 35,00 (20,21) | $p = 0,413$ |
| Papel – físico | 27,45 (35,09) | 30,63 (33,86) | $p = 0,472$ |
| Dor | 70,20 (25,75) | 68,31 (28,58) | $p = 0,796$ |
| Saúde geral | 48,43 (24,95) | 54,93 (21,24) | $p = 0,119$ |
| Bem-estar emocional | 76,94 (20,26) | 78,25 (22,38) | $p = 0,523$ |
| Papel emocional | 45,75 (44,20) | 42,25 (39,02) | $p = 0,794$ |
| Função Social | 80,64 (25,16) | 75,70 (25,52) | $p = 0,214$ |
| Energia/Fadiga | 65,10 (22,48) | 67,04 (23,54) | $p = 0,484$ |

Fonte: Primária (Autor).

Continuação

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas (**Tabela 12**), as diferenças foram significativas nas dimensões Lista de sintomas/problemas ($p = 0,017$), Efeitos da Doença Renal ($p = 0,003$) e Papel Físico ($p = 0,030$). Os ex-etilistas têm escores médios mais elevados do que os restantes nestas três dimensões. Elihimas Júnior et al. (2014) apontam que o consumo de álcool, independentemente da quantidade consumida, demonstrou efeito protetor sobre a função renal em homens, correlação esta sem significância estatística no sexo feminino.

TABELA 12. Comparação das dimensões da Escala KDQOL-SF™ 1.3 com o consumo de álcool de pessoas com doença renal crônica, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123). Continua

| Dimensões | CONSOME BEBIDAS ALCOÓLICAS | | | Teste de Kruskal-Wallis |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|
| | Não (n = 47) Média (DP) | Sim (n = 28) Média (DP) | Ex-etilista (n = 48) Média (DP) | |
| ESRD | | | | |
| Lista de sintomas / problemas | 70,43 (18,47) | 68,23 (22,02) | 79,64 (14,52) | $p = 0,017$ |
| Efeitos da doença renal | 66,29 (20,40) | 66,07 (18,99) | 78,19 (15,85) | $p = 0,003$ |
| Carga da doença renal | 44,02 (33,12) | 47,10 (29,44) | 53,52 (29,87) | $p = 0,309$ |
| Situação de trabalho | 38,30 (37,90) | 23,21 (34,65) | 22,92 (32,55) | $p = 0,066$ |
| Função cognitiva | 84,82 (23,33) | 90,00 (10,96) | 91,81 (15,14) | $p = 0,223$ |
| Qualidade da interação social | 85,53 (17,55) | 84,29 (21,86) | 90,69 (13,67) | $p = 0,572$ |
| Função Sexual | 92,76 (12,72) | 90,00 (22,26) | 80,11 (25,78) | $p = 0,274$ |
| Sono | 65,05 (22,17) | 68,75 (22,80) | 70,42 (21,74) | $p = 0,560$ |
| Suporte Social | 81,56 (23,89) | 72,02 (33,35) | 87,85 (19,37) | $p = 0,098$ |
| Diálise pessoal encorajamento | 79,26 (26,74) | 67,41 (33,39) | 78,39 (29,48) | $p = 0,167$ |
| Satisfação do paciente | 65,96 (22,51) | 58,93 (20,02) | 62,85 (20,98) | $p = 0,312$ |
| SF-36 | | | | |
| Funcionamento físico | 33,19 (21,90) | 35,54 (18,73) | 38,96 (19,21) | $p = 0,436$ |
| Papel – físico | 30,85 (37,30) | 23,21 (31,13) | 30,73 (33,12) | $p = 0,626$ |
| Dor | 63,83 (29,38) | 63,21 (26,99) | 76,93 (24,06) | $p = 0,030$ |
| Saúde geral | 50,64 (23,79) | 46,07 (23,19) | 57,60 (21,14) | $p = 0,081$ |
| Bem-estar emocional | 75,74 (22,21) | 72,43 (22,43) | 82,33 (19,40) | $p = 0,124$ |

| | | | | |
|--------------------------|---------------|---------------|---------------|-------------|
| Papel emocional | 48,94 (47,06) | 44,05 (37,46) | 37,50 (36,79) | $p = 0,608$ |
| Função Social | 76,86 (25,53) | 69,20 (28,15) | 82,55 (23,60) | $p = 0,093$ |
| Energia/Fadiga | 60,32 (23,28) | 68,93 (19,60) | 70,00 (23,88) | $p = 0,065$ |
| Fonte: Primária (Autor). | | | | Continuação |

Observaram-se diferenças significativas (**Tabela 13**) entre os indivíduos que consomem outras drogas e os que não consomem nas dimensões Qualidade da Interação Social ($p = 0,044$) e Energia/Fadiga ($p = 0,008$). A análise das médias mostra que os que não consomem drogas têm melhor qualidade de vida na Qualidade da Interação Social. As pessoas que fazem este uso passam a maior parte do tempo reclusas, sob os efeitos destes entorpecentes, que refletem numa interação social comprometida. Pelo contrário, os que consomem outras drogas têm escore médio mais alto na dimensão Energia/Fadiga, pois os efeitos das drogas têm um momento de estímulo, disposição e bem-estar momentâneo.

TABELA 13. Comparação das dimensões da Escala KDQOL-SF™ 1.3 com o consumo de drogas ilícitas de pessoas com doença renal crônica, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123).

| Dimensões | CONSUMO DE OUTRAS DROGAS | | Teste de Mann-Whitney |
|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| | Não (n = 113) Média (DP) | Sim (n = 10) Média (DP) | |
| ESRD | | | |
| Lista de sintomas / problemas | 73,36 (17,70) | 75,42 (27,11) | $p = 0,402$ |
| Efeitos da doença renal | 70,35 (19,43) | 76,88 (15,74) | $p = 0,342$ |
| Carga da doença renal | 48,23 (30,91) | 50,63 (34,92) | $p = 0,849$ |
| Situação de trabalho | 29,65 (35,76) | 20,00 (34,96) | $p = 0,367$ |
| Função cognitiva | 88,79 (18,24) | 88,00 (18,27) | $p = 0,973$ |
| Qualidade da interação social | 88,32 (16,29) | 75,33 (24,76) | $p = 0,044$ |
| Função Sexual | 85,71 (22,53) | 96,43 (9,45) | $p = 0,198$ |
| Sono | 67,59 (22,00) | 72,50 (23,89) | $p = 0,478$ |
| Suporte Social | 81,71 (25,78) | 83,33 (20,79) | $p = 0,885$ |
| Diálise pessoal encorajamento | 77,32 (28,72) | 63,75 (37,48) | $p = 0,338$ |
| Satisfação do paciente | 64,16 (21,15) | 51,67 (21,44) | $p = 0,058$ |
| SF-36 | | | |
| Funcionamento físico | 35,18 (20,39) | 45,00 (15,81) | $p = 0,161$ |
| Papel – físico | 28,10 (34,25) | 40,00 (33,75) | $p = 0,236$ |
| Dor | 67,43 (27,85) | 84,25 (15,99) | $p = 0,072$ |
| Saúde geral | 53,36 (22,47) | 40,50 (25,87) | $p = 0,155$ |
| Bem-estar emocional | 77,31 (21,52) | 80,40 (21,04) | $p = 0,671$ |
| Papel emocional | 41,89 (41,01) | 60,00 (40,98) | $p = 0,184$ |
| Função Social | 77,43 (25,16) | 76,25 (33,05) | $p = 0,842$ |
| Energia/Fadiga | 64,65 (22,43) | 82,00 (24,74) | $p = 0,008$ |

Fonte: Primária (Autor).

As mudanças são necessárias e trazem benefícios e melhorias na vida das pessoas que consomem outras drogas, para que aconteçam eventos positivos nas suas vidas, como um novo emprego, um relacionamento afetivo, ou a reaproximação

com família. Estudos comprovam que a interrupção do consumo de drogas propicia uma melhoria na qualidade de vida em diversos aspectos (HINDLEY; RAMCHANDANI; JONES, 2006)

Os indivíduos que praticam atividade física (**Tabela 14**) têm melhores níveis de QV nas dimensões Sono ($p = 0,051$), Funcionamento Físico ($p = 0,005$), Papel-Físico ($p = 0,020$) e Energia/Fadiga ($p = 0,049$). Nascimento, Coutinho e Silva (2012) apontaram que DRCs que realizavam HD foram submetidos ao treino aeróbico, e, ao final de 12 semanas, a distância percorrida por eles aumentou em 10%, além de apresentaram incremento de 35% no tempo de tolerância ao exercício aeróbico. Estes achados indicam o benefício de um programa de exercício supervisionado na melhora da capacidade funcional destas pessoas.

TABELA 14. Comparação das dimensões da Escala KDQOL-SF™ 1.3 com a prática de exercício físico de pessoas com doença renal crônica, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123).

| Dimensões | PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA | | Teste de Mann-Whitney |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| | Não (n = 71) Média (DP) | Sim (n = 52) Média (DP) | |
| ESRD | | | |
| Lista de sintomas / problemas | 72,48 (19,57) | 74,96 (17,01) | $p = 0,729$ |
| Efeitos da doença renal | 69,32 (18,66) | 73,02 (19,86) | $p = 0,182$ |
| Carga da doença renal | 46,30 (30,77) | 51,32 (31,61) | $p = 0,349$ |
| Situação de trabalho | 25,35 (35,73) | 33,65 (35,32) | $p = 0,135$ |
| Função cognitiva | 88,64 (18,15) | 88,85 (18,37) | $p = 0,694$ |
| Qualidade da interação social | 86,95 (17,25) | 87,69 (17,68) | $p = 0,462$ |
| Função Sexual | 88,89 (21,18) | 85,34 (22,18) | $p = 0,405$ |
| Sono | 64,75 (22,31) | 72,40 (21,22) | $p = 0,051$ |
| Suporte Social | 82,16 (25,87) | 81,41 (24,84) | $p = 0,697$ |
| Diálise pessoal encorajamento | 76,76 (27,89) | 75,48 (31,99) | $p = 0,970$ |
| Satisfação do paciente | 61,74 (20,20) | 65,06 (22,93) | $p = 0,344$ |
| SF-36 | | | |
| Funcionamento físico | 31,34 (21,56) | 42,31 (16,28) | $p = 0,005$ |
| Papel – físico | 22,54 (30,52) | 37,98 (37,21) | $p = 0,020$ |
| Dor | 65,53 (28,82) | 73,27 (24,99) | $p = 0,112$ |
| Saúde geral | 50,14 (23,51) | 55,29 (21,97) | $p = 0,301$ |
| Bem-estar emocional | 75,49 (20,37) | 80,38 (22,66) | $p = 0,069$ |
| Papel emocional | 40,38 (40,20) | 47,44 (42,44) | $p = 0,344$ |
| Função Social | 74,12 (26,25) | 81,73 (24,56) | $p = 0,070$ |
| Energia/Fadiga | 62,18 (25,45) | 71,35 (18,13) | $p = 0,049$ |

Fonte: Primária (Autor).

As correlações apresentadas (**Tabela 15**) mostram que o tempo de tratamento não está significativamente associado com nenhuma das dimensões da Escala KDQOL-SF™ 1.3 ($p > 0,05$). Já o IMC apresenta correlação fraca negativa com as dimensões Função Sexual ($R = -0,286$; $p < 0,05$) e Sono ($R = -0,231$; $p < 0,05$), indicando que quanto mais elevado é o IMC, menores são os escores nestas

duas dimensões. Stolic et al. (2012) verificaram que os pacientes do sexo masculino estão propensos a desenvolverem disfunção erétil. Kang et al. (2015) referem que o distúrbio do sono é comum e está associado com a QVRS, sendo que (75,5%) dos pacientes de sua pesquisa tinham problemas com sono.

TABELA 15. Correlação das dimensões da Escala KDQOL-SF™ 1.3 com o tempo de tratamento dialítico e com o IMC de pessoas com doença renal crônica, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123).

| Dimensões | Tempo de tratamento dialítico | IMC |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------|
| ESRD | | |
| Lista de sintomas / problemas | R = 0,035 | R = -0,172 |
| Efeitos da doença renal | R = 0,067 | R = -0,162 |
| Carga da doença renal | R = 0,088 | R = -0,169 |
| Situação de trabalho | R = 0,085 | R = -0,155 |
| Função cognitive | R = 0,053 | R = 0,053 |
| Qualidade da interação social | R = 0,111 | R = 0,036 |
| Função Sexual | R = -0,014 | R = -0,286* |
| Sono | R = -0,043 | R = -0,231* |
| Suporte Social | R = -0,135 | R = 0,020 |
| Diálise pessoal encorajamento | R = -0,013 | R = -0,005 |
| Satisfação do paciente | R = 0,060 | R = -0,167 |
| SF-36 | | |
| Funcionamento físico | R = 0,098 | R = -0,121 |
| Papel – físico | R = 0,039 | R = -0,116 |
| Dor | R = 0,018 | R = 0,140 |
| Saúde geral | R = 0,031 | R = -0,079 |
| Bem-estar emocional | R = 0,124 | R = 0,058 |
| Papel emocional | R = -0,044 | R = -0,120 |
| Função Social | R = -0,043 | R = -0,025 |
| Energia/Fadiga | R = 0,053 | R = -0,035 |

Fonte: Primária (Autor). R – Coeficiente de Correlação de Spearman; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

As pessoas ansiosas e depressivas tendem a desenvolver compulsividades, principalmente alimentares e, no caso do doente renal que necessita de uma dieta alimentar equilibrada, isso pode se tornar um fator complicador para seu quadro clínico, afetando diretamente no seu ganho de peso nos intervalos das sessões de HD, e resulta nas insônias e disfunção sexual.

O estado nutricional do DRC é o principal aspecto para uma melhor QV, pois está diretamente ligado à saúde física. Tendo um estado nutricional adequado, ou seja, ingerindo a quantidade suficiente e adequada dos nutrientes necessários para uma dieta equilibrada, acarretará em uma saúde física melhorada, possibilitando a prática de exercícios físicos aeróbicos (VERO et al., 2013). Esta afirmativa é corroborada por Lopes et al. (2014a) como um ótimo fator preventivo para uma série de complicações que geralmente ocorrem em pacientes sob tratamento de hemodiálise.

Quanto à existência de comorbidades (**Tabela 16**), apenas existem diferenças próximas da significância estatística nas dimensões Função Sexual ($p = 0,050$) e Papel físico ($p = 0,054$).

TABELA 16. Comparação das dimensões da Escala KDQOL-SF™ 1.3 com a existência de comorbidades de pessoas com doença renal crônica, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123).

| Dimensões | COMORBIDADES | | Teste de Mann-Whitney |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------|
| | Não (n = 13) Média (DP) | Sim (n = 103) Média (DP) | |
| ESRD | | | |
| Lista de sintomas / problemas | 74,36 (25,62) | 73,64 (20,86) | $p = 0,395$ |
| Efeitos da doença renal | 72,12 (22,77) | 70,87 (15,83) | $p = 0,674$ |
| Carga da doença renal | 56,25 (31,35) | 48,12 (30,71) | $p = 0,359$ |
| Situação de trabalho | 38,46 (36,25) | 25,73 (44,99) | $p = 0,175$ |
| Função cognitiva | 85,13 (19,84) | 89,58 (29,28) | $p = 0,383$ |
| Qualidade da interação social | 85,13 (20,03) | 87,51 (16,52) | $p = 0,996$ |
| Função Sexual | 100,00 (0,00) | 86,41 (28,87) | $p = 0,050$ |
| Sono | 74,62 (20,02) | 66,75 (28,09) | $p = 0,217$ |
| Suporte Social | 88,46 (15,79) | 81,07 (37,80) | $p = 0,397$ |
| Diálise pessoal encorajamento | 68,27 (38,06) | 75,97 (9,83) | $p = 0,554$ |
| Satisfação do paciente | 67,95 (19,79) | 62,78 (18,90) | $p = 0,404$ |
| SF-36 | | | |
| Funcionamento físico | 45,00 (18,03) | 34,71 (20,79) | $p = 0,078$ |
| Papel – físico | 46,15 (36,58) | 27,43 (30,37) | $p = 0,054$ |
| Dor | 68,65 (30,65) | 68,42 (23,91) | $p = 0,905$ |
| Saúde geral | 57,69 (25,22) | 51,46 (19,79) | $p = 0,284$ |
| Bem-estar emocional | 76,00 (29,12) | 78,10 (18,25) | $p = 0,669$ |
| Papel emocional | 61,54 (46,84) | 42,39 (37,09) | $p = 0,163$ |
| Função Social | 83,65 (22,47) | 76,21 (24,85) | $p = 0,313$ |
| Energia/Fadiga | 71,15 (25,34) | 65,87 (23,35) | $p = 0,343$ |

Fonte: Primária (Autor).

Os indivíduos que não têm comorbidades têm melhor qualidade de vida em ambas as dimensões. A DRC associada a comorbidades, são impactantes na QVRS das pessoas, pois sua relação com o desempenho físico torna-se evidente diante destes dados. As comparações quanto à presença de HAS (**Tabela 17**) mostram que os que não têm HAS têm melhor qualidade de vida na dimensão sono ($p = 0,048$). Este dado é interessante, pois, além da HD, existe o desgaste emocional e físico em decorrência da DRC; as perdas de sono causam impacto negativo potente no papel físico desta demanda. Louvison et al. (2011) afirmam que as estimativas do IBGE sinalizam que 35% da população brasileira acima de 40 anos é hipertensa (cerca de 17 milhões de pessoas) e cerca de 11% na mesma faixa etária são portadores de diabetes (em torno de 5,5 milhões), existindo ainda aproximadamente 2,7 milhões de pacientes com as duas patologias.

TABELA 17. Comparação das dimensões da Escala KDQOL-SF™ 1.3 com HAS de pessoas com doença renal crônica, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123).

| Dimensões | HAS | | Teste de Mann-Whitney |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| | Não (n = 30) Média (DP) | Sim (n = 93) Média (DP) | |
| ESRD | | | |
| Lista de sintomas / problemas | 74,51 (23,35) | 73,21 (16,78) | $p = 0,254$ |
| Efeitos da doença renal | 72,08 (19,56) | 70,50 (19,15) | $p = 0,652$ |
| Carga da doença renal | 49,17 (31,65) | 48,19 (31,09) | $p = 0,864$ |
| Situação de trabalho | 33,33 (37,90) | 27,42 (34,98) | $p = 0,448$ |
| Função cognitiva | 86,67 (21,44) | 89,39 (17,06) | $p = 0,883$ |
| Qualidade da interação social | 88,67 (16,44) | 86,81 (17,72) | $p = 0,415$ |
| Função Sexual | 85,83 (24,49) | 87,50 (20,73) | $p = 0,705$ |
| Sono | 74,75 (23,41) | 65,81 (21,33) | $p = 0,048$ |
| Suporte Social | 82,78 (30,79) | 81,54 (23,50) | $p = 0,262$ |
| Diálise pessoal encorajamento | 76,67 (30,57) | 76,08 (29,41) | $p = 0,806$ |
| Satisfação do paciente | 65,00 (22,04) | 62,54 (21,23) | $p = 0,686$ |
| SF-36 | | | |
| Funcionamento físico | 41,83 (20,02) | 34,09 (19,97) | $p = 0,064$ |
| Papel – físico | 39,17 (37,53) | 25,81 (32,65) | $p = 0,076$ |
| Dor | 74,58 (30,12) | 66,94 (26,41) | $p = 0,093$ |
| Saúde geral | 58,00 (24,16) | 50,48 (22,34) | $p = 0,098$ |
| Bem-estar emocional | 78,27 (25,12) | 77,33 (20,23) | $p = 0,378$ |
| Papel emocional | 46,67 (45,15) | 42,29 (39,97) | $p = 0,748$ |
| Função Social | 83,33 (23,52) | 75,40 (26,22) | $p = 0,106$ |
| Energia/Fadiga | 67,67 (24,31) | 65,54 (22,69) | $p = 0,656$ |

Fonte: Primária (Autor).

Essa necessidade de descanso é importante para recuperação pós-diálise para o paciente, entretanto o estudo de Cengic et al. (2012), realizado na Bósnia, com 200 pacientes em hemodiálise, mostrou que 84,5% dos pacientes relatam insônia e (39%) referem a inversão do sono da noite para o dia. Referiu, ainda, que os pacientes idosos possuem uma qualidade de sono reduzida em comparação com os adultos de meia-idade (45-65 anos), o que prejudica sua QVRS.

Quanto à presença de DM (**Tabela 18**), apenas existem diferenças significativas na dimensão Funcionamento Físico ($p = 0,003$). Nesta dimensão, os que não têm DM têm melhores níveis de qualidade de vida. Reforçando a relação negativa que as comorbidades têm sobre os DRC, semelhante a HAS nestes mesmos achados.

TABELA 18. Comparação das dimensões da Escala KDQOL-SF™ 1.3 com DM de pessoas com doença renal crônica, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123). Continua

| Dimensões | DM | | Teste de Mann-Whitney |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| | Não (n = 75) Média (DP) | Sim (n = 48) Média (DP) | |
| ESRD | | | |
| Lista de sintomas / problemas | 74,19 (18,10) | 72,48 (19,25) | $p = 0,644$ |
| Efeitos da doença renal | 71,42 (18,36) | 70,05 (20,58) | $p = 0,801$ |

| | | | |
|-------------------------------|---------------|---------------|-------------|
| Carga da doença renal | 52,17 (30,54) | 42,58 (31,39) | $p = 0,078$ |
| Situação de trabalho | 31,33 (35,62) | 25,00 (35,73) | $p = 0,265$ |
| Função cognitiva | 89,33 (16,84) | 87,78 (20,23) | $p = 0,985$ |
| Qualidade da interação social | 86,31 (17,26) | 88,75 (17,62) | $p = 0,205$ |
| Função Sexual | 91,32 (16,04) | 79,38 (27,88) | $p = 0,071$ |
| Sono | 68,73 (22,26) | 66,82 (22,02) | $p = 0,620$ |
| Suporte Social | 81,78 (25,44) | 81,94 (25,46) | $p = 0,984$ |
| Diálise pessoal encorajamento | 77,00 (30,76) | 75,00 (27,89) | $p = 0,356$ |
| Satisfação do paciente | 61,11 (22,48) | 66,32 (19,29) | $p = 0,183$ |
| SF-36 | | | |
| Funcionamento físico | 40,53 (17,66) | 28,85 (21,93) | $p = 0,003$ |
| Papel – físico | 28,67 (33,56) | 29,69 (35,60) | $p = 0,844$ |
| Dor | 67,53 (27,06) | 70,78 (28,16) | $p = 0,400$ |
| Saúde geral | 54,13 (22,93) | 49,48 (22,86) | $p = 0,289$ |
| Bem-estar emocional | 77,23 (21,40) | 78,08 (21,66) | $p = 0,812$ |
| Papel emocional | 40,89 (39,73) | 47,22 (43,40) | $p = 0,462$ |
| Função Social | 79,33 (24,87) | 74,22 (26,97) | $p = 0,287$ |
| Energia/Fadiga | 66,93 (21,70) | 64,69 (25,10) | $p = 0,704$ |
| Fonte: Primária (Autor). | | | Continuação |

Nas **tabelas 19 e 20**, apresentam-se as correlações das dimensões da Escala KDQOL-SF™ com as variáveis laboratoriais. Os resultados mostram que as variáveis Hb, Ht, Ureia, Ktv, K⁺ e Ca⁺⁺ não estão significativamente correlacionadas com nenhuma das dimensões da qualidade de vida.

A creatinina (Cr) apresenta correlação positiva muito fraca com as dimensões Lista de Sintomas/Problemas ($R = 0,190$; $p < 0,05$), Função Cognitiva ($R = 0,193$; $p < 0,05$), Saúde Geral ($R = 0,186$; $p < 0,05$) e correlação positiva fraca com as dimensões Funcionamento Físico ($R = 0,331$; $p < 0,01$), Papel Físico ($R = 0,205$; $p < 0,05$), Energia/Fadiga ($R = 0,209$; $p < 0,05$), ou seja, quanto mais elevados os níveis de creatinina, melhor é qualidade de vida nestas dimensões.

TABELA 19. Correlação das dimensões da Escala KDQOL-SF™ 1.3 com Hb, Ht, Ureia, Creatinina e Ktv de pessoas com doença renal crônica, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123). Continua

| Dimensões | Hb | Ht | Ureia | Creatinina | Ktv |
|-------------------------------|--------------|--------------|--------------|------------------|--------------|
| ESRD | | | | | |
| Lista de sintomas / problemas | $R = -0,118$ | $R = -0,132$ | $R = -0,052$ | $R = 0,190^*$ | $R = 0,007$ |
| Efeitos da doença renal | $R = -0,101$ | $R = -0,091$ | $R = -0,052$ | $R = 0,170$ | $R = -0,089$ |
| Carga da doença renal | $R = 0,023$ | $R = 0,020$ | $R = 0,021$ | $R = 0,175$ | $R = 0,021$ |
| Situação de trabalho | $R = 0,019$ | $R = 0,034$ | $R = 0,048$ | $R = 0,107$ | $R = -0,084$ |
| Função cognitiva | $R = -0,158$ | $R = -0,153$ | $R = -0,086$ | $R = 0,193^*$ | $R = 0,034$ |
| Qualidade da interação social | $R = 0,030$ | $R = 0,055$ | $R = -0,080$ | $R = 0,045$ | $R = -0,002$ |
| Função Sexual | $R = -0,032$ | $R = -0,083$ | $R = 0,110$ | $R = 0,165$ | $R = -0,002$ |
| Sono | $R = 0,084$ | $R = 0,088$ | $R = -0,167$ | $R = 0,126$ | $R = 0,081$ |
| Suporte Social | $R = -0,022$ | $R = -0,013$ | $R = -0,055$ | $R = -0,057$ | $R = -0,122$ |
| Diálise pessoal encorajamento | $R = -0,128$ | $R = -0,147$ | $R = -0,058$ | $R = 0,031$ | $R = 0,004$ |
| Satisfação do paciente | $R = -0,071$ | $R = -0,098$ | $R = 0,029$ | $R = -0,002$ | $R = 0,003$ |
| SF-36 | | | | | |
| Funcionamento físico | $R = -0,025$ | $R = -0,046$ | $R = 0,044$ | $R = 0,331^{**}$ | $R = 0,047$ |
| Papel – físico | $R = -0,080$ | $R = -0,064$ | $R = -0,096$ | $R = 0,205^*$ | $R = -0,045$ |
| Dor | $R = -0,037$ | $R = -0,041$ | $R = -0,088$ | $R = 0,028$ | $R = -0,102$ |

| | | | | | |
|---------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Saúde geral | R = -0,160 | R = -0,148 | R = -0,119 | R = 0,186* | R = -0,063 |
| Bem-estar emocional | R = -0,055 | R = -0,033 | R = -0,102 | R = 0,108 | R = -0,047 |
| Papel emocional | R = -0,052 | R = -0,049 | R = -0,040 | R = 0,166 | R = -0,141 |
| Função Social | R = -0,095 | R = -0,097 | R = -0,031 | R = 0,083 | R = 0,014 |
| Energia/Fadiga | R = 0,009 | R = 0,000 | R = -0,058 | R = 0,209* | R = -0,003 |

Fonte: Primária (Autor). R – Coeficiente de Correlação de Spearman; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$. Continuação

Observa-se que é um contraponto se analisado junto à fisiologia renal. Visto que a Cr é um indicador imponente da função renal. Assim, os resultados sugerem que a creatinina isolada não responde pela QV, pois QV é uma percepção subjetiva de cada pessoa, e ainda levando em consideração que o KDQOL-SF salienta a significância da QV nas últimas quatro semanas, o que implica utilizar esses resultados com cautela e também sugerir outros estudos comparando a tal relação.

Porém o fósforo tem uma correlação negativa fraca com a dimensão dor ($R = -0,223$; $p < 0,05$), ou seja, quanto mais elevados são os níveis de fósforo, menor a qualidade de vida relacionada com a dor. A relação de fósforo e cálcio é antagônica, ou seja, a relação exacerbada com a dor está indiretamente ligada a hipocalcemia, imposta pelo aumento do fósforo. A hiperfosfatemia está entre os fatores que contribuem para o desenvolvimento do hiperparatireoidismo secundário e também está associada com o aumento da morbimortalidade nesses pacientes, principalmente relacionada a eventos cardiovasculares (SOCIEDADE, 2016).

Fermi (2011) salienta que, entre as funções dos rins, está o controle do metabolismo ósseo. O cálcio abaixo do nível normal (hipocalcemia) causa descargas espontâneas sobre as fibras nervosas dos músculos esqueléticos, resultando em contrações tetânicas e até parada cardíaca. O equilíbrio destes eletrólitos é vital. A Sociedade (2016) sinaliza que a recomendação de cálcio é de aproximadamente 1.000 mg/dia. Porém, deve-se evitar o grande aumento dos níveis de cálcio sérico, pois pode levar a deposição de fosfato de cálcio nas artérias, aumentando o risco de complicações cardiovasculares.

Quanto à glicemia, apresenta correlação negativa muito fraca com as dimensões Carga da Doença Renal ($R = -0,186$; $p < 0,05$), Sono ($R = -0,181$; $p < 0,05$), e apresenta correlação negativa fraca com as dimensões Funcionamento Físico ($R = -0,372$; $p < 0,01$) e Função Social ($R = -0,238$; $p < 0,01$), ou seja, quanto mais elevados são os níveis de glicemia, menor é a qualidade de vida nestas dimensões. Segundo Miranzi et al. (2008), diabetes mellitus representa um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que constituem a

principal causa de morbimortalidade da população brasileira. A Sociedade (2016) destaca que o DM causa alterações na estrutura vascular, com lesão do endotélio e consequentes danos micro e macrovasculares, que são marcadores clínicos que indicam que a etiologia da DRC seja resultante do DM.

TABELA 20. Correlação das dimensões da Escala KDQOL-SF™ 1.3 com Potássio, Cálcio, Fósforo e Glicemia de pessoas com doença renal crônica, Macapá-AP/Brasil, 2017. (N =123).

| Dimensões | Potássio | Cálcio | Fósforo | Glicemia |
|-------------------------------|------------|------------|-------------|--------------|
| ESRD | | | | |
| Lista de sintomas / problemas | R = 0,060 | R = 0,133 | R = -0,053 | R = -0,081 |
| Efeitos da doença renal | R = -0,077 | R = 0,144 | R = -0,037 | R = -0,054 |
| Carga da doença renal | R = -0,061 | R = 0,073 | R = 0,022 | R = -0,186* |
| Situação de trabalho | R = -0,082 | R = 0,011 | R = 0,039 | R = -0,137 |
| Função cognitiva | R = 0,086 | R = 0,146 | R = 0,049 | R = -0,049 |
| Qualidade da interação social | R = -0,081 | R = 0,060 | R = 0,022 | R = 0,094 |
| Função Sexual | R = 0,172 | R = -0,057 | R = 0,033 | R = -0,197 |
| Sono | R = -0,135 | R = -0,106 | R = -0,159 | R = -0,181* |
| Suporte Social | R = -0,144 | R = 0,045 | R = 0,032 | R = 0,011 |
| Diálise pessoal encorajamento | R = -0,058 | R = -0,083 | R = 0,022 | R = 0,016 |
| Satisfação do paciente | R = 0,163 | R = 0,007 | R = -0,034 | R = 0,064 |
| SF-36 | | | | |
| Funcionamento físico | R = -0,081 | R = 0,035 | R = 0,047 | R = -0,372** |
| Papel – físico | R = -0,025 | R = 0,076 | R = 0,068 | R = -0,150 |
| Dor | R = 0,003 | R = 0,022 | R = -0,223* | R = -0,141 |
| Saúde geral | R = -0,028 | R = -0,026 | R = 0,118 | R = -0,102 |
| Bem-estar emocional | R = 0,077 | R = 0,134 | R = -0,048 | R = -0,047 |
| Papel emocional | R = 0,023 | R = 0,030 | R = 0,043 | R = -0,143 |
| Função Social | R = -0,097 | R = 0,061 | R = -0,083 | R = -0,238** |
| Energia/Fadiga | R = -0,008 | R = -0,040 | R = 0,098 | R = -0,128 |

Fonte: Primária (Autor). R – Coeficiente de Correlação de Spearman; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Os autores Miranzi et al. (2008) fazem alusão em seus estudos sobre QV à Carta de Otawa, que refere uma ponte fundamental para a promoção da saúde. Neste entendimento, é importante orientar a equipe de saúde para resultados, como estes laboratoriais e sua relação com a QV, desta demanda de DRC, uma vez que influenciam sobremaneira na QV das pessoas renais crônicas. Além disso, os pacientes devem ser orientados para esses resultados, possibilitando o autocuidado e promoção de sua QV. Afinal, promoção da saúde é um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde.

Computados à parte, estão os itens 2 e 22 do KDQOL-SF, por representarem o escore geral da escala. Quando comparado item 2, o estado de saúde atual com o de há um ano, a média foi de (32,90), que indica menor QVRS. Já o item 22, no qual o participante da pesquisa pontuava para a avaliação da sua saúde em geral, variado de 0 (muito ruim) a 10 (excelente), este valor compreende 81,40, escore

elevado, indicando uma melhor QVRS. Contudo a percepção dos DRC sobre sua saúde atual não compreende a pior possível, mas, quando se oportuniza colocá-la em comparação a um período anterior, este escore se torna desfavorável à QV de maneira considerável.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo permitem sintetizar algumas considerações relacionadas à QV de pessoas com DRC, porém sugerem a necessidade de outros estudos para aprofundamento da temática.

Considerando o perfil sociodemográfico, permite-se inferir que os homens tendem a ter um enfrentamento diferenciado por lidar com a DRC de maneira objetiva, o que os difere de uma abordagem sensível e mais vulnerável, usual das mulheres. E ainda idade e renda familiar eram relevantes quando associadas à QV.

Os resultados também possibilitam destacar que hábitos de vida como uso de álcool, tabaco e outras drogas podem ser considerados fatores que influenciaram nas dimensões de QV. Embora a maioria das dimensões tenham evidenciado melhor QV na população investigada, ainda assim se observa a influência negativa destes hábitos na QV.

A prática de atividades físicas representou um fator para melhores níveis de QVRS nas dimensões sono (72,40), funcionamento físico (42,31), papel-físico (37,98) e energia/fadiga (71,35). Já o IMC apresenta correlação fraca com as dimensões função sexual (-0,286) e sono (-0,231). Os indivíduos que não têm comorbidades têm melhor qualidade de vida nas dimensões função sexual (100,0) e papel físico (46,15).

Os achados laboratoriais indicaram instabilidade hemodinâmica e distúrbios hidroeletrólíticos. Os parâmetros de K_{tv} sinalizaram baixa depuração de ureia ou subnotificação deste dado durante a terapia hemodialítica realizada por estas pessoas.

A QV está representada de forma variável entre boa e ruim, sendo que a maioria das dimensões evidenciam melhor QVRS na escala KDQOL-SF™1.3. Entre elas estão: lista de sintomas/problemas (73,53); efeitos da doença renal (70,88); função cognitiva (88,73); qualidade da interação social (87,26); função sexual (87,05); suporte social (81,84); diálise pessoal encorajamento (76,22); satisfação do paciente (63,14); dor (68,80); bem-estar emocional (77,56); função social (77,34); saúde geral (52,32) e energia/fadiga (66,06).

No que tange ao objetivo geral, os resultados evidenciaram que as dimensões com médias mais elevadas são a função cognitiva, qualidade da interação social, função sexual e suporte social. É importante ressaltar que se devem usar com

cautela os dados referentes à qualidade da interação social e função sexual, conforme teste de confiabilidade de Alpha de Cronbach. Já as médias na dimensão carga de doença renal (48,42) são particularmente baixas no caso da situação de trabalho (28,86). Isso indica o reflexo do peso que a DRC exerce sobre estas pessoas, por se sentirem incapazes de manter a vida anterior ao diagnóstico, ratificado pelas dimensões papel emocional (43,36), funcionamento físico (35,98) e papel físico (29,07) que se apresentam com médias mais baixas.

Os escores relativos ao estado de saúde atual comparado ao de há um ano detalham menores médias de QVRS. Visto que os DRC denotam com isso a interferência negativa que a DRC exerce sobre sua saúde. Porém contrasta com sua percepção atual de saúde em geral, que apresenta escore elevado indicando uma melhor QVRS. É possível afirmar que, mesmo diante da realidade negativa de saúde em comparação com a de há um ano, não significa para os DRC que esta compreenda a pior possível. Diante do exposto sugere-se que:

- A equipe de saúde deve acolher e tem a responsabilidade de encorajar os DRC, independentemente da idade destes, do nível escolar ou renda, visto que o distanciamento entre os profissionais e os pacientes é uma barreira a ser vencida, com mecanismos de educação e saúde no serviço de HD.
- Deve-se estimular à prática de exercícios físicos, com propostas de atividades coletivas em dias alternados às sessões de HD, e o acompanhamento psicológico para sensibilização dos DRC, a fim de que mudem seus maus hábitos e atinjam melhores níveis de QV.
- As doenças crônicas têm sido efetivas em impor um escore negativo relacionado à QV, em diversos aspectos como descritos nos resultados. Tanto a abordagem primária da HAS quanto a do DM devem incluir o enfermeiro nefrologista na atenção primária, como referência ambulatorial numa possível identificação de pessoas com lesão pré-renal.
- Devem assegurar exames laboratoriais e de imagem específicos para avaliação do aparelho renal em suas políticas públicas já existentes de promoção da saúde, a fim de que este foco voltado para os comprometimentos graves decorrentes destas comorbidades, no caso em estudo, a DRC, possa a reduzir ou protelar sua progressão nesta população.

- No âmbito dos centros de Diálise, propõem-se atenção referente aos exames laboratoriais mensais, controle glicêmico, aporte nutricional com auxílio de suplementos, periodicidade no acompanhamento médico para indicação de medicamentos e reposição sintética de eritropoítina e eletrólitos para correção do desequilíbrio hidroeletrólítico e hemodinâmico.
- Cabe à enfermagem a aplicabilidade dos parâmetros de Ktv no início da HD e seu registro ao final das sessões nas fichas pessoais de cada paciente. Este parâmetro, associado aos aspectos clínicos, tem influência direta na adequação do tempo de terapia, ajuste de peso, tamanho de capilar, calibre das agulhas de punção, fluxo de sangue e fluxo de soluções de diálise, para então atingir uma diálise singular e eficaz.

Com base nos achados, os objetivos propostos foram alcançados durante a avaliação da representatividade da QV no Estado do Amapá. As pessoas com DRC estão sob a imposição de fatores internos evidentes pelo déficit da excreção das escórias sistêmicas, da regulação hidroeletrólítica e da secretação hormonal, o que resulta na instabilidade hormonal e hematológica, que associada aos fatores externos, como hábitos de vida inadequados e o peso do diagnóstico da DRC, altera os aspectos físicos e emocionais dos DRC. Sua rotina diária se torna conturbada e regada a incertezas sobre seu futuro. Todos estes aspectos pesam na QVRS.

Portanto, o amor e o olhar atencioso da família e ainda o cuidado profissional especializado e comprometido com o sucesso terapêutico são as principais ferramentas para o enfrentamento da DRC a fim de promover e manter a QV, mesmo diante de tantos limites e desafios impostos pela doença a estas pessoas.

REFERÊNCIAS

- ABREU, I. S.; SANTOS, C. B. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 95-100. 2013. Disponível em: <<http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6447/4588>>. Acesso em: 25 maio. 2017.
- ACUÑA, C. P. et al. Relación entre calidad de vida y representación de enfermedad en personas con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento con hemodiálisis. **Enfermería Nefrológica**, Madrid, v. 18, n. 2, p. 89-96. 2015. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S225428842015000200003>. Acesso em: 21 maio. 2017.
- ALBUQUERQUE, S. M. R. L. **Qualidade de vida do idoso: a assistência domiciliar faz diferença?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- AMAPÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Amapá. Hospital das Clínicas Dr. Alberto Lima (HCAL). **Serviço de Arquivo Médico e Estatística do Centro de Nefrologia (CN)**. Macapá: Secretaria de Estado da Saúde do Amapá, 2016.
- AMRO, A. et al. Symptom clusters in patients on dialysis and their association with quality of life outcomes. **Journal of renal care**, v. 1, n. 40, p. 23-33, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4459725>>. Acesso em: 15 abr. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes.** Ministério da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, [Online], 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2015.
- BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 93-108, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v33n1/v33n1a13.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2015.
- BREITSAMETER, G.; FIGUEIREDO, A. E.; KOCHHANN, D. S. Cálculo de Kt/V em hemodiálise: comparação entre fórmulas. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São

Paulo, v. 34, n. 1, p. 22-26, 2012. Disponível em: <<http://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/134096>>. Acesso em: 16 abr. 2015.

CAVALCANTE, M. C. V. et al. Fatores associados à qualidade de vida de adultos em hemodiálise em uma cidade do nordeste do Brasil. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 79-86, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v35n2/v35n2a01.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2016.

CENGIC, B. et al. Quality of sleep in patients undergoing hemodialysis. **International Urology and Nephrology**. v. 44, p. 557-567, 2012. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s11255-010-9881-x>>. Acesso em: 16 abr. 2015.

CHEEVER, K. H.; HINKLE, J. L. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**: Brunner & Suddarth. 13 ed. v. 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koodan, 2015.

CORDEIRO, J. A. B. L. et al. Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal crônica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 4, p. 785-93, 2009. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a03.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2014.

DAUGIRDAS, J. T.; BLAKE, P. G.; ING, T.S. **Manual de diálise**. 3 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2016.

DUARTE, P. S. et al. Tradução e Adaptação Cultural do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida para Pacientes Renais Crônicos (KDQOL-SF™). **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 375-381, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000400027>. Acesso em: 08 nov. 2014.

DUARTE, P. S.; CICONELLI, R. M.; SESSO, R. Cultural adaptation and validation of the “Kidney Disease and Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF™ 1.3)” in Brazil. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, Ribeirão Preto, v. 38, n. 2, p. 261-270, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bjmbr/v38n2/5456.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2014.

ELIHIMAS JÚNIOR, H. C. S. et al. Tabagismo como fator de risco para a doença renal crônica: revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 36, n. 4, p. 519-528. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v36n4/0101-2800-jbn-36-04-0519.pdf>>. Acesso em: 25 maio. 2017.

FERMI, M. R. V. **Diálise para enfermagem**: Guia Prático. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FERREIRA, P. L.; ANES, E. J. Medição da qualidade de vida de insuficientes renais crônicos: criação da versão portuguesa do KDQOL-SF. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Coimbra, v. 28, n. 1, p. 31-39, 2010. Disponível em:

<<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v28n1/v28n1a04.pdf>>. Acesso em: 25 maio. 2017.

FERREIRA, F. S.; SANTOS, C. B. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes diabéticos atendidos pela equipe Saúde da Família. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 406-1, 2009. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/75335789>>. Acesso em: 25 maio. 2017.

FRANKENFIELD, D. L. et al. Relationship between urea reduction ratio, demographic characteristics, and body weight for patients in the 1996 National ESRD Core Indicators Project. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 33, n. 3, p. 584-91, 1999. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10070924>>. Acesso em: 18 out. 2016.

FRAZÃO, C. M. F. Q.; RAMOS, V. P.; LIRA, A. L. B. C. Qualidade de Vida de Pacientes Submetidos a Hemodiálise. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 577-82, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a12.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2016.

FREITAS, H. et al. O método de pesquisa Survey. **Revista de Administração da USP**, São Paulo, v. 35, n. 3, p.105-112, 2000. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/gianti/files/artigos/2000/2000_092_RAUSP.PDF>. Acesso em: 18 out. 2016.

GONÇALVES, F. A. et al. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise ou diálise peritoneal: estudo comparativo em um serviço de referência de Curitiba. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 467-474, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v37n4/0101-2800-jbn-37-04-0467.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2017.

GRASSELLI, C. S. M. et al. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 10, n. 6, p. 503-7, 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n6/a3185.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2017.

GUERRERO, V. G.; ALVARADO, O. S.; ESPINA, M. C. Qualidade de vida de pessoas em hemodiálise crônica: relação com variáveis sociodemográficas, médico-clínicas e de laboratório. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão preto, v. 20, n. 5. p. 1-9, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt04.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

HAIR, J. F. et al. **Multivariate Data Analysis-International**. 7 ed. New Jersey: Pearson, 2010.

HAYS, R. D. et al. **Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL - SF™), Version 1.3: A Manual for Use and Scoring**. p. 1-39, 1997. Disponível em:<<http://www.rand.org/content/dam/ram/pubs/papers/2006/P7994.pdf>> Acesso em: 15 dez. 2016.

HIGA, K. et al. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. Especial, p. 203-206, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21nspe/a12v21ns>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

HINDLEY, N.; RAMCHANDANI, P. G.; JONES, D. P. H. Risk factors for recurrence of maltreatment: a systematic review. **Archives of Disease in Childhood**, v. 91, n. 9, p. 744-752, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2082913/>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Informações Estatísticas do Amapá**. 2016. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estados>> e <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil>>. Acesso em: 08 fev. 2017.

_____. IBGE. **Estimativas de População**. 2014. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2014/estimativa_dou_2014.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2016.

_____. IBGE. **Censo Demográfico: Características da População e dos Domicílios: Resultados do Universo**. 2010. Disponível: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

KANG, G. W. et al. Clinical and psychosocial factors predicting health-related quality of life in hemodialysis patients. **Hemodialysis international**, v. 19, n. 3, p. 439-46, 2015. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hdi.12271/full>>. Acesso em: 04 jan. 2016.

KUSUMOTA, L. **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise**. 2005. 150f. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.periciamedicadf.com.br/artigos/avaliacao_qualidade_hemodialise.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2017.

LAEGREID, I. K. et al. The impact of nutritional status, physical function, comorbidity and early versus late start in dialysis on quality of life in older dialysis patients. **Journal Renal Failure**, v. 36, n. 1, p. 9-16, 2014. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/0886022X.2013.830206>>. Acesso em: 16 maio. 2016.

LEITE, F. T. **Metodologia científica: métodos e técnicas de pesquisa**. São Paulo: Idéias e Letras, 2008.

LEONTITSIS, A.; PAGGE, J. A simulation approach on Cronbach's alpha statistical significance. **Mathematics and Computers in Simulation**. v. 73, p. 336-340. 2007. Disponível em: <http://econpapers.repec.org/article/eeematcom/v_3a73_3ay_3a2007_3ai_3a5_3ap_3a336-340.htm>. Acesso em: 10 ago. 2017.

LESSA, I. Níveis séricos de creatinina: hipercreatininemia em segmento da população adulta de Salvador, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 2. p. 176-186, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext...790X2004000200007>. Acesso em: 16 maio. 2017.

LOPES, A. A. et al. Associations of self-reported physical activity types and levels with quality of life, depression symptoms, and mortality in hemodialysis patients: the DOPPS. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, v. 9, n. 10, p. 1702-1712, 2014a. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25278548>>. Acesso em: 16 maio. 2017.

LOPES, J. M. et al. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes Renais Crônicos em Diálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 230-6, 2014b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/1982-0194-ape-027-003-0230.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2017.

LOUVISON, M. C. P. et al. Prevalência de pacientes em terapia renal substitutiva no Estado de São Paulo. **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 8, n. 95, p. 23-42, 2011. Disponível em: <<file:///E:/DISSERTAÇÃO%202017%20area%20de%20trab/ARTIGOS/DEMAIS%20INSTRUMENTOS%20E%20LIVROS%20RELACIONADOS/louvison%202011.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2016.

MACHADO, G. R. G.; PINHATI, F. R. Tratamento de diálise em pacientes com insuficiência renal crônica. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, v. 9, n. 26, p. 137-148, 2014. Disponível em: <[file:///C:/Users/Raquel/Downloads/raquel%20%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Raquel/Downloads/raquel%20%20(1).pdf)>. Acesso em: 01 set. 2016.

MALAGUTTI, W.; FERRAZ, R.R.N. (Orgs). **Nefrologia: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2011.

MARTINS, M. R. I.; CESARINO, C. B. Qualidade de Vida de Pessoas com Doença Renal Crônica em Tratamento Hemodialítico. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 670-6, 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0106/pdfs/IS26\(1\)017.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0106/pdfs/IS26(1)017.pdf)>. Acesso em: 01 set. 2016.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 07-18, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2016.

MIRANZI, S. S. C. et al. Qualidade de Vida de Indivíduos com Diabetes Mellitus e Hipertensão acompanhados por uma Equipe de Saúde da Família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 672-9, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/07.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

MITRA, M. et al. Smoking status and quality of life: a longitudinal study among adults with disabilities. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 27, n. 3, p. 258-260,

2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15450640>>. Acesso em: 10 set. 2016.

MOREIRA, T. C. **Qualidade de Vida e Voz em usuários de substâncias psicoativas**. 2013. 160f. Tese (Doutorado) Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufcspa.edu.br/jspui/handle/123456789/273>>. Acesso em: 03 dez. 2016.

MOREIRA, C. A. et al. Avaliação das propriedades psicométricas básicas para a versão em português do KDQOL-SF™. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 55, n. 1, p. 22-8, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n1/v55n1a10.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2016.

NAKAGAKI, M. S.; MCLELLAN, K. C. P. Diabetes Tipo 2 e Estilo de Vida: o papel do exercício físico na atenção primária e na secundária. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v. 13, n. 33, p. 67-75, 2013. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistasunimep/index.php/sr/article/viewFile/1174/1163>>. Acesso em: 03 dez. 2016.

NASCIMENTO, L. C. A.; COUTINHO, E. B.; SILVA, K. N. G. Efetividade do Exercício Físico na Insuficiência Renal Crônica. **Fisioterapia em Movimento**. v. 25, n. 1, p. 231-9, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fm/v25n1/a22v25n1.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2016.

OLER, F. G. et al. Qualidade de vida da equipe de enfermagem do centro cirúrgico. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 12, n. 2, p. 102-10, 2005. Disponível em: <http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/Vol-12-2/8.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2017.

OLIVEIRA, A. P. B. et al. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e sua relação com mortalidade, hospitalizações e má adesão ao tratamento. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 411-420, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v38n4/pt_0101-2800-jbn-38-04-0411.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2017.

PEREIRA, E. R. S. et al. Prevalência de doença renal crônica em adultos atendidos na Estratégia de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 22-30, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v38n1/0101-2800-jbn-38-01-0022.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2016.

RIBEIRO, R. C. H. M. et al. Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do Estado de São Paulo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. Especial, p. 207-11, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21nspe/a13v21ns.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2016.

RIELLA, M. C. **Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos**. Curitiba: Santuário, 2003.

SANTOS, A. C. B. et al. Associação entre qualidade de vida e estado nutricional em pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São

Paulo, v. 34, n. 4, p. 279-288. 2013. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v35n4/v35n4a08.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA-SBN. **Prevenção, Diagnóstico e conduta terapêutica na Doença Renal no Diabetes** [Posicionamento Oficial Tripartite nº 01/2016/SBD / SBEM / SBN]. Disponível em:
<<http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/posicionamento-sbd-sbem-sbn.pdf>>. Acesso em: 30 maio. 2017.

SEHGAL, A. R. et al. Prevalence, recognition, and implications of mental impairment among hemodialysis patients. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 30, n. 1, p. 41-9, 1997. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9214400>>. Acesso em: 09 dez. 2016.

SESSO, R.; RODRIGUES NETO, J. F.; FERRAZ, M. B. Impact of socioeconomic status on the quality of life of ESRD patients. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 41, n. 1, p. 186-95, 2003. Disponível em:
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12500236>>. Acesso em: 03 dez. 2016.

SILVA, S. M. B. **Pessoas em Pré-Operatório de Cirurgia Bariátrica: Estudo da Percepção acerca de sua Qualidade de Vida**. Dissertação. (Mestrado) Universidade Federal do Amapá. Macapá, 2013. Disponível em:
<<http://www2.unifap.br/ppcs/files/2013/07/S%C3%82MEA-MARINE-BEZERRA-DA-SILVA1.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2015.

SILVA, S. T. et al. Capacidade cognitiva de indivíduos com doença renal crônica: relação com características demográficas e clínicas. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 36, n. 2, p. 163-170. São Paulo, 2014. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v36n2/0101-2800-jbn-36-02-0163.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2017.

SILVA, A. S. et al. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 839-44, 2011. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a06v64n5.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2015.

SIVIERO, P. C. L.; MACHADO, C. J.; CHERCHIGLIA, M. L. Insuficiência renal crônica no Brasil segundo enfoque de causas múltiplas de morte. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 75-85, 2014. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462X-cadsc-22-01-00075.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2017.

SMELTZER, S. C. et al. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**: Brunner & Suddarth. 12 ed. v. 3. Rio de Janeiro: Guanabara Koodan, 2014.

STOLIC, R. V. et al. Residual renal function and erectile dysfunction in patients on hemodialysis. **International Urology and Nephrology**, v. 44, p. 891-895, 2012. Disponível em: <<http://docslide.net/documents/residual-renal-function-and-erectile-dysfunction-in-patients-on-hemodialysis.html>>. Acesso em: 30 maio. 2017.

SZUSTER, D. A. C. et al. Potencialidades do uso de bancos de dados para informação em saúde: o caso das Terapias Renais Substitutivas (TRS) – morbidade e mortalidade dos pacientes em TRS. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 19, n. 4, p. 308-316, 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/Raquel/Downloads/v19n4a06%20(1).pdf>. Acesso em: 09 dez. 2015.

TAKEMOTO, A. Y. et al. Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 256-62, Porto Alegre, 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v32n2/a07v32n2.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2015.

VASCONCELOS, P. O. **Qualidade de Vida em Pessoas Submetidas à Cirurgia Bariátrica em Momentos Pré e Pós-Cirúrgico**. 2006. 159f. Dissertação (Mestrado) Universidade Católica de Goiás. Goiás, 2006. Disponível em:

<<http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/bitstream/tede/1946/1/Patricia%20de%20Oliveira%20Vasconcelos.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

VERO, L. M. et al. Use of the subjective global assessment to predict health-related quality of life in chronic kidney disease stage 5 patients on maintenance hemodialysis. **Journal of Renal Nutrition**, v. 23, n. 2, p. 141-147, 2013. Disponível em: <[http://www.jrnjournal.org/article/S1051-2276\(12\)00086-6/pdf](http://www.jrnjournal.org/article/S1051-2276(12)00086-6/pdf)>. Acesso em: 13 jan. 2016.

YUE, A. **Atlas de Fisiologia Humana**: tradução Neila Freitas. São Paulo . Girassol; Firenze; Giunti Gruppo Editoriale, 2009.

ZAMBONATO, T. K.; THOMÉ, F. S.; GONÇALVES, L. F. C. Perfil Socioeconômico dos pacientes com doença renal crônica em diálise na região noroeste do Rio Grande do Sul. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 30, n. 30, p. 192-9. 2008. Disponível em: <<https://www.jbn.org.br/export-pdf/57/30-03-05.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2017.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, p.1403-10, 1995. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308>>. Acesso em: 30 maio. 2017.

APÊNDICE A
AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO DO HCAL

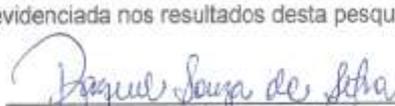
PESQUISA: QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS EM TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA HEMODIALÍTICA EM UM ESTADO DA AMAZÔNIA (KDQOL-SF™).

Prezado(a) Dr.(a)

Esta pesquisa será realizada pela Enfermeira Esp. Raquel Souza da Silva, discente do Programa de Pós-Graduação (Strictu Senso) de Ciências da Saúde (PPGCS), da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), como requisito para obtenção de media parcial e obrigatória deste PPGCS. A pesquisa tem como Objetivo Geral: Avaliar a qualidade de vida (KDQOL-SF™ 1.3) das pessoas com DRC submetidas a Terapia Renal Substitutiva, modalidade Hemodiálise, em um Estado da Amazônia.

Terá como cenário o Centro de Nefrologia do Hospital das Clínicas Drº Alberto Lima (HCAL), localizado na cidade de Macapá – capital do Estado do Amapá – Brasil. As informações serão colhidas nos bancos de dados conforme roteiro elaborado pela pesquisadora e feita aplicação de um instrumento validado e traduzido para o português (KDQOL-SF™1.3), é uma versão abreviada que contém 24 perguntas, distribuídas em 4 eixos que influenciam na qualidade de vida do DRC, sendo eles: a **Saúde**, a **Doença Renal**, os **Efeitos da Doença Renal na Vida Diária** e a **Satisfação com o Tratamento**. Período de janeiro a março 2016. De posse das informações colhidas, os dados serão organizados, codificados e analisados estatisticamente e apresentado sob a forma de gráficos. **Este estudo não oferece riscos previsíveis.**

Após a conclusão do trabalho, será feita a divulgação em forma de publicação de artigo científico e apresentado de maneira coordenada no momento da defesa da dissertação (Será encaminhado convite a esta instituição), para que possam direcionar esforços para minimizar qualquer dificuldade evidenciada nos resultados desta pesquisa.

Autora do Projeto: Enfª Esp. Raquel Souza da Silva.
Contato: (96) 991633150


Orientadora: Profª. Drª. Anneli Mercedes Celis Cárdenas.
Profª. Drª. Anneli M.C. Celis de Cárdenas
Coordenadora do Curso de Enfermagem
Port. Nº 1653/2014
Contato: (96) 9

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa e estou esclarecido sobre o conteúdo da pesquisa, é por minha livre vontade que autorizo a realização desta pesquisa nesta Unidade de Saúde de acordo com os termos supracitados.

Macapá, 10 de 08 de 2015

Assinatura do (a) Diretor (a) do HCAL

APÊNDICE B

AUTORIZAÇÃO DA RT DO CENTRO DE NEFROLOGIA DO ESTADO DO AMAPÁ

PESQUISA: QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS EM TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA HEMODIALÍTICA EM UM ESTADO DA AMAZÔNIA (KDQOL-SF™).

Prezado(a) Dr.(a)

Esta pesquisa será realizada pela Enfermeira Esp. Raquel Souza da Silva, discente do Programa de Pós-Graduação (Strictu Senso) de Ciências da Saúde (PPGCS), da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), como requisito para obtenção de media parcial e obrigatória deste PPGCS. A pesquisa tem como Objetivo Geral: Avaliar a qualidade de vida (KDQOL-SF™ 1.3) das pessoas com DRC submetidas a Terapia Renal Substitutiva, modalidade Hemodiálise, em um Estado da Amazônia.

Terá como cenário o Centro de Nefrologia do Hospital das Clínicas Drº Alberto Lima (HCAL), localizado na cidade de Macapá – capital do Estado do Amapá – Brasil. As informações serão colhidas nos bancos de dados conforme roteiro elaborado pela pesquisadora e feita aplicação de um instrumento validado e traduzido para o português (KDQOL-SF™1.3), é uma versão abreviada que contém 24 perguntas, distribuídas em 4 eixos que influenciam na qualidade de vida do DRC, sendo eles: a **Saúde**, a **Doença Renal**, os **Efeitos da Doença Renal na Vida Diária** e a **Satisfação com o Tratamento**. Período de janeiro a março 2016. De posse das informações colhidas, os dados serão organizados, codificados e analisados estatisticamente e apresentado sob a forma de gráficos. **Este estudo não oferece riscos previsíveis.**

Após a conclusão do trabalho, será feita a divulgação em forma de publicação de artigo científico e apresentado de maneira coordenada no momento da defesa da dissertação (Será encaminhado convite a esta instituição), para que possam direcionar esforços para minimizar qualquer dificuldade evidenciada nos resultados desta pesquisa.



Autora do Projeto: Enfª Esp. Raquel Souza da Silva,
Contato: (96) 991633150



Orientadora: Prof.ª Dr.ª Annelis Mercedes Celis Cárdenas,
Coordenadora do Curso de Enfermagem
Port. Nº 1653/2014
Contato: (96) 981121834

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa e estou esclarecido sobre o conteúdo da pesquisa, é por minha livre vontade que autorizo a realização desta pesquisa nesta Unidade de Saúde de acordo com os termos supracitados.

Macapá, 10 de 08 de 2015



Leila Silva
ENFERMEIRA
REGISTRADA Nº 10318

Assinatura do (a) Responsável (a) Técnico (a) da Nefrologia HCAL

APÊNDICE C
AUTORIZAÇÃO RT MÉDICA DO CN DO ESTADO DO AMAPÁ

PESQUISA: QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS EM TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA HEMODIALÍTICA NO ESTADO DO AMAPÁ.

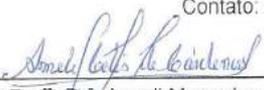
Prezado(a) Dr.(a)

Esta pesquisa será realizada pela Enfermeira Esp. Raquel Souza da Silva, discente do Programa de Pós-Graduação (Strictu Senso) de Ciências da Saúde (PPGCS), da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), como requisito para obtenção de media parcial e obrigatória deste PPGCS. A pesquisa tem como Objetivo Geral: Avaliar a qualidade de vida (KDQOL-SF™ 1.3) das pessoas com DRC submetidas a Terapia Renal Substitutiva, Hemodiálise, no estado do Amapá.

Terá como cenário o Centro de Nefrologia do Hospital das Clínicas Drº Alberto Lima (HCAL), localizado na cidade de Macapá – capital do Estado do Amapá – Brasil. As informações serão colhidas nos bancos de dados conforme roteiro elaborado pela pesquisadora e feita aplicação de um instrumento validado e traduzido para o português (KDQOL-SF™ 1.3), é uma versão abreviada que contém 24 perguntas, distribuídas em 4 eixos que influenciam na qualidade de vida do DRC, sendo eles: a *Saúde*, a *Doença Renal*, os *Efeitos da Doença Renal na Vida Diária* e a *Satisfação com o Tratamento*. Período de abril a julho 2016. De posse das informações colhidas, os dados serão organizados, codificados e analisados estatisticamente e apresentado sob a forma de gráficos. **Este estudo não oferece riscos previsíveis.**

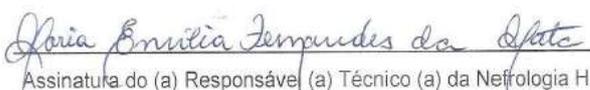
Após a conclusão do trabalho, será feita a divulgação em forma de publicação de artigo científico e apresentado de maneira coordenada no momento da defesa da dissertação (Será encaminhado convite a esta instituição), para que possam direcionar esforços para minimizar qualquer dificuldade evidenciada nos resultados desta pesquisa.


Enfª Raquel Souza da Silva
NEFROLOGIA/CIRURGICA
COREN 19826/AP
 Autora do Projeto: Enfª Esp. Raquel Souza da Silva.
 Contato: (96) 991633150


 Orientadora: Profª. Drª. Anneli Mercedes Celis Cárdenas.
 Contato: (96) 981121834

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa e estou esclarecido sobre o conteúdo da pesquisa, é por minha livre vontade que autorizo a realização desta pesquisa nesta Unidade de Saúde de acordo com os termos supracitados.

Macapá, 08 de abril de 2016


 Assinatura do (a) Responsável (a) Técnico (a) da Nefrologia HCAL



APÊNDICE D
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

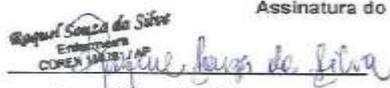
Conforme a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, solicito seu consentimento, através da assinatura deste termo, para entrevistá-lo (a), bem como utilizar os dados obtidos do seu depoimento em publicações e eventos científicos destinados a divulgar os resultados desta pesquisa. A mesma é de responsabilidade da pesquisadora Raquel Souza da Silva e orientada pela Profª Drª Anneli Mercedes Celis de Cárdenas e, tem como título: **“QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS EM TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA HEMODIALÍTICA NO ESTADO DO AMAPÁ”.**

Nosso objetivo é avaliar a qualidade de vida (KDQOL-SF™ 1.3) das pessoas com DRC submetidas a Terapia Renal Substitutiva, Hemodiálise, em um Estado da Amazônia, para que se possa refletir de forma multidimensional a influência dessa doença crônica na QV dos DRC's. Para coleta de seus dados será feita uma entrevista utilizando o questionário SF-1.3 dirigida pela pesquisadora a você durante sua sessão de hemodiálise; e através de consulta aos seus registros no banco de dados do Centro de nefrologia, ficha mensal de HD. Caso alguma informação quanto aos dados sociodemográficos e/ou clínicos não constarem nessas fontes de informações serão coletados diretamente com você durante sua sessão de HD. Possíveis desconfortos poderão ocorrer e **haverá riscos mínimos** relacionados à sua participação, incluindo os aspectos emocionais. O benefício da sua participação será a contribuição para melhorar o cuidado oferecido a pessoas em HD. Em caso de intercorrências que causem desconforto você será assistido pela pesquisadora e/ou pela equipe da instituição onde a coleta de dados será realizada.

Por ser usuário do serviço onde ocorrerá a coleta de dados todos os participantes continuarão a serem acompanhados e assistido nos respectivos serviços, mesmo após término da pesquisa. A **sua participação é voluntária**, isto é, a qualquer momento o (a) Sr (a) poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não causará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição onde faz seu acompanhamento, como também na que trabalha. **A sua identidade será mantida como informação confidencial.**

Eu _____ li, e entendi todas as informações sobre este estudo e todas as minhas perguntas e/ou dúvidas foram respondidas a contento. Portanto, consinto voluntariamente participar desta pesquisa.

Assinatura do (a) entrevistado (a)


Raquel Souza da Silva
Pesquisadora responsável
Telef: (096) 991633150/981009095
E-mail: enfraquelsouza@gmail.com


Prof. Drª Anneli Mercedes Celis de Cárdenas
Orientadora
Telef: (098) 981121834
E-mail: celis.montoya@gmail.com

APÊNDICE E
QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO CLÍNICO E LABORATORIAL

| CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS | |
|--|---|
| Há quanto tempo faz tratamento dialítico? <input type="checkbox"/> 3 – 6 meses <input type="checkbox"/> 6- 12 meses <input type="checkbox"/> 1 – 5 anos <input type="checkbox"/> ≥ 5 anos Data do início da HD: ___/___/___ | |
| Idade: _____ | Nascimento: ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> ≥18 anos <input type="checkbox"/> 21 - 30 anos <input type="checkbox"/> 31 - 40 anos <input type="checkbox"/> 41 - 50 anos <input type="checkbox"/> 51 - 60 anos <input type="checkbox"/> 61 – 74 anos | |
| Cor/Etnia <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Outro _____ | |
| Naturalidade (onde nasceu) <input type="checkbox"/> Amapaense <input type="checkbox"/> Paraense <input type="checkbox"/> Outra _____ | |
| Procedência (onde reside) <input type="checkbox"/> Macapá-AP <input type="checkbox"/> Santana _____ <input type="checkbox"/> Outro município _____ | |
| Estado civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Outros (divorciado, viúvo, separado) | |
| Escolaridade | |
| Alfabetizado: | <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo |
| Situação trabalhista: <input type="checkbox"/> Empregado com carteira assinada <input type="checkbox"/> Empregado sem carteira assinada <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Recebe auxílio do governo | |
| Renda familiar <input type="checkbox"/> Até um salário mínimo (Até R\$ 937,00) <input type="checkbox"/> Acima de 1-3 salários mínimos <input type="checkbox"/> Entre 3-5 salários mínimos <input type="checkbox"/> > 5 salários mínimos | |
| CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS (Hábitos de vida): | |
| Fumante (Tabagista): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ex-tabagista | Consumo de bebida alcoólica: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ex-Etilista |
| Outras drogas: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | Tipo: <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Maconha <input type="checkbox"/> LSD <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Outros |
| Realização de atividades físicas: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | QUAL (IS): <input type="checkbox"/> Aeróbico (caminhada, bicicleta, ginástica, lutas, esportes) <input type="checkbox"/> Anaeróbico (musculação, pilates). |
| FREQUÊNCIA SEMANAL: <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 vezes <input type="checkbox"/> 4 vezes ou mais | |
| Comorbidades: <input type="checkbox"/> Não apresenta <input type="checkbox"/> Não soube informar <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Outras doenças. Qual (is): _____ | |
| Obesidade: Cálculo do IMC (de acordo com a OMS) / $\text{Peso} \div (\text{Altura})^2$ Peso: _____ Kg Altura: _____ m / $\text{IMC} = \frac{\text{_____}}{(\text{_____})^2} = \text{_____} \text{ kg/m}^2$ | |
| <input type="checkbox"/> Abaixo do peso (IMC < 18,5 Kg/m ²) <input type="checkbox"/> Peso normal (IMC entre 18,5-24,9 Kg/m ²) <input type="checkbox"/> Sobrepeso (IMC entre 25-29,9 Kg/m ²) | <input type="checkbox"/> Obesidade grau I (IMC entre 30-34,9 Kg/m ²) <input type="checkbox"/> Obesidade grau II (IMC entre 35-39,9 Kg/m ²) <input type="checkbox"/> Obesidade grau III (IMC ≥40 Kg/m ²) |
| Via de acesso para HD: <input type="checkbox"/> Cateter longa duração <input type="checkbox"/> Cateter curta duração <input type="checkbox"/> Fistula arteriovenosa | |
| CARACTERÍSTICAS LABORATORIAIS: | |
| Hemograma Hm: _____ Hb: _____ Ht: _____ Ureia: _____ Creatinina: _____ Sódio: _____ Potássio: _____ Cálcio: _____ Fósforo: _____ Glicemia: _____ | |
| Data de aplicação: _____ | Aplicador do questionário: _____ |

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS EM TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA HEMODIALÍTICA NO ESTADO DO AMAPÁ

Pesquisador: RAQUEL SOUZA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 53005416.6.0000.0003

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.575.638

Apresentação do Projeto:

A doença renal crônica (DRC) é considerada um problema mundial de saúde pública. As mudanças no estilo de vida da pessoa DRC em hemodiálise, ocasionam limitações físicas, psicológicas, familiares e sociais e comprometimento da QVRS. No estado do Amapá o número de pessoas com DRC tem crescido. Os anos 2011, 2012, 2013 e 2014 encerraram com aproximadamente 180, 190, 210 e 225 pacientes, respectivamente. No ano 2015 este número está aproximado a 235 pacientes. A modalidade hemodiálise é a terapia que mais atende estas pessoas.

Esta pesquisa tem como objetivo geral: avaliar a qualidade de vida das pessoas com DRC submetidas a Terapia Renal Substitutiva, Hemodiálise, no estado do Amapá, utilizando o instrumento KDQOL-SFTM1.3 e específicos: caracterizar os pacientes quanto aos aspectos sociodemográficos, econômico, clínico e laboratoriais; descrever as dimensões representativas da QVRS descritas a partir do instrumento KDQOL-SFTM1.3; identificar as relações entre a QVRS e os fatores sociodemográficos, econômicos, clínicos e laboratoriais.

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, para avaliar a QV das pessoas com DRC em HD. Serão utilizados dois instrumentos para coleta dos dados. O 1º Instrumento para caracterização; 2º Instrumento

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02
Bairro: Bairro Universidade **CEP:** 68.902-280
UF: AP **Município:** MACAPA
Telefone: (96)4009-2805 **Fax:** (96)4009-2804 **E-mail:** cep@unifap.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP



Continuação do Parecer: 1.575.638

para avaliação da Qualidade de Vida Relacionada a Saúde (KDQOL-SFTM1.3). O período de coleta de dados (KDQOL-SFTM 1.3) acontecerá entre fevereiro a março de 2016. Os dados do KDQOL-SF™1.3 serão organizados, codificados, analisados estatisticamente e processados com o auxílio do programa de análise produzido e disponibilizado pelo programa Excel for Windows Version 1.3 Scoring Program (v 3.0) KDQOL-SF™1.3 e cruzados com as variáveis relativo ao perfil dos participantes da pesquisa. A pesquisa proposta envolve a participação de seres humanos, em consonância com a Resolução nº. 466/12. O projeto de pesquisa será submetido a plataforma Brasil para posterior avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amapá. As adversidades impostas pela DRC, tem influência direta na qualidade de vida de cada pessoa. Porém enfrentar de maneira positiva possibilita elaborar estratégias racionais e traçar uma meta ou conhecer mais sobre a doença.

Metodologia Proposta:

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, para avaliar a QV das pessoas com DRC em HD. A pesquisa se desenvolverá na cidade de Macapá, capital do Estado do Amapá. Localizada, ao sul, na margem esquerda do braço norte do rio Amazonas. No único Centro de Nefrologia (CN) do estado. Nos anos 2011, 2012, 2013 e 2014 o CN, encerrou com aproximadamente 180, 190, 210 e 225 pacientes, respectivamente em terapia hemodialítica no CN. No ano 2015 este número está aproximado a 235 pacientes. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, serão selecionadas 100% (cem por cento) do total destas pessoas. Critérios de Inclusão: Serão utilizados dois instrumentos para coleta dos dados: O 1º Instrumento para caracterização do ponto de vista, sociodemográficos (contendo dados de identificação), econômico (aspectos financeiros), clínico (aspectos gerais da terapia, comorbidades, intercorrência durante e após as sessões de HD) e laboratorial (valores relacionados as disfunções excretoras e de regulação do sistema renal). Todos contidos no instrumento a ser aplicado (apêndice E). E o 2º Instrumento para avaliação da Qualidade de Vida Relacionada a Saúde KDQOLSFTM1.3.

Esta avaliação da QV das pessoas com DRC ocorre sob aplicação de uma versão abreviada que contém 24 perguntas, distribuídas em 4 eixos que influenciam na QV, sendo elas: 11 perguntas relacionadas a Saúde do entrevistado; 3 perguntas que abordam a sua Doença Renal; 8 perguntas relacionadas aos Efeitos da Doença Renal na Vida Diária; e por fim 2 perguntas, estas relacionadas a Satisfação com o Tratamento (anexo A). Os dados sociodemográficos, econômicos, clínicos e laboratoriais serão coletados em uma ficha individual, elaborada pela autora (apêndice E). E terá como fonte o arquivo clínico, ficha de diálise, registros de enfermagem e base de dados

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02
Bairro: Bairro Universidade **CEP:** 68.902-280
UF: AP **Município:** MACAPA
Telefone: (96)4009-2805 **Fax:** (96)4009-2804 **E-mail:** cep@unifap.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP



Continuação do Parecer: 1.575.638

(NEFRODATA) utilizados no CN. Quanto as características laboratoriais do instrumento em questão: serão considerados os resultados dos exames das pessoas em HD com intervalo mínimo de 3 meses entre si, no ano que antecede o período da coleta dos dados, para proporcionar uma avaliação mais relevante da efetividade da HD na QVRS destas pessoas. O instrumento KDQOL-SFTM1.3 será aplicado durante as sessões de HD (anexo A). E terá como fonte o participante da pesquisa ou seu responsável legal. O período de coleta de dados (KDQOL-SFTM 1.3) acontecerá entre fevereiro a Abril de 2016. O instrumento de caracterização sociodemográfica, econômica, clínica e laboratorial, será preenchido no mesmo período, porém, não necessariamente durante as sessões de HD, visto que as informações serão colhidas em registros do CN. O tempo total de permanência em coleta será de 3 meses. A pesquisa proposta está em consonância com a Resolução nº. 466/12

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

•Avaliar a qualidade de vida das pessoas com DRC submetidas a Terapia Renal Substitutiva, Hemodiálise, no estado do Amapá, utilizando o instrumento KDQOL-SFTM1.3.

Objetivo Secundário:

•Caracterizar os pacientes quanto aos aspectos sociodemográficos, econômico, clínico e laboratoriais;•Descrever as dimensões representativas da QVRS descritas a partir do instrumento KDQOLSFTM1.3;•Identificar as relações entre a QVRS e os fatores sociodemográficos, econômicos, clínicos e laboratoriais

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

haverá riscos mínimos relacionados à sua participação oriundos de aspectos emocionais.

Benefício:

O benefício da sua participação será a contribuição para melhorar o cuidado oferecido a pessoas em HD. Em caso de intercorrências que causem desconforto você será assistido pela pesquisadora e/ou pela equipe da instituição onde a coleta de dados será realizada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e exequível

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de acordo com a resolução 466/2012

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02
Bairro: Bairro Universidade **CEP:** 68.902-280
UF: AP **Município:** MACAPA
Telefone: (96)4009-2805 **Fax:** (96)4009-2804 **E-mail:** cep@unifap.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP



Continuação do Parecer: 1.575.638

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa relevante e exequível

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|-----------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_648996.pdf | 03/06/2016 00:08:35 | | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_APENDICE_D02062016.pdf | 03/06/2016 00:07:21 | RAQUEL SOUZA DA SILVA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO_COMPLETO02062016.pdf | 03/06/2016 00:06:39 | RAQUEL SOUZA DA SILVA | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMA_ATUALIZADO.pdf | 18/04/2016 22:21:02 | RAQUEL SOUZA DA SILVA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | AUTORIZACAO_INSTITUICAO.pdf | 18/04/2016 20:00:04 | RAQUEL SOUZA DA SILVA | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaDeRosto.pdf | 10/01/2016 01:45:08 | RAQUEL SOUZA DA SILVA | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACAPA, 06 de Junho de 2016

Assinado por:

RAPHAELLE SOUSA BORGES
(Coordenador)

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02
Bairro: Bairro Universidade **CEP:** 68.902-280
UF: AP **Município:** MACAPA
Telefone: (96)4009-2805 **Fax:** (96)4009-2804 **E-mail:** cep@unifap.br

ANEXO B

Versão Conciliada por Priscila Silveira Duarte e colaboradores.

Sua Saúde

– e –

Bem-Estar**Doença Renal e Qualidade de Vida****(KDQOL-SF™ 1.3)**

Esta é uma pesquisa de opinião sobre sua saúde.
Estas informações ajudarão você a avaliar como
você se sente e a sua capacidade de realizar suas
atividades normais.



Obrigado por completar estas questões!

**ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA PARA PACIENTES EM
DIÁLISE**

Qual é o objetivo deste estudo?

Este estudo está sendo realizado por médicos e seus pacientes em diferentes países. O objetivo é avaliar a qualidade de vida em pacientes com doença renal.

O que queremos que você faça?

Para este estudo, nós queremos que você responda questões sobre sua saúde, sobre como se sente e sobre a sua história.

E o sigilo em relação às informações?

Você não precisa identificar-se neste estudo. Suas respostas serão vistas em conjunto com as respostas de outros pacientes. Qualquer informação que permita sua identificação será vista como um dado estritamente confidencial. Além disso, as informações obtidas serão utilizadas apenas para este estudo e não serão liberadas para qualquer outro propósito sem o seu consentimento.

De que forma minha participação neste estudo pode me beneficiar?

As informações que você fornecer vão nos dizer como você se sente em relação ao seu tratamento e permitirão uma maior compreensão sobre os efeitos do tratamento na saúde dos pacientes. Estas informações ajudarão a avaliar o tratamento fornecido.

Eu preciso participar?

Você não é obrigado a responder o questionário e pode recusar-se a fornecer a resposta a qualquer uma das perguntas. Sua decisão em participar (ou não) deste estudo não afetará o tratamento fornecido a você.

Sua Saúde

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

1. Em geral, você diria que sua saúde é: [Marque um na caixa que descreve da melhor forma a sua resposta.]

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

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

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

3. Os itens seguintes são sobre atividades que você pode realizar durante um dia normal. Seu estado de saúde atual o dificulta a realizar estas atividades? Se sim, quanto?
[Marque um em em cada linha.]

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

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

| | Sim | Não |
|---|----------------------------------|----------------------------|
| a Você reduziu a <u>quantidade de tempo</u> que passa trabalhando ou em outras atividades | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| b <u>Fez menos</u> coisas do que gostaria | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| c Sentiu dificuldade no tipo de trabalho que realiza ou outras atividades | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

| | | |
|---|--|---|
| d | Teve <u>dificuldade</u> para trabalhar ou para realizar outras atividades (p.ex, precisou fazer mais esforço)..... | |
| | | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 |

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

| | | | |
|---|--|---|-----|
| | | Sim | Não |
| a | Reduziu a <u>quantidade de tempo</u> que passa trabalhando ou em outras atividades | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 | |

| | | |
|---|---|---|
| b | <u>Fez menos coisas</u> do que gostaria | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 |
|---|---|---|

| | | |
|---|--|---|
| c | Trabalhou ou realizou outras atividades com menos <u>atenção do que de costume</u> | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 |
|---|--|---|

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

| | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Nada | Um pouco | Moderada-mente | Bastante | Extrema-mente |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

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

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

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

| | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Nada | Um pouco | Moderada-mente | Bastante | Extrema-mente |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

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

Durante as 4 últimas semanas, quanto tempo...

| | Todo o tempo | A maior parte do tempo | Uma boa parte do tempo | Alguma parte do tempo | Uma pequena parte do tempo | Nenhum momento |
|---|---|------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------------|----------------|
| a | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> | | | | | |
| b | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> | | | | | |
| c | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> | | | | | |
| d | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> | | | | | |
| e | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> | | | | | |
| f | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> | | | | | |
| g | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> | | | | | |
| H | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> | | | | | |
| i | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> | | | | | |

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

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

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

| | | | | | |
|--|-----------------------|--------------------|---------|------------------|-------------------|
| | Sem dúvida verdadeiro | Geralmente verdade | Não sei | Geralmente Falso | Sem dúvida, falso |
|--|-----------------------|--------------------|---------|------------------|-------------------|

| | | | | | | |
|---|--|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| b | Eu me sinto tão saudável quanto qualquer pessoa que conheço..... | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 3..... | <input type="checkbox"/> 4..... | <input type="checkbox"/> 5 |
|---|--|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|

| | | | | | | |
|---|--|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| c | Acredito que minha saúde vai piorar..... | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 3..... | <input type="checkbox"/> 4..... | <input type="checkbox"/> 5 |
|---|--|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|

| | | | | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| d | Minha saúde está excelente..... | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 3..... | <input type="checkbox"/> 4..... | <input type="checkbox"/> 5 |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|

Sua Doença Renal

12. Até que ponto cada uma das seguintes declarações é verdadeira ou falsa para você?

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

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

Quanto tempo durante as 4 últimas semanas...

| | |
|---|---|
| | <div style="display: flex; justify-content: space-around; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Nenhum Momento</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Uma pequena parte do tempo</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Alguma parte do tempo</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Uma boa parte do tempo</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A maior parte do tempo</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Todo o tempo</div> </div> |
| b Você demorou para reagir às coisas que foram ditas ou aconteceram?..... | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 |
| c Você se irritou com as pessoas próximas?..... | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 |
| d Você teve dificuldade para concentrar-se ou pensar? | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 |
| e Você se relacionou bem com as outras pessoas?..... | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 |
| f Você se sentiu confuso? | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 |

14. Durante as 4 últimas semanas, quanto você se incomodou com cada um dos seguintes problemas?

| | Não me incomodei de forma alguma | Fiquei um pouco incomoda-do | Incomodei-me de forma moderada | Muito incomoda-do | Extrema-mente incomoda-do |
|--|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| aDores musculares? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| bDor no peito? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| cCãibras? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| dCoceira na pele? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| ePele seca? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| fFalta de ar? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| gFraqueza ou tontura? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| hFalta de apetite? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| iEsgotamento (muito cansaço)? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| jDormência nas mãos ou pés (formigamento)? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| kVontade de vomitar ou indisposição estomacal? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

l(Somente paciente em hemodiálise)

| | | | | | |
|---|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| Problemas com sua via de acesso (fistula ou cateter)? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| m(Somente paciente em diálise peritoneal) | | | | | |
| Problemas com seu catéter? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

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

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

18. Com que frequência, durante as 4 últimas semanas você...

| | | | | | | |
|--|----------------|----------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|--------------|
| | Nenhum momento | Uma pequena parte do tempo | Alguma parte do tempo | Uma boa parte do tempo | A maior parte do tempo | Todo o tempo |
|--|----------------|----------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|--------------|

b Dormiu pelo tempo necessário?.....

1 2..... 3..... 4..... 5..... 6

c Teve dificuldade para ficar acordado durante o dia?.....

1 2..... 3..... 4..... 5..... 6

19. Em relação à sua família e amigos, até que ponto você está satisfeito com...

| | | | | |
|--|--------------------|-----------------------|---------------------|------------------|
| | Muito insatisfeito | Um pouco insatisfeito | Um pouco satisfeito | Muito satisfeito |
|--|--------------------|-----------------------|---------------------|------------------|

b O apoio que você recebe de sua família e amigos?.....

1..... 2..... 3..... 4

20. Durante as 4 últimas semanas, você recebeu dinheiro para trabalhar?

| | |
|---|----------------------------|
| Sim Não | No |
| <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 2 |
| | |

21. Sua saúde o impossibilitou de ter um trabalho pago?

| | |
|---|----------------------------|
| Sim Não | No |
| <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 2 |

| |
|---|
| 22. No geral, como você avaliaria sua saúde? |
|---|

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

Satisfação com o Tratamento

| |
|--|
| 23. Pense a respeito dos cuidados que você recebe na diálise. Em termos de satisfação, como você classificaria a amizade e o interesse deles demonstrado em você como pessoa? |
|--|

| | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Muito ruim | Ruim | Regular | Bom | Muito bom | Excelen-te | O melhor |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 |

| |
|---|
| 24. Quanto cada uma das afirmações a seguir é verdadeira ou falsa? |
|---|

| | | | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------|---------|---------------------|---------------------|
| | Sem dúvida verda- deiro | Geralmente verdade | Não sei | Geralmente falso | Sem dúvida falso |
|--|-------------------------------|-----------------------|---------|---------------------|---------------------|

| | |
|--|--|
| b O pessoal da diálise ajudou-me a lidar com minha doença renal..... | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
|--|--|

| |
|--|
| Obrigado por você completar estas questões! |
|--|

ANEXO C

23/08/2017

SGP - Sistema de Gestão de Publicações

Usuário: RAQUEL SOUZA DA SILVA

Sistema de Gestão de Publicações
Publication Management System SGP

BRAZILIAN JOURNAL OF NEPHROLOGY

Página inicial Correlato Autor

Como Enviar: Critérios Copyright Downloads DeCS MeSH Dados Cadastrais Encerrar

Nova Mensagem

Caixa de Entrada (2)

Enviadas (0)

Arquivo (0)

Lixeira (0)

Mensagem

Código da Mensagem: 26909

Encaminhar Responder Excluir Voltar

De: SGP

Para: RAQUEL SOUZA DA SILVA

CC:

Data: 03/08/2017 04:41:01

Artigo: Cod. fluxo: 3888

Assunto: Artigo Submetido SGP/BJN

Mensagem:


BRAZILIAN JOURNAL OF NEPHROLOGY

Ilmo(a) Sr.(a)
Prof(a), Dr(a) RAQUEL SOUZA DA SILVA

Referente ao código de fluxo: 3888
Classificação: Artigo Original

Informamos que recebemos o manuscrito "Qualidade de Vida de pessoas adultas em Terapia Renal Substitutiva Hemodialítica", que será enviado para apreciação dos Revisores para possível publicação/participação na(o) Jornal Brasileiro de Nefrologia. Por favor, para qualquer comunicação futura sobre o referido manuscrito cite o número do código de fluxo apresentado acima.

O(s) autor(es) declara(m) que o presente trabalho é original, sendo que o seu conteúdo não foi nem está sendo considerado para publicação em outro periódico, brasileiro ou do Exterior, seja no formato impresso ou eletrônico.

Obrigado por submeter seu trabalho a(o) Jornal Brasileiro de Nefrologia

Atenciosamente,

Dr. Miguel Carlos Riella
Editor

Rua Machado Bittencourt, 205,
5º andar, conj. 53, Vila Clementino,
São Paulo - SP, CEP 04044-000
E-mail: jbn@sbn.org.br
Fone: (11) 5579-1242

23/08/2017

ScholarOne Manuscripts

Ciência & Saúde Coletiva

Preview

From: danuziacienciaesaudecoletiva@gmail.com
To: enfraquelsouza@gmail.com
CC: enfraquelsouza@gmail.com, celismontoya@gmail.com
Subject: Ciência & Saúde Coletiva - Manuscript ID CSC-2017-1781
Body: 14-Jul-2017

Dear Prof. SILVA:

Your manuscript entitled "Qualidade de Vida de pessoas adultas em Terapia Renal Substitutiva Hemodialítica
Quality of life of people adults undergoing Kidney Replacement Therapy" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Your manuscript ID is CSC-2017-1781.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Sincerely,
Ciência & Saúde Coletiva Editorial Office

Date Sent: 14-Jul-2017

 Close Window

Ciência & Saúde Coletiva

Preview

From: romeugo@gmail.com
To: enfraquelsouza@gmail.com
CC:
Subject: Ciência & Saúde Coletiva - Decision on Manuscript ID CSC-2017-1781
Body: 01-Aug-2017

Dear Prof. SILVA:

I write you in regards to manuscript ID CSC-2017-1781 entitled "Qualidade de Vida de pessoas adultas em Terapia Renal Substitutiva Hemodialítica
 Quality of life of people adults undergoing Kidney Replacement Therapy" which you submitted to the Ciência & Saúde Coletiva.

In view of the criticisms of the reviewer(s) found at the bottom of this letter, your manuscript has been denied publication in the Ciência & Saúde Coletiva.

Thank you for considering the Ciência & Saúde Coletiva for the publication of your research. I hope the outcome of this specific submission will not discourage you from the submission of future manuscripts.

Sincerely,

Dr. Romeu Gomes
 Editor-in-Chief, Ciência & Saúde Coletiva
 romeugo@gmail.com

Associate Editor
 Comments to the Author / Comentários para o Autor:
 Prezado Colaborador,

Informamos – com base numa pré-avaliação – que o seu artigo não foi encaminhado para o corpo de pareceristas.

O trabalho foi realizado em amostra de conveniência de um serviço de saúde de uma única localidade. Assim os dados têm baixa generalização externa. Desta forma, o estudo tem menor interesse para leitores de uma revista de saúde pública, sendo mais apropriado para uma revista de finalidade mais clínica.

Infelizmente, como recebemos muitos artigos para publicação, somos obrigados a recusar muitos manuscritos. A rejeição reflete as prioridades de publicação da revista e o mérito dos manuscritos, em termos de originalidade, pertinência da análise estatística, adequação dos métodos e riqueza interpretativa da discussão.

Destacamos que nos sentiremos honrados em receber futuros artigos seus para possível publicação.

Atenciosamente,

A Editoria

Entire Scoresheet:

Caro Prof. SILVA:

O manuscrito ID CSC-2017-1781 intitulado "Qualidade de Vida de pessoas adultas em Terapia Renal Substitutiva Hemodialítica
 Quality of life of people adults undergoing Kidney Replacement Therapy" não foi indicado para publicação na Ciência & Saúde Coletiva, com base nos comentários incluídos nesta carta.

Obrigado por ter escolhido a Ciência & Saúde Coletiva para o envio de seu estudo. Espero que o resultado desta avaliação específica não o desencoraje a submeter futuros manuscritos.

Atenciosamente,

23/08/2017

ScholarOne Manuscripts

Dr. Romeu Gomes
Editor-Chefe, Ciência & Saúde Coletiva Ciência & Saúde Coletiva
romeugo@gmail.com

Associate Editor
Comments to the Author / Comentários para o Autor:
Prezado Colaborador,

Informamos – com base numa pré-avaliação – que o seu artigo não foi encaminhado para o corpo de pareceristas.

O trabalho foi realizado em amostra de conveniência de um serviço de saúde de uma única localidade. Assim os dados têm baixa generalização externa. Desta forma, o estudo tem menor interesse para leitores de uma revista de saúde pública, sendo mais apropriado para uma revista de finalidade mais clínica.

Infelizmente, como recebemos muitos artigos para publicação, somos obrigados a recusar muitos manuscritos. A rejeição reflete as prioridades de publicação da revista e o mérito dos manuscritos, em termos de originalidade, pertinência da análise estatística, adequação dos métodos e riqueza interpretativa da discussão.

Destacamos que nos sentiremos honrados em receber futuros artigos seus para possível publicação.

Atenciosamente,

À Editoria

Entre Scoresheet:

Date Sent: 01-Aug-2017

 Close Window

