

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**QUALIDADE DE VIDA MEDIDA PELO “WHOQOL-bref”: estudo
comparativo de pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal**

ANA ELZA OLIVEIRA DE MENDONÇA

NATAL – RN

2006

Ana Elza Oliveira de Mendonça

**QUALIDADE DE VIDA MEDIDA PELO “WHOQOL-bref”: estudo
comparativo de pacientes em hemodiálise e pós transplante renal**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

ORIENTADORA: Dr^a Glauceia Maciel de Farias

NATAL – RN

2006

Divisão de Serviços Técnicos

Catálogo da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Central Zila Mamede

Mendonça, Ana Elza Oliveira de.

Qualidade de vida medida pelo "WHOQOL-bref": estudo comparativo de pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal / Ana Elza Oliveira de Mendonça. – Natal, RN, 2006.

156 f.

Orientadora: Prof^a. Dra. Glauce Maciel de Farias.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem.

1. Transplante renal – Dissertação. 2. Hemodiálise – Dissertação. 3. Insuficiência renal crônica - Dissertação. 4. Qualidade de vida - Dissertação. 5. WHOQOL-bref - Dissertação. 6. Enfermagem - Dissertação. I. Farias, Glauce Maciel de. II. Título.

RN/UF/BCZM

CDU 616.61

ANA ELZA OLIVEIRA DE MENDONÇA

QUALIDADE DE VIDA MEDIDA PELO “WHOQOL-bref”: estudo comparativo de pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como exigência para obtenção de título de Mestre.

Aprovada em _____ de _____ de 2006, pela banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Glauceia Maciel de Farias (Orientadora)

Departamento de Enfermagem da UFRN

Prof^a. Dr^a. Maria Alves Barbosa (Titular)

Departamento de Enfermagem da UFG

Prof^a. Dr^a. Raimunda Medeiros Germano (Titular)

Departamento de Enfermagem da UFRN

Prof^o. Dr^o. Gilson de Vasconcelos Torres (Suplente)

Departamento de Enfermagem da UFRN

DEDICATÓRIA

A **Deus**, por ter-me dado força e sabedoria, para continuar nessa caminhada.

Aos meus pais **Antonio Rebouças de Oliveira** (in memorian) e **Maria Hilda Ferreira de Oliveira**, pelo exemplo de vida, caráter e justiça, fonte maior de inspiração e estímulo.

A **Luciano**, meu companheiro de todas as horas, pelo apoio e incentivo, e aos meus filhos **Lucas e Marcel**, pelo amor incondicional.

Aos meus **irmãos** e todos os familiares pelo carinho no trilhar de minha carreira.

A **todos** os pacientes que direta ou indiretamente contribuíram para que essa pesquisa fosse realizada.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A minha orientadora **Professora Dra. Glauceia Maciel de Farias**, minha sincera admiração e agradecimento pelo apoio, incentivo, disponibilidade e dedicação dispensados ao longo da realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Jeová Deus pelo dom da vida e pela oportunidade maravilhosa de conhecer os seus caminhos, também ao seu filho amado Jesus Cristo que deu sua vida por nós.

A Direção Médica e de Enfermagem do Hospital Universitário Onofre Lopes, pela oportunidade que me foi concedida de realizar a coleta dos dados que possibilitou a concretização deste estudo.

A Diretoria de Saúde da Polícia Militar, Diretoria Médica e Divisão de Enfermagem do Hospital Central Cel Pedro Germano pelo apoio e compreensão durante a realização deste estudo.

A Diretoria Médica e de Enfermagem da Nefron Clínica que nos permitiram a realização do pré-testagem do instrumento.

A todos os profissionais que atuam na Unidade de Nefrologia do HUOL, em especial a Salete, Francisca, Dr. José Bruno, Dr. Rivaldo, Dr. Tomás, Dr. Rodrigo e Dra. Kellen pelo carinho e incentivo na realização desse estudo.

A todos os docentes pelo amor e dedicação em busca do crescimento da Enfermagem.

Aos funcionários da Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem, pelo apoio durante o desenvolvimento do curso de mestrado.

Aos professores Dr. Gilson de Vasconcelos Torres, Dra. Raimunda Medeiros Germano e Dr. Francisco Arnoldo Nunes de Miranda, pelas valiosas sugestões por ocasião da qualificação do projeto de pesquisa.

As colegas de mestrado pela oportunidade de crescermos juntas e dividirmos ansiedades, sonhos e realizações.

As colegas de trabalho o meu mais sincero agradecimento, pelas trocas de plantões, incentivo e companheirismo. Especialmente a Cléia Viana, Neuma, Benádia Medeiros, Ednilza, Monaci, Edilma e Adrina.

A Rodrigo Dantas, Daniele Vieira, Cristiane Ramos, Celina Yukiko, Izaura Freire e Juliana Jales, pelo apoio em todas as horas, carinho e incentivo.

As alunas da iniciação científica que participaram da coleta de dados: Marília Karine Medeiros de Araújo e Candice Abdon Miranda.

A Hélio Takahashi Maciel de Farias, pela valiosa ajuda na realização do Abstract.

Ao estatístico Kleber Farias Júnior, pela orientação estatística.

MENDONÇA, Ana Elza Oliveira de. **QUALIDADE DE VIDA MEDIDA PELO “WHOQOL-bref”**: estudo comparativo de pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal. Dissertação (Mestrado). 156p. Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, 2006.

RESUMO

Estudo exploratório descritivo, prospectivo com abordagem quantitativa, realizado no ambulatório de nefrologia do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) Natal/RN, com vistas a identificar, entre pacientes transplantados e em hemodiálise, aspectos que digam respeito a sua Qualidade de Vida (QV) medida pelo WHOQOL-bref e descrever os aspectos que diferenciam a QV entre os dois grupos, medida pelo mesmo instrumento. A população foi de 62 pacientes renais em hemodiálise e 58 transplantados, com dados coletados de fevereiro a março de 2006. Utilizamos o instrumento WHOQOL-bref, traduzido e validado para o português pelo grupo multicêntrico da Organização Mundial de Saúde (OMS) no Brasil. Os resultados mostram que houve predominância do sexo masculino tanto no grupo pós-transplante (55,17%) quanto no grupo em hemodiálise (51,61%); prevaleceu a faixa etária de 28 a 43 anos, sendo 53,45% de transplantados e 48,99% de indivíduos em hemodiálise; 79,03% dos pacientes em hemodiálise e 62,07% dos transplantados eram procedentes do interior do Estado; na população em hemodiálise 59,68% eram casados, enquanto que entre os transplantados 48,28% eram solteiros; 58,06% dos pacientes em hemodiálise possuíam de 01 a 03 filhos, enquanto a maioria dos transplantados, 44,83%, não possuía filhos; quanto ao nível de escolaridade nos dois grupos, houve predominância do ensino fundamental incompleto, representando 62,9% dos pacientes em hemodiálise e 46,6% dos transplantados; quanto ao status de trabalho, 98,39% daqueles em hemodiálise informaram não estar trabalhando e o mesmo ocorreu com os transplantados, com 75,86%; quanto ao tempo de tratamento, a maioria dos pacientes das duas populações ficou no intervalo entre 01 a 04 anos, sendo 62,90% dos pacientes em hemodiálise e 53,45% dos transplantados. A análise da confiabilidade do WHOQOL-bref pelo coeficiente Alfa de Cronbach teve valor de 0,8816, demonstrando uma boa consistência interna do instrumento. Quanto à descrição dos dados de QV, os escores médios do grupo pós-transplante foram (Q-1) 18,14 e (Q-2) 18,69, e 12,39 (Q-1) e 11,29 (Q-2) para o grupo em hemodiálise. Quanto aos aspectos que diferenciam a QV dos dois grupos observadas por meio dos escores médios dos Domínios: Físico, 15,91 para o grupo pós-transplante e 12,71 para o grupo em hemodiálise; Psicológico, 16,75 para o grupo pós-transplante e 14,84 para o grupo em hemodiálise; Relações Sociais, 17,79 no grupo pós-transplante e 16,58 no grupo em hemodiálise; Meio Ambiente, 14,16 no grupo pós-transplante e 12,38 no grupo em hemodiálise. Em todos os itens avaliados, o grupo pós-transplante obteve escores maiores quando comparado ao grupo em hemodiálise. A diferença na QV das duas populações estudadas foi significativa em todos os itens avaliados com um $p < 0,005$.

Palavras Chaves: Qualidade de Vida, Transplante Renal, Hemodiálise, Enfermagem.

MENDONÇA, Ana Elza Oliveira de. **QUALITY OF LIFE MEASURED BY WHOQOL-bref**: comparative study on hemodialysis and post-renal transplant patients. Dissertação (Mestrado). 156p. Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, 2006.

ABSTRACT

Exploratory descriptive study, prospective with quantitative approach, performed in the nephrology outpatient service from the Onofre Lopes University Hospital (HUOL), Natal/RN, aiming to identify aspects that concern Quality of Life (QOL) on transplanted and hemodialysis patients, as measured by WHOQOL-bref and describe the aspects that differentiate QL between the two groups as measured by the same instrument. The population was of 62 renal patients in hemodialysis and 58 transplanted, with data collected from february to march 2006. The instrument used was WHOQOL-bref, translated to and validated for Portuguese by the multicentric group of the World Health Organization (WHO) in Brazil. The results show predominance of the masculine gender both in the post-transplant group (55,17%), as well as in the hemodialysis group (51,61%); the age strip of 28 to 43 prevailed, among which were 53,45% transplanted and 48,99% hemodialysis patients; 79,93% of the hemodialysis patients and 62,07% of the transplanted were provenient from outside the capital of the state; from the hemodialysis population, 59,68% were married, while among the transplanted 48,28% were single; 58,06% of the hemodialysis patients had 1 to 3 children, while the majority of the transplanted, 44,83%, had no children; regarding scholarity level on both groups, there was a predominance of incomplete fundamental school, representing 62,9% of the hemodialysis patients and 46,6% of the transplanted; regarding work status, 98,39% of those in hemodialysis informed not to be working, and the same applied to the transplanted, with 75,86%; regarding treatment time, most patients of both populations were in the 1- to 4-year interval, of which were 62,9% of the hemodialysis patients and 53,45% of the transplanted. The analysis of WHOQOL-bref reliability through Crobach's Alpha coefficient had a value of 0,8816, demonstrating good internal consistency for the instrument. Regarding description of QOL tests, the average scores of the post-transplant were (Q-1) 18,14 e (Q-2) 18,69, and 12,3 (Q-1) and 11,29 (Q-2) for the group in hemodialysis. Regarding the aspects that differentiate QOL on the two groups observed through average scores from the Domains: Physical, 15,91 for the post-transplant group and 12,71 for the hemodialysis group; Psychological, 16,75 for the post-transplant group and 14,84 for the hemodialysis group; Social Relations, 17,79 on the post-transplant group and 16,58 on the hemodialysis group; Environment, 14,16 on the post-transplant group and 12,38 on the hemodialysis group. On every evaluated item, the post-transplant group achieved higher scores when compared to the hemodialysis group. The diference in QOL for both populations was significant on all items evaluated with a $p < 0,005$.

Keywords: Quality of Life, Renal Transplant, Hemodialysis, Nursing.

SUMÁRIO

	LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	
	LISTA DE GRÁFICOS.....	
	LISTA DE QUADROS.....	
	LISTA DE TABELAS.....	
	LISTA DE ANEXOS.....	
	RESUMO.....	
	ABSTRACT.....	
1	INTRODUÇÃO.....	19
2	OBJETIVOS.....	30
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	31
3.1	ANATOMIA E FISIOLOGIA RENAL.....	31
3.1.1	Fisiopatologia da Insuficiência Renal Aguda e Crônica.....	33
3.2	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA RENAL.....	37
3.2.1	O Tratamento Hemodialítico, Diálise Peritoneal e Suas Implicações.....	41
3.3	O TRANSPLANTE RENAL: aspectos históricos e gerais.....	44
3.4	A QUALIDADE DE VIDA RENAL CRÔNICO.....	53
4	METODOLOGIA.....	62
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	62
4.2	LOCAL DE ESTUDO.....	63
4.3	POPULAÇÃO.....	64
4.4	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	65
4.4.1	Variável de Caracterização.....	65
4.4.2	Variável Dependente.....	65
4.4.3	Variáveis Independentes.....	66

4.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	67
4.6	PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS.....	68
4.7	PROCESSAMENTO DOS DADOS.....	70
4.8	TRATAMENTO ESTATÍSTICO.....	70
4.8.1	Procedimentos para avaliação da QV.....	75
4.8.2	Avaliação de Confiabilidade.....	77
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	79
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES EM HEMODIÁLISE E PÓS-TRANSPLANTE RENAL NO AMBULATÓRIO DE NEFROLOGIA DO HUOL.....	77
5.2	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES EM HEMODIÁLISE E PÓS-TRANSPLANTE RENAL NO AMBULATÓRIO DE NEFROLOGIA DO HUOL MEDIDOS PELO WHOQOL-BREF.....	94
5.2.1	DADOS REFERÊNTES ÀS QUESTÕES GERAIS.....	94
5.2.2	APRESENTAÇÃO DOS DADOS REFERÊNTES AOS QUATRO DOMÍNIOS: FÍSICO, PSICOLÓGICO, RELAÇÕES SOCIAIS E MEIO AMBIENTE.....	97
6	CONCLUSÃO.....	121
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	125
8	REFERÊNCIAS.....	128
9	GLOSÁRIO.....	141
	ANEXOS.....	144

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABTO	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS
ANVISA	AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
CAPD	DIÁLISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTÍNUA
CBCD	CENTRO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS
CCPD	DIÁLISE PERITONEAL CONTÍNUA POR CICLADORA
ESDR	DOENÇA RENAL EM ESTÁGIO FINAL
DP	DIÁLISE PERITONEAL
FAV	FÍSTULA ARTERIOVENOSA
FSP	FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
HD	HEMODIÁLISE
HLA	ANTÍGENO LEUCOCITÁRIO HUMANO
IR	INSUFICIÊNCIA RENAL
IRA	INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA
IRC	INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
MTE	MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
PVC	PRESSÃO VENOSA CENTRAL
QV	QUALIDADE DE VIDA
QVRS	QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE
RBT	REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES
SBN	SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

TRS	TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA
TXR	TRANSPLANTE RENAL
USP	UNIVERSIDADE SÃO PAULO
INSS	INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01	Distribuição dos pacientes em hemodiálise segundo sexo – HUOL-NATAL/RN, 2006.....	80
GRÁFICO 02	Distribuição dos pacientes pós-transplante renal segundo sexo - HUOL-NATAL/RN, 2006.....	80
GRÁFICO 03	Distribuição dos pacientes em hemodiálise segundo faixa etária – HUOL-NATAL/RN, 2006.....	82
GRÁFICO 04	Distribuição dos pacientes pós-transplante renal segundo faixa etária – HUOL-NATAL/RN, 2006.....	82
GRÁFICO 05	Distribuição dos pacientes em hemodiálise segundo procedência – HUOL-NATAL/RN, 2006.....	83
GRÁFICO 06	Distribuição dos pacientes em pós-transplante renal segundo procedência – HUOL-NATAL/RN, 2006.....	83
GRÁFICO 07	Distribuição dos pacientes em hemodiálise segundo a prole – HUOL-NATAL/RN, 2006.....	85
GRÁFICO 08	Distribuição dos pacientes pós-transplante segundo a prole – HUOL-NATAL/RN, 2006.....	85

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01	Distribuição dos pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal segundo a sua avaliação da qualidade de vida – HUOL/NATAL-RN, 2006.....	95
QUADRO 02	Distribuição dos pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal quanto ao nível de satisfação com seu estado de saúde – HUOL/NATAL-RN, 2006.....	96
QUADRO 03	Apresentação das respostas dos pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal em número e percentual às questões que compõe o Domínio Físico – HUOL/NATAL-RN, 2006.....	98
QUADRO 04	Apresentação das respostas dos pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal em número e percentual às questões que compõe o Domínio Psicológico – HUOL/NATAL-RN, 2006.....	103
QUADRO 05	Apresentação das respostas dos pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal às questões que compõe o Domínio das Relações Sociais – HUOL/NATAL-RN, 2006.....	107
QUADRO 06	Apresentação das respostas dos pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal em número e percentual às questões que compõe o Domínio Meio Ambiente – HUOL/NATAL-RN, 2006...	111
QUADRO 07	Apresentação dos escores médios, nas escalas de 4 a 20, e de 0 a 100, e os desvios-padrão obtidos para os Domínios – HUOL/NATAL-RN, 2006.....	115

LISTA DE TABELAS

TABELA 01	Escores obtidos na Questão Geral 01 – “Quão satisfeito você esta com a sua qualidade de vida?” do WHOQOL-bref para os dois grupos de pacientes – HUOL-NATAL/RN, 2006.....	73
TABELA 02	Escores obtidos na Questão Geral 02 – “Quão satisfeito você esta com a sua saúde?” do WHOQOL-bref para os dois grupos de pacientes – HUOL-NATAL/RN, 2006.....	73
TABELA 03	Escores obtidos no Domínio 01 – Físico do WHOQOL-bref para os dois grupos de pacientes – HUOL-NATAL/RN, 2006.....	74
TABELA 04	Escores obtidos no Domínio 02 – Psicológico do WHOQOL-bref para os dois grupos de pacientes – HUOL-NATAL/RN, 2006.....	74
TABELA 05	Escores obtidos no Domínio 03 – Relações Sociais do WHOQOL-bref para os dois grupos de pacientes – HUOL-NATAL/RN, 2006.	74
TABELA 06	Escores obtidos no Domínio 04 – Meio Ambiente do WHOQOL-bref para os dois grupos de pacientes – HUOL-NATAL/RN, 2006.	75
TABELA 07	Valores do Coeficiente de Fidedignidade Alfa e Cronbach por componentes dos Domínios do whoqol-bref.- HUOL-NATAL/RN, 2006.....	77
TABELA 08	Distribuição dos pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal segundo estado civil. HUOL-NATAL/RN.....	84
TABELA 09	Distribuição dos pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal segundo nível de escolaridade e sexo. HUOL-NATAL/RN, 2006....	87
TABELA 10	Distribuição dos pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal segundo status de trabalho. HUOL-NATAL/RN, 2006.....	90

TABELA 11	Distribuição dos pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal segundo a renda familiar mensal. HUOL-NATAL/RN, 2006.....	91
TABELA 12	Distribuição dos pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal segundo o tempo de tratamento. HUOL-NATAL/RN, 2006.....	92

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A	Ofício ao Diretor Geral do HUOL-NATAL/RN.....	144
ANEXO B	Ofício a Diretora de Enfermagem do HUOL-NATAL/RN.....	145
ANEXO C	Diretoria da Nefron Clínica S/C Ltda.....	146
ANEXO D	Chefe de Enfermagem da Nefron Clínica – Ltda.....	147
ANEXO E	Comitê de Ética em Pesquisa	148
ANEXO F	Termo de consentimento livre e esclarecido.....	149
ANEXO G	Instrumento de coleta de dados: WHOQOL-bref.....	151
ANEXO H	Tabela 13 - Distribuição dos pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal segundo prole, estado civil e faixa etária – HUOL-NATAL/RN.....	154

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento técnico-científico tem possibilitado o diagnóstico precoce de várias doenças crônicas, como também o aperfeiçoamento das terapêuticas. Esse fato traz grandes benefícios no controle e evolução de várias patologias, proporcionando uma diminuição da mortalidade e conseqüentemente uma melhoria na qualidade de vida da população. Esse avanço é retratado nos renais crônicos quando a complexidade da doença, o tratamento, o uso e o acesso às tecnologias influenciam sobremaneira na trajetória dessa doença (IANHEZ, 1994).

No Brasil, até 1980, a maioria dos portadores de Insuficiência Renal Crônica (IRC) falecia antes mesmo de iniciar diálise ou durante o procedimento. Poucos tinham a oportunidade de se submeter a um transplante (IANHEZ, 1994). Este fato ainda está presente nos dias atuais, pois apenas 33% dos pacientes com IRC, no Brasil, recebem tratamento adequado. Conforme dossiê sobre a realidade da doença, no país, divulgado em setembro de 2000, pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), a ausência de diagnóstico e tratamento em tempo hábil representa a morte de aproximadamente 50% dos pacientes sem diagnóstico (ZATZ, 2003).

Constatamos, porém, que a Insuficiência Renal (IR) constitui causa significativa de morbimortalidade e é, sem dúvida, questão peculiar de Saúde Pública. Essa patologia acontece quando os rins perdem a capacidade de filtrar os líquidos do sangue e a manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico, permitindo o acúmulo de substâncias químicas resultantes do metabolismo celular (BARROS; THOMÉ, 1999; FERMI, 2003).

A IR pode ser aguda e crônica; quando aguda (IRA) ocorre subitamente e dependendo da etiologia pode ser reversível. A crônica (IRC) tem desenvolvimento lento e progressivo e, muitas vezes, assintomático no início da doença, devido aos mecanismos de adaptação do

nosso corpo e também ao fato dos rins terem capacidade funcional vastamente superior ao mínimo necessário (ZATZ, 2003).

A IRC torna-se algo desagradável e de difícil aceitação, impondo limitações e desestruturação na vida do paciente e sua família. Esse processo depende da complexidade e gravidade da doença, e dos mecanismos de enfrentamento disponíveis para satisfazer suas necessidades e readquirir o equilíbrio (BARROS; THOMÉ, 1999; FERMI, 2003).

O progresso diagnóstico e terapêutico tem possibilitado maior sobrevivência a essas vítimas. Porém, os tratamentos são indispensáveis e bastante onerosos para os cofres públicos, pois 5% do orçamento da saúde são gastos com 55 mil pacientes em diálise no país. Como resultado desses avanços pelos quais a nefrologia tem passado nestes últimos anos, os pacientes podem dispor de três modalidades terapêuticas para manutenção da vida: diálise peritoneal, hemodiálise e transplante renal (PACHECO-SILVA, 2004).

Conforme estudos recentes realizados pela SBN, aproximadamente 25 mil pessoas começam a fazer diálise por ano. Destas, somente 15% chegam a um transplante renal no Brasil, sendo as doenças renais responsáveis por 15 mil mortes por ano (PACHECO-SILVA, 2004).

Thomé et al. (1999) ressaltam que os tratamentos disponíveis para IRC substituem parcialmente a função renal, aliviam os sintomas que surgem em consequência da doença e prolongam a vida, mas nenhum deles é curativo.

Dentre os tratamentos utilizados para minimizar a gravidade dos problemas advindos da IR, destacamos a diálise peritoneal e a hemodiálise como terapias de suporte, e o transplante renal. Para atender a demanda desses pacientes que necessitam desses procedimentos, o último censo realizado nos centros de diálise do Brasil em 2005 revelou que, no Rio Grande do Norte (RN), existiam 05 centros que prestavam assistência a 685

pacientes renais crônicos, dos quais 658 faziam hemodiálise, e 27 diálise peritoneal, (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2005).

Hoje, o transplante de órgãos sólidos representa a melhor opção terapêutica, considerando custos e melhoria na qualidade de vida (QV) do paciente. Por esta razão, Riela e Pecoits-Filho (2003); Salomão Filho et al. (2004) dizem que o transplante renal bem sucedido é o tratamento mais adequado para a IRC, tanto do ponto de vista médico, quanto social e econômico.

Juntando-se o uso contínuo dos novos imunossupressores e o crescente número de cirurgias realizadas, o manuseio clínico desse paciente passou a ser a etapa mais importante para se garantir a sobrevida em longo prazo dos órgãos transplantados. Mesmo assim, complicações crônicas tendem a ser freqüentes, com implicações sérias como a perda ou disfunção do órgão transplantado em cerca de 40% a 70%, mesmo na sobrevida do paciente (VERONESE et al., 1999; CÂMARA; PACHECO-SILVA, 2004).

A magnitude do problema dos renais crônicos e a importância atribuída a este tipo de transplante, para o paciente, sua família e, conseqüentemente, para a sociedade, são de grande significância. Devemos, entretanto, apreender como esta modalidade terapêutica pode afetar a qualidade de suas vidas. Nessa perspectiva, os profissionais de enfermagem devem identificar as áreas de intervenção e planejamento das suas ações e, dessa forma, desenvolver atividades educativas que visem aperfeiçoar os cuidados e contribuir para a melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

Dentro desse enfoque, ressaltamos que o fato de sobreviver, às vezes por longos períodos, não significa "viver bem". Esse problema tão comum nos nossos dias nos vem impulsionando a buscar respostas para nossas dúvidas acerca de vários avanços tecnológicos, onde o fato de simplesmente manter o paciente vivo já sana a responsabilidade do profissional no processo saúde/doença.

Sobre essa temática, Duarte; Salviano e Gresta (2004) afirmam que as implicações psicológicas e emocionais da doença crônica, e mais recentemente do transplante, vieram enfatizar a importância da capacitação e da qualificação dos enfermeiros que atuam nessa área. Não podemos pensar só em aumentar a longevidade, mas, também, em dar melhor qualidade e esperança a essa vida.

Baseados na importância atribuída aos tratamentos utilizados para os pacientes com IRC e sua QV, como profissionais de saúde, que direta ou indiretamente participamos na assistência dos portadores de IRC, devemos ter como meta permanente manter a sua QV.

Em relação à participação da enfermagem nesta abordagem, Cesarino; Casagrande (1998) afirmam que o enfermeiro deve ter o conhecimento dos aspectos que permeiam os sentimentos e necessidades dos pacientes, para sua atividade educativa, e não ser um mero repetidor de informações frias. Devemos estar sensíveis e atentos para escolher o momento certo de atuar, buscando ouvir os anseios do paciente, e adequando os termos utilizados ao seu nível de entendimento.

Em nossa experiência profissional, atuando há quase seis anos com renais, tanto em hemodiálise como pós-transplante renal, e seus familiares nos fez refletir sobre os seus problemas e que muitos deles não conhecem sequer os reais benefícios do transplante, suas complicações e, principalmente, se haverá melhoria na qualidade de vida após o procedimento. Vivenciamos também a luta constante para vencer as dificuldades e desafios contínuos, na tentativa de adaptar-se à realidade da doença crônica e do tratamento, que requer disciplina e comprometimento da parte de todos.

Dentro desta perspectiva, Duarte et al. (2003) reforçam que o trabalho do enfermeiro deve ser direcionado para a prevenção de complicações, na intervenção de uma recuperação integral e na qualidade de vida do paciente em hemodiálise e transplantado renal.

Buscando o significado do ser doente renal, Barbosa (1993) afirma que esses pacientes vivenciam limitações com o tratamento, com um pensar na morte, e com a expectativa de submeter-se ao transplante renal.

Saes (1999) concorda com esse pensamento e acrescenta que é função expressiva do enfermeiro ajudar ao paciente na manutenção do equilíbrio, da motivação e o apoio na tentativa de unir a experiência da enfermidade e do tratamento, criando situações que reduzam a tensão, auxiliando-o na adaptação ao processo saúde-doença. Cabe, ainda, a este profissional identificar problemas, definir necessidades e planejar assistência adequada.

Baseados nesse compromisso é que a busca pela qualidade na prestação de serviços à saúde é uma necessidade técnica e social, e a avaliação da QV deve ser utilizada como indicador no acompanhamento da assistência prestada (CARVALHO et al., 2004).

Por todas estas razões é que os profissionais de saúde precisam criar estratégias de enfrentamento junto aos pacientes vítimas de IR e familiares, pois a percepção de qualidade de vida está intrinsecamente vinculada à percepção que cada sujeito tem de processo saúde/doença.

Sobre as estratégias de enfrentamento que devem ser criadas ao assistir esses pacientes, Folkman e Lazarus (1984), apud Ramos-Cerqueira e Crepaldi (2000. p. 9) as definem como sendo “esforços cognitivos e comportamentais, que mudam constantemente, usados para enfrentar exigências externas ou internas específicas, que ameaçam ou ultrapassam os recursos emocionais do indivíduo”.

Esse tipo de abordagem tem influência significativa no modo como os pacientes vivenciarão suas limitações nas atividades de vida diária. As estratégias racionais, como a de conhecer mais sobre a doença e seguir uma meta, têm-se mostrado mais eficazes, na garantia de uma percepção mais positiva da QV, quando comparadas com as estratégias evitativas, isto

é, negar a doença, agir como se ela não existisse, e as emocionais, onde o sujeito se culpa, e culpa outras pessoas (RAMOS-CERQUEIRA; CREPALDI, 2000).

Gualda (1998) nos remete ao importante papel do enfermeiro no aproveitamento e canalização do sofrimento provocado pelo tratamento e suas restrições para o enfrentamento dos desafios impostos pela doença e medidas de suporte que favoreçam a capacitação para o autocuidado. A comunicação, diz a autora, é elemento essencial no processo de relacionamento interpessoal, entre profissional/família/paciente.

A QV, na visão do paciente em hemodiálise e pós-transplante renal, é da maior importância para nortear a avaliação e intervenção do enfermeiro (SAMPAIO, 2000). Reforçando esse pensamento, Santos (2005a*) afirma que a percepção da QV dos indivíduos pode despertar a atenção para aspectos problemáticos do seu cotidiano, que vão auxiliar a equipe de saúde na definição de intervenções prioritárias. Por isso, devemos buscar conhecimentos que nos permitam fundamentar com mais objetividade o desenvolvimento de práticas, traduzidas numa melhoria do desempenho profissional e, conseqüentemente, dos cuidados de enfermagem aos pacientes renais.

Ressaltamos, ainda, que, na busca por uma assistência de qualidade na enfermagem, devemos ter como base um relacionamento de confiança através do diálogo, onde a comunicação deve acontecer pelo uso de uma linguagem acessível ao nível de entendimento do paciente e seus familiares, levando em consideração suas opiniões, sentimentos e necessidades.

A nossa experiência de lidar com esses pacientes nos despertou para a reflexão de que, devemos estar aptos a acompanhar o paciente durante todo processo de sua doença com uma visão holística. Compreendemos que os procedimentos dialíticos, e o pós-transplante trazem ansiedade e limitações originárias tanto da diálise como da operação cirúrgica, acrescida do

* SANTOS, P. R. Correlação entre marcadores laboratoriais e nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 27, n. 2, p.70-75, jun. 2005a.

uso continuado de drogas imunossupressoras, e dos exames laboratoriais. Por estas razões devemos buscar incessantemente promover um cuidado integral baseado no Domínio técnico e da sistematização das ações de enfermagem, exercendo nosso papel de educador, e, assim, prevenindo o agravo da doença e suas complicações.

Com o compromisso de co-responsabilidade na melhoria terapêutica do renal crônico junto aos demais profissionais da saúde e na busca de atingir um outro patamar nesse processo, é que me propus realizar essa pesquisa, objetivando conhecer a QV das vítimas de IR, tanto em hemodiálise como no pós-transplante.

Considerando a importância dos procedimentos para manter a vida e conseqüentemente a QV, este tema vem assumindo importância, sob vários aspectos, nos últimos anos, particularmente no que diz respeito a sua avaliação e mensuração, quer individual ou coletivamente da população doente ou saudável (LAURENTI, 2003). No Brasil, esse assunto passou a ter significado nas pesquisas da área de saúde na última década, precisamente a partir de 1992 (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003).

Porém, para estudar essa temática, é importante compreender que a QV possui aspectos múltiplos relacionados à saúde em várias perspectivas. Nessa avaliação devemos incluir o funcionamento físico, psicológico, social e bem-estar total, levando em consideração o estado de saúde subjetivo dos pacientes.

Nessa perspectiva, Fiebiger; Mitterbauer e Oberbauer (2005) ressaltam que a QV relacionada à saúde está sendo cada vez mais reconhecida como uma medida importante de avaliação do sucesso dos transplantes de órgãos, associadas às melhorias quantitativas na sobrevivência do paciente e do órgão transplantado.

Minayo; Hartz e Buss (2000) alertam para a importância em observar que a concepção de QV é composta por valores não materiais como: amor, liberdade, solidariedade, inserção social, realização pessoal e felicidade. No patamar material estão as necessidades mais

elementares da vida humana, como alimentação, água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer, elementos materiais estes que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva.

No que concerne à saúde, acrescentam os autores, as noções se unem em uma resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece para si (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Vários pesquisadores, preocupados em conhecer a QV em diferentes segmentos da sociedade e áreas do saber, desenvolveram instrumentos que pudessem medir essa variável em vários países; porém poucos foram traduzidos, validados e adaptados culturalmente para a Língua Portuguesa (CICONELLI, 1997; FLEK et al., 2000; LAURENTI, 2003; CICONELLI, 2003; DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003; DUARTE et al., 2003; CARVALHO, 2004; COSTA, 2004; DANTAS; GÓIS; SILVA, 2005).

Dentre os instrumentos que tivemos acesso, alguns são genéricos e outros específicos, em relação ao campo de aplicação. Genéricos são os questionários de base populacional sem especificar patologias, e os específicos estão relacionados ao cotidiano dos indivíduos, subsequente à experiência de doenças, agravos ou intervenções médicas.

Para Ciconelli (2003), os instrumentos podem ser específicos para uma determinada função, população e ou alteração, e, por serem sensíveis, possuem uma capacidade de detectar alterações após intervenções, podendo ser ou não associados a outros instrumentos concomitantemente.

Neste sentido, Velarde-Jurado; Ávila-figueroa (2002) relatam a existência de 31 instrumentos genéricos de avaliação de QV e 50 específicos para população adulta com alguma patologia, construídos principalmente em Língua Inglesa.

Entre os instrumentos genéricos de avaliação de QV disponíveis na literatura consultada, destacamos o “Medical Outcomes Studies 36-item Short Form - MOS SF-36 e 12-

item MOS SF-12”, “Perfil de Saúde de Nottingham – PSN”, “World Health Organization Quality of Life - WHOQOL 100 e versão abreviada WHOQOL-bref”, “Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers”, “Índice de qualidade de vida - QLI-Sp, “Escala de Qualidade de Vida – EQV de Flanagan” (LIMA et al., 2002; VELARDE-JURADO; ÁVILA-FIGUEROA, 2002; CICONELLI, 2003, DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003; BULACIO et al. 2004; DANTAS; GÓIS; SILVA, 2005; SANTOS, 2005a*).

Quanto à especificidade desses questionários, Minayo; Hartz e Buss (2000, p. 09) falam que “vários instrumentos incluem indicadores para aspectos subjetivos da convivência com doenças e lesões, como sentimentos de culpa, que trazem conseqüências negativas sobre a percepção da qualidade de vida por parte de indivíduos acometidos e suas famílias”.

Dentre os específicos destacamos o “The Medial Outcomes Study HIV Health Survey – MOS – HIV”, “The Chronic Respiratory Disease Questionnaire – AQLQ”, para a população de pacientes renais crônicos em programa dialítico é o “Kidney Disease Quality of Life Questionnaire – KDQOL” (LIMA et al., 2002; VELARDE-JURADO; ÁVILA-FIGUEROA, 2002; CICONELLI, 2003, DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003; BULACIO et al. 2004; DANTAS; GÓIS; SILVA, 2005; SANTOS, 2005a*).

Porém, para medir a QV, devemos estar certos do que queremos ou precisamos conhecer a respeito dessa temática. Embora não haja consenso a respeito do conceito de QV, alguns aspectos devem ser levados em consideração na elaboração desse construto, de acordo com as diversas culturas, incluindo a subjetividade, multidimensionalidade, presença de dimensões positivas e negativas (FLEK et al. 1999).

Portanto, ao avaliar a QV devemos nos basear na percepção do indivíduo sobre o seu estado de saúde, englobando aspectos gerais da vida e do bem-estar, isto é, experiências

* SANTOS, P. R. Correlação entre marcadores laboratoriais e nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 27, n. 2, p.70-75, jun. 2005a.

subjetivas, influenciadas também pelo contexto cultural em que está inserido (CICONELLI, 2003).

Ainda relacionado aos instrumentos que medem a QV, Santos (2005b*) acrescenta que as pesquisas com foco neste objeto de estudo devem avaliar, além da morbidade clínica, aspectos fundamentais como as atividades de vida diárias dos pacientes e a satisfação de viver.

Para estudarmos QV nessa pesquisa, adotamos o conceito da OMS, que define QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1995, p. 1403).

Baseada no pressuposto de que o transplante renal melhora a QV dos pacientes com IRC, quando comparada àqueles em hemodiálise, questionamos: o transplante renal melhora a QV dos renais crônicos? Quais os aspectos indicados como relevantes pelos pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal sobre suas qualidades de vida, medidos pelo WHOQOL-bref? Existe diferença entre a QV dos pacientes em hemodiálise e naqueles submetidos ao transplante renal medido por este instrumento?

A partir dessas questões, elaboramos os seguintes objetivos: identificar entre pacientes transplantados renais e em hemodiálise aspectos que digam respeito a sua qualidade de vida medida pelo WHOQOL-bref e descrever os aspectos que diferenciam a qualidade de vida dos pacientes renais transplantados em relação àqueles em hemodiálise, medidas pelo mesmo instrumento.

Ao realizarmos essa pesquisa, esperamos que os resultados venham subsidiar os profissionais que atuam junto aos pacientes renais, para que possam intervir positivamente nas complicações e seqüelas com as quais irão conviver para o resto da vida, pois buscar meios

* SANTOS, P. R. Associação de qualidade de vida com hospitalização e óbito em pacientes portadores de doença renal crônica em hemodiálise. **J. Bras. Nefrol.** 2005b; v. 27, n. 4, p.184-190.

para auxiliar na qualidade dos cuidados prestados à comunidade é uma necessidade técnica e social almejada por todas as áreas da saúde.

Especificando, aqui, o nosso objeto de estudo, que é a qualidade de vida do paciente em hemodiálise e pós-transplante renal, é mister que nos aprimoremos em nossas abordagens técnico-científicas, incluindo uma comunicação efetiva com o paciente e seus familiares. Com isso, poderemos direta e indiretamente contribuir na assistência prestada à comunidade, diminuindo complicações evitáveis e, conseqüentemente, a QV da população como um todo, especialmente daqueles com agravo à saúde renal.

2 OBJETIVOS

Estudar os pacientes submetidos à hemodiálise e transplante renal com vistas a:

- Identificar entre pacientes transplantados renais e em hemodiálise aspectos que digam respeito a sua qualidade de vida medida pelo WHOQOL-bref.
- Descrever os aspectos que diferenciam a qualidade de vida dos pacientes renais transplantados em relação àqueles em hemodiálise, medida pelo mesmo instrumento.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Para melhor compreendermos o problema da Insuficiência Renal Aguda (IRA) e Insuficiência Renal Crônica (IRC), é importante fazermos considerações acerca de alguns pontos fundamentais.

Abordaremos, neste capítulo, a anatomia, fisiologia e fisiopatologia renal, as definições e características da IRA e IRC, diagnóstico e tratamento, a hemodiálise e seus benefícios, aspectos históricos e gerais do transplante, e a qualidade de vida do renal crônico.

3.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA RENAL

O sistema urinário é composto pelos rins, ureteres, bexiga urinária e uretra, destinados à eliminação da urina. Os rins, sendo órgãos pares, têm a forma de um grão de feijão, coloração marrom-avermelhada, situados no espaço retroperitoneal, à direita e esquerda da coluna vertebral, estando a parte superior ao nível da 12ª e inferior ao nível da 3ª vértebra dorsal, com o direito ocupando posição inferior ao esquerdo devido à presença do fígado. O rim esquerdo é um pouco mais longo e maior que o direito, pesando entre 115 e 170 gramas cada um e medindo de 11 a 13 cm de comprimento, 5 a 7,5 cm de altura e 2,5 a 3 cm de espessura, em adultos (RIELLA et al., 2003).

Esses órgãos apresentam duas faces: anterior e posterior; duas bordas: medial e lateral, extremidades superior e inferior e são envolvidos por uma cápsula fibrosa, como também de tecido adiposo perirenal constituindo a cápsula adiposa. Cada unidade contém um milhão ou mais de túbulos renais epiteliais chamados néfrons, que é a unidade funcional do rim. Na borda medial, temos o *hilo* contendo uma fissura vertical, e o pedículo renal, constituído por ureter, artéria e veia renal, vasos linfáticos e plexos nervosos; *seio renal*; é uma cavidade

central dos rins onde o hilo se expande; *pelve renal*, que está alojada no seio renal como uma extremidade dilatada do ureter.

O *ureter* é um tubo muscular de aproximadamente 25 a 30 cm de comprimento, que une o rim à bexiga. Partindo da pelve renal, a parte superior e dilatada, segue em trajeto descendente pela parte posterior do abdômen, penetrando na pelve e seguindo até a o óstio ureteral, onde se liga à bexiga urinária.

A *bexiga* é uma bolsa situada posteriormente à sínfise púbica, que funciona como reservatório temporário da urina. A *uretra* é o último segmento das vias urinárias, sendo um tubo mediano fibromuscular que estabelece a comunicação entre a bexiga e o exterior. A uretra masculina possui 20 cm de comprimento, e a feminina 04 cm.

Os rins recebem normalmente 20% a 25% do débito cardíaco, equivalendo a aproximadamente 650ml de sangue por minuto, onde 99% do conteúdo filtrado são reabsorvidos e apenas 1% se transforma em urina. O volume de urina excretado diariamente varia entre 1.000 e 2.000 ml, influenciado por vários fatores como a ingestão hídrica, a natureza da dieta, o grau de atividade física, a temperatura ambiente e corporal, a idade e a pressão sanguínea. Estados patológicos como hiperplasia prostática, atonia muscular da bexiga, nefrite, hipertermia, hemorragias e ingestão inadequada de líquidos podem afetar o volume e as características da urina (FERMI, 2003; DAUGIRDAS; STONE, 2003).

Conforme Seguro; Kudo; Helou (2003), a formação de urina resulta de três processos, que ocorrem no néfron, constituído pelo *glomérulo* que é composto de vasos sanguíneos capilares em forma de novelo, envolvidos por uma membrana delicada, e *segmentos tubulares* que possuem um túbulo proximal, alça de Henle, túbulos contornado distal, de conexão, e ducto coletor. O primeiro passo do processo é a *filtração glomerular*, seguido da *reabsorção tubular* e, por último, a *secreção tubular*.

A função básica do rim é filtrar o sangue e limpar o plasma sanguíneo de substâncias indesejáveis que são os produtos finais do metabolismo como a uréia, creatinina, ácido úrico e uratos, além de manter o equilíbrio hidroeletrólítico através da reabsorção e eliminação de água e eletrólitos com base nas necessidades orgânicas (SEGURO; KUDO; HELOU, 2003).

Este órgão também atua na produção de hormônios, como a eritropoietina que estimula a medula óssea na eritropoiese, isto é, na formação de glóbulos vermelhos do sangue, e na absorção do cálcio. A vitamina “D” é convertida primeiramente no fígado e, por último, pelos rins, em uma substância ativa denominada 25-hidroxicalciferol, responsável pela absorção de cálcio pelo nosso organismo. As alterações desse íon no organismo são extremamente danosas, pois a hipocalcemia, caracterizada por níveis de cálcio abaixo do normal, provocam contração dos músculos esqueléticos e morte. Na hipercalcemia, onde os níveis estão acima do normal, ocorre depressão do sistema nervoso evidenciada pela diminuição dos reflexos do sistema nervoso central (FERMI, 2003).

3.1.1 FISIOPATOLOGIA DA INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA E CRÔNICA

A insuficiência renal crônica apresenta diferentes formas de progressão, e o resultado final é o aparecimento de múltiplos sinais e sintomas que vão desde hálito urêmico, fraqueza muscular, edema, inapetência, convulsão, alterações do nível de consciência, podendo chegar ao coma, decorrentes da incapacidade do rim em manter a homeostasia interna (RIELLA; PECOITS-FILHO, 2003).

Conforme os mesmos autores, os estágios de progressão da insuficiência renal, de acordo com a redução da função de filtração do órgão, podem ser distribuídos em fases, onde num primeiro momento há uma redução de 25% da filtração glomerular, mas os néfrons remanescentes mantêm o organismo em equilíbrio; numa segunda fase, há a redução de

aproximadamente 75%, o rim torna-se incapaz de manter a homeostasia interna, ocorrendo anemia e moderada elevação da uréia plasmática; na terceira fase a função renal está abaixo de 20%, onde o paciente apresenta azotemia intensa, isto é, aumento da uréia no sangue, além de anemia, acidose metabólica, hiperfosfatemia, hipercalcemia e hiponatremia; a quarta fase, ou terminal, é caracterizada por sinais e sintomas de uremia, que inclui pericardite, hipervolemia não controlada, acidose grave, hipercalemia e distúrbios hemorrágicos, indicando a necessidade de uma terapia renal substitutiva (TRS), na forma de diálise ou transplante renal.

Sobre o risco das TRS, Galli et al. (2004) afirmam que, nos pacientes renais submetidos a essas terapias, é comum o aumento do débito cardíaco relacionado à sobrecarga da pressão arterial e do volume circulante, alterações do metabolismo oxidativo, aumento da atividade dos sistemas simpático e renina angiotensina entre outros, incorrendo no risco de hipertrofia do músculo cardíaco. Os autores reforçam que as alterações vasculares dos pacientes com insuficiência renal estão relacionadas à nefropatia propriamente dita, e também podem decorrer das associações com outros fatores e enfermidades como aterosclerose, diabetes, idade, raça negra, tempo transcorrido em TRS, uso de quelantes de fósforo e hipoalbuminemia, entre outros fatores.

No que diz respeito à insuficiência renal (IR), faremos algumas considerações sobre essa patologia.

A IR surge como consequência do mau funcionamento e ou perda da função renal, que é a manutenção do volume hídrico e composição iônica de líquidos orgânicos ou homeostasia interna, por meio da filtração do sangue. Essa patologia é caracterizada pelo acúmulo de resíduos nitrogenados no sangue como a uréia e creatinina (RIELLA; PECOITS-FILHO, 2003; MACIEL; SILVA, 2000).

Para Santos et al. (2003), a IR é uma síndrome complexa, abrangendo manifestações clínicas de todos os órgãos do corpo, e caracterizada pela azotemia e pela inabilidade dos rins em manter a homeostase hidroeletrolítica do organismo.

Pode ser classificada em insuficiência renal aguda (IRA) e crônica (IRC), de acordo com a etiologia e evolução clínica. Segundo Thomé et al. (1999), a definição de IRA é a rápida (espaço de tempo medido usualmente em horas e dias) deterioração da função renal com acúmulo de resíduos nitrogenados, enquanto IRC é definida como perda progressiva e geralmente irreversível da função renal de depuração, ou seja, capacidade de filtração.

Monteiro (1997, p.189) reafirma que “a IRA caracteriza-se pela perda abrupta da função renal, suficiente para elevar os níveis de escórias nitrogenadas”.

Soares et al. (2003) definem a IRC como uma síndrome clínica que ocorre após a perda superior a 50% da massa de néfrons do paciente, sendo progressiva e irreversível.

Concordando com os autores acima, Riella e Pecoits-Filho (2003) ressaltam que dentre as enfermidades que afetam o rim, há aquelas que comprometem a função renal rapidamente, e as que o fazem de maneira lenta e gradual, acarretando, como resultado final, múltiplos sinais e sintomas, que auxiliam no diagnóstico. Cabe, aqui, salientar que a progressão da doença renal ocorre de forma diversa e os sinais e sintomas variam de acordo com a severidade da disfunção renal, sendo mais difícil o diagnóstico na fase inicial, onde o organismo, através de mecanismos de regulação, consegue atenuar os sintomas, o que não é possível em fases mais tardias.

Zats (2003) afirma que, embora os rins exerçam papel indispensável à sobrevivência, sua capacidade é vastamente superior ao mínimo necessário, razão pela qual o indivíduo consegue manter-se em tratamento conservador usando medicações e dieta, antes de iniciar a diálise.

Nessa perspectiva, Thomé et al. (1999a^{*}) dizem que mesmo depois de suprimido o fator inicial da agressão renal, o processo de lesão continua, quando, então, é imperativo instituir os métodos de substituição renal como a diálise peritoneal, hemodiálise, transplante. Dentre as manifestações da IRC, são encontradas as anormalidades ácido-básicas evidenciadas por acidose metabólica, metabolismo anormal do potássio, cálcio, sódio e da água, anormalidades hematopoiéticas desencadeando anemia, e doenças cardiovasculares como a aterosclerose e síndrome urêmica caracterizada por alterações no sistema nervoso, cardiopulmonar e trato gastrintestinal.

Na IRA, dependendo da causa e tempo de permanência da agressão renal, existe um caráter de reversibilidade; porém quando a perda aguda da função renal é súbita, requer diálise durante a fase crítica, onde ocorre sobrecarga de líquidos, acidose metabólica e hiperpotassemia (ZAWADA JR, 2003).

Com base na fisiopatologia, a IRA é classificada em três categorias: a primeira, *pré-renal*, é definida como um aumento reversível da creatinina do soro, motivada por uma hipoperfusão do órgão. Na IRA *intra-renal*, ocorre lesão do próprio tecido renal, causada por hipoperfusão prolongada resultando em isquemia, dano tóxico ao néfron devido ao uso de drogas nefrotóxicas, patologias e processos inflamatórios dos rins. A IRA *pós-renal* é relativamente rara, ocasionada por obstrução do fluxo urinário, severa, prolongada e bilateral (MINDELL; CHERTOW, 1997; THOMÉ et al., 1999a^{*}).

* THOMÉ, F. S. et al. Insuficiência renal aguda. In: BARROS, E; MANFRO, R. C; THOMÉ, F. S; GONÇALVES, L. S. F. **Nefrologia:** rotinas, diagnóstico e tratamento. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 1999a. p. 391-403.

3.2 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA RENAL

Após descrevermos sobre a anatomia, fisiologia e fisiopatologia da IRA e IRC, abordaremos agora o diagnóstico e tratamento da IR.

O diagnóstico de IR é de fundamental importância para que o tratamento possa ser iniciado o mais rápido possível. Porém, quando a redução na função renal ocorre de forma lenta e progressiva, permite ao organismo desenvolver mecanismos de adaptação, o que não raro dificulta o diagnóstico precoce da IRC. Os sintomas dependem das doenças associadas, hábitos de vida e alimentares. Ao fazermos a avaliação clínica, sua fundamentação inicial é baseada em dados subjetivos fornecidos pelo paciente como alterações da micção, volume e cor da urina, associados a dor renal e edema, história clínica, exame físico e dados laboratoriais (ZATZ, 2003).

Na investigação da história pregressa, há o relato de história familiar de hipertensão, diabetes mellitus e doenças congênitas como nefrite hereditária (síndrome de Alport), rins policísticos, doenças auto-imunes como o lúpus eritematoso sistêmico e poliartrite (BARROS; THOMÉ, 1999).

O exame físico segue a sistemática que se aplica a qualquer paciente, porém os seguintes pontos são pertinentes de serem observados: hálito, pele, unhas, pressão arterial, fundo de olho e edema de papila. O exame dos rins através da palpação, ausculta e percussão e os exames laboratoriais como: urinálise, provas de função renal (clearance de creatinina e de uréia) são fundamentais para avaliar o índice de filtração glomerular e estabelecer a conduta mais adequada para o paciente (BARRETI, 2004).

A biópsia renal é considerada exame complementar no diagnóstico final da IR, além dos exames por imagem (VERONESE et al., 1999). Atualmente, existem diversos métodos de diagnóstico por imagem que auxiliam na caracterização das doenças renais, obtidos através do

realce de tecidos doentes e sadios. Inicialmente é realizada a radiografia, seguida pela ultrasonografia, urografia excretora, doppler, tomografia computadorizada, cintilografia e ressonância magnética (BARROS; THOMÉ, 1999).

Para fazer um diagnóstico diferencial entre IRA e IRC, é necessário, com base na anamnese, verificar as condições prévias de saúde do paciente. Relembramos que a IRA tem início súbito em indivíduos até então com função renal preservada, e assintomáticos, sendo relatada após exposição a um fator de agressão renal, como a hipoperfusão do órgão por diminuição do fluxo sanguíneo, infecção, exames com injeção de contraste e drogas nefrotóxicas, trombose e doenças vasculares renais, intoxicações endógenas e exógenas como a picada de animais peçonhentos, e obstruções das vias urinárias por coágulos, cálculos e acidentes que provoquem traumatismo intra-renal, de ureter e ou de uretra (THOMÉ et al. 1999a* ; MINDELL; CHERTOW, 1997; MONTEIRO, 1997).

Em relação a IRC, Maciel e Silva (2000) dizem que esta é caracterizada pela paralisação da função renal e é incurável. No entanto, naqueles pacientes que ainda possuem função renal superior a 10%, indica-se o tratamento conservador, baseado no uso de medicações e dieta específica. Para aqueles que possuem função renal menor que 5 a 10%, são indicadas as terapias renais substitutivas (TRS), como a hemodiálise ou diálise peritoneal e ou transplante renal. Porém, na grande maioria dos pacientes, é iniciado o tratamento dialítico antes de efetivar o transplante.

Quanto ao tratamento, cada um possui suas peculiaridades, e a escolha do melhor método é feita de acordo com base na filtração glomerular e nas condições clínicas do paciente. Barreti (2004, p. 48) afirma que “para a maior parte dos indivíduos e na ausência de contra-indicações, a escolha do método para TRS pode se basear na preferência do paciente”.

* THOMÉ, F. S. et al. Insuficiência Renal Aguda. In: BARROS, E; MANFRO, R. C; THOMÉ, F. S; GONÇALVES, L. S. F. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento.** 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 1999a. p. 391-403.

Barreti (2004) acrescenta que a necessidade de se instituir os métodos dialíticos está fundamentada nos sinais e sintomas de uremia. A terapia dialítica deve ser iniciada a partir da identificação das manifestações da síndrome urêmica como pericardite, hipervolemia refratária a diuréticos, hipertensão arterial refratária às drogas hipotensoras, sinais e sintomas de encefalopatia, sangramentos atribuíveis à uremia, náuseas e vômitos persistentes, acidose metabólica e hiperpotassemia não controladas.

Silva e Silva (2003) destacam o relevante papel do enfermeiro na avaliação periódica do nível de adaptação do paciente em relação a sua modalidade terapêutica, sobre os esclarecimentos em relação aos outros tipos de tratamento disponíveis, vantagens, desvantagens e probabilidades de mudança.

Quanto ao tratamento dialítico, Daugirdas e Stone (2003) afirmam que por meio de mecanismos de difusão e ultrafiltração ocorre a depuração sangüínea de resíduos tóxicos e excesso de fluidos, que pode ser realizada com membranas semipermeáveis naturais, na diálise peritoneal, ou membranas sintéticas interligadas a um sistema extra corpóreo, na hemodiálise.

Estudos realizados por Lugon; Strogoff e Warrak (2003) dizem que a aplicação clínica da hemodiálise teve início há mais de meio século. Nos primórdios, sua utilização era indicada em pacientes agudos, a fim de mantê-los vivos até o restabelecimento da função renal. Na década de 1960, difundiu-se como tratamento para a uremia crônica, mudando, então, o curso natural da doença, que até então era letal. Difundiu-se como método de substituição renal e se popularizou graças aos avanços tecnológicos e o aprimoramento não só de materiais e equipamentos, mas o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas de confecção de acessos vasculares permanentes. Hoje, as TRS garantem a manutenção da vida de mais de um milhão de pessoas em todo o mundo, na ausência de um órgão vital.

A incidência e prevalência da IRC aumentam progressivamente, e temos, hoje, no mundo, aproximadamente 1 milhão e 200 mil pessoas em tratamento dialítico. Em nosso país, há uma média de 25 mil novos casos por ano (SOCIEDADE BRASILEIRA NEFROLOGIA, 2006).

Os pacientes renais em TRS nos centros de diálise do Brasil, conforme senso de Janeiro de 2005, estão distribuídos de acordo com as modalidades dialíticas: 48.362 em hemodiálise e 5.949 em diálise peritoneal. Estima-se que apenas metade dos que precisam de diálise, no Brasil, tem acesso ao tratamento (SOCIEDADE BRASILEIRA NEFROLOGIA, 2006).

Existem, hoje, mais de 497 centros de diálise no Brasil, atendendo a uma população 54.311 mil pacientes. O Sistema Único de Saúde (SUS) financia 94% dos tratamentos dialíticos, e apenas 6% são custeados pelo setor privado. Os gastos neste setor estão na ordem de R\$ 1,4 bilhões, o que representa um ônus na Saúde Pública, não só pelas despesas do tratamento, mas pelo prejuízo na produtividade e significativa morbidade e mortalidade dessa população (SOCIEDADE BRASILEIRA NEFROLOGIA, 2003; SOCIEDADE BRASILEIRA NEFROLOGIA, 2006).

O Ministério da Saúde (MS) elaborou a Política Nacional de Atenção aos portadores de Doenças Renais, visando substituir o modelo existente baseado em procedimentos, voltando o foco de atenção para uma abordagem integral dos pacientes, com medidas de curto, médio e longo prazos, buscando modificar positivamente o perfil epidemiológico da IRC no Brasil. A Portaria RDC – 82, de 03 de janeiro de 2000, criou o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise e cadastramento dos pacientes junto ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2000b*).

* BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 82, de 03 Janeiro de 2000. Estabelece o Regulamento Técnico para o Funcionamento dos Serviços de Diálise. **Diário oficial da União**. Brasília, n. 27-E, 08 fev. 2000b. Seção 1. p. 13.

Toda essa fiscalização trouxe muitos benefícios, dentre os quais podemos citar: equipes profissionais devidamente capacitadas, controle e monitoramento através de exames não apenas do paciente, mas análise bacteriológica e físico-química da água utilizada, equipamentos mais seguros e com controles automatizados para proporcionar uma diálise eficiente e com menor número de intercorrências são estabelecidos na RDC – 154, de 15 de Junho de 2004 (BRASIL, 2004). Vale salientar que o sucesso da TRS depende da adesão do paciente, pois o comprometimento com a dieta, medicamentos e cuidados com a fístula arteriovenosa, e cateteres são fundamentais (SAMPAIO, 2000; DIAS, 2001).

3.2.1 O TRATAMENTO HEMODIALÍTICO, DIÁLISE PERITONEAL E SUAS IMPLICAÇÕES

Quando ocorre a falência renal, há necessidade de se instituir terapias dialíticas, que são hemodiálise e diálise peritoneal indispensáveis para manutenção da vida. O indivíduo em diálise fica sujeito aos riscos inerentes ao tratamento, que apesar dos avanços ainda têm elevados índices de mortalidade, principalmente em hemodiálise, onde, de acordo com estatísticas internacionais, de 15% a 25% morrem a cada ano (PACHECO-SILVA, 2004).

Para Fermi (2003), a *hemodiálise* (HD) é um tipo de tratamento dialítico, obtido através de circulação extracorpórea em máquinas apropriadas, onde se dá a filtração do sangue, por membranas semipermeáveis imersas em uma solução eletrolítica semelhante ao plasma sanguíneo, por um período de quatro horas em média três vezes por semana. Para realizá-la são necessárias: máquinas de proporção, filtro biocompatível ou dialisador, solução de hemodiálise e água que associadas e aquecidas formam o banho ou dialisato, uma via de acesso que pode ser provisório por meio de um cateter de duplo lúmen ou definitivo através da confecção de uma fístula arteriovenosa (FAV).

Lugon; Strogoff e Warrak (2003) acrescentam que esta modalidade terapêutica é capaz de proporcionar uma melhor QV, mais longevidade e uma frequência cada vez menor de

complicações, além de garantir estabilidade clínica do paciente, enquanto aguarda o transplante renal.

No entanto, Carvalho (2004) nos alerta para os riscos tardios decorrentes da hemodiálise, como a osteodistrofia óssea, que contribui para a calcificação extra-óssea, sendo a calcificação vascular um indicador altamente preditivo de mortalidade. Outras complicações podem advir desse processo como o hiperparatireoidismo, amiloidose e intoxicação alumínica secundários à doença óssea.

Com relação ao cateter de duplo lúmen, é utilizado como uma medida provisória e emergencial, e deverá ser instalado por profissional médico habilitado, em veia profunda com técnica asséptica e anestesia local. A veia jugular deve ser a de preferência, pois oferece menor risco de estenose venosa que a subclávia, podendo também ser implantado em veia femoral (SILVA; SILVA, 2003, BESERAB; RAJA, 2003).

A FAV, que é um acesso definitivo, consiste em anastomose subcutânea cirúrgica de uma artéria e uma veia. Preferencialmente, são utilizadas a artéria radial e a veia cefálica ao nível do antebraço ou braço (NEVES; CRUZ, 2002). Por ser a via de acesso mais adequada e duradoura para HD, é considerada como acesso definitivo e só deve ser confeccionada após confirmação do diagnóstico de IRC, de preferência em membro superior não dominante, para não limitar as atividades do paciente.

Porém, mesmo tendo maior durabilidade e segurança para a realização da hemodiálise, a FAV também oferece riscos ao paciente. Precocemente pode ocorrer a trombose e baixo fluxo, que podem ser corrigidas cirurgicamente, e como complicações tardias, estenose, isquemia distal, fracasso de maturação, edema de mão, pseudo-aneurisma e infecções (NEVES; CRUZ, 2002).

O tempo mínimo de maturação da fistula é de trinta dias, e o ideal varia de dois a seis meses, para que ocorra dilatação do ramo venoso e espessamento suficiente das paredes para

que possa suportar as repetidas inserções das agulhas calibrosas utilizadas no tratamento hemodialítico (FERMI, 2003).

Após esta primeira fase é iniciada a HD. A esse respeito, Neves e Cruz (2002) dizem que o êxito da realização de repetidas sessões desse tratamento depende de um bom acesso. Vale, aqui, salientar que todos os acessos têm um período de utilização e locais limitados.

Por estas razões, Neves e Cruz (2002) reforçam o importante papel do enfermeiro, que atua na área de nefrologia, em capacitar o paciente para o autocuidado com a FAV, fornecendo orientações, que incluem a troca do curativo, retirada dos pontos, e a execução de exercícios necessários para o desenvolvimento e maturação.

A Diálise Peritoneal (DP) é uma outra modalidade terapêutica usada no tratamento de pacientes renais, que consiste na infusão de 1 a 3 litros de uma solução salina contendo dextrose na cavidade peritoneal, através de um cateter, com um tempo de permanência mínima de 30 minutos e máxima de 6 horas. As toxinas, por meio de difusão e ultrafiltração, se movem dos vasos sangüíneos do peritônio para a solução dialítica, quando então é drenada, eliminando o excesso de água, toxinas e os produtos finais do metabolismo (FERMI, 2003).

Essa modalidade de diálise pode ser realizada a nível ambulatorial contínua (CAPD) ou assistida por cicladora (CCPD). Quando esse procedimento é realizado em pacientes com IRA, é utilizado cateter rígido, provisoriamente. Para que possa ocorrer continuamente, no caso dos pacientes com IRC, é necessário o implante cirúrgico de um cateter do tipo “Tenckhoff”, confeccionado com material flexível, biocompatível e pode ser implantado sob visão direta através de mini-laparotomia ou peritoneoscopia em cavidade abdominal. Porém, este tratamento requer treinamento do paciente ou familiar para que possam executá-lo em domicílio (CABALLERO; LIMONES, 1999).

Como parte desse treinamento, é necessário, inicialmente, que o enfermeiro faça uma visita à residência do paciente para avaliar as condições de saneamento básico e higiene. O

cômodo da casa destinado ao tratamento deverá ter uma pia para lavagem rigorosa das mãos, banheiro para drenagem da solução e laje ou forro de gesso no teto, e fornecimento de energia elétrica no caso de diálise assistida por cicladora (CABALLERO; LIMONES, 1999).

Essa modalidade de diálise está indicada em várias situações como nas cardiopatias graves, recém-nascidos ou crianças e em pacientes com difícil acesso vascular. Também é a opção para quem precisa de liberdade para viajar ou deseja realizar seu tratamento a nível domiciliar (ZAWADA JR, 2003).

De acordo com Silva e Silva, (2003), a Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD), além de possibilitar maior independência e liberdade ao cliente, o torna independente para o seu autocuidado.

Apesar dos riscos inerentes à diálise, devemos ressaltar a eficiência dos serviços brasileiros nessa área de atuação, pois a qualidade e segurança desse procedimento são considerados de alto nível. De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia, esses serviços são superiores a de muitos países ricos, além de ser homogênea ao longo do território nacional (PACHECO-SILVA, 2004).

Além da diálise peritoneal e a hemodiálise, o transplante renal é uma outra opção terapêutica para o renal crônico. Passaremos, a seguir, a falar sobre essa modalidade de tratamento.

3.3 O TRANSPLANTE RENAL: aspectos históricos e gerais

Um outro tipo de terapia renal substitutiva tida como a ideal no caso de pacientes com IRC é a implantação de um novo rim, o qual realizará as funções necessárias que não estavam sendo realizadas satisfatoriamente pelos rins antigos (SALOMÃO FILHO et al., 2004).

Quando falamos dessa terapia, estamos nos reportando ao transplante renal. A palavra transplante é derivada do latim *transplantare*, e significa arrancar de um lugar e plantar em outro. Na prática médica, corresponde à transferência de órgão ou tecido de uma pessoa para outra (BUENO, 2000).

Esse procedimento, quando realizado, antes de chegar ao estágio de diálise, pode ser a melhor solução para quem sofre de insuficiência renal crônica terminal. Além de diminuir em duas vezes o risco de rejeição ao novo rim, a relação custo-benefício do chamado *transplante preemptivo* é muito superior à do tratamento convencional. Esta opção de tratamento livra o paciente da rotina desgastante da HD, além de diminuir sensivelmente a possibilidade de rejeição ao novo rim. Também diminui o ônus para as instituições de saúde, em relação ao que se gastaria com a realização de diálise (ICHIKAWA et al. 2000; PACHECO-SILVA, 2004).

Ainda sobre esse tema, Pacheco-Silva (2004) ressalta que o SUS despende cerca de R\$ 2 mil por paciente em tratamento dialítico, o que equivale a R\$ 52 mil ao final da espera pelo rim. Constatou também que se parte desses pacientes fizesse o transplante antes da diálise, o SUS arcaria apenas com o custo do procedimento equivalente a R\$ 20 mil, e os gastos com os medicamentos imunossupressores, que fará uso pelo resto da vida.

O autor continua o raciocínio dizendo que os gastos com a diálise poderiam ser reinvestidos nos procedimentos de transplante, levando-se em conta outro fator considerado de extrema relevância. Dados estatísticos revelam que 80% dos pacientes submetidos a transplante renal têm condições de retornar às suas atividades profissionais após três meses, enquanto o índice para os pacientes em tratamento dialítico fica abaixo de 30%.

Arredondo; Rangel e Icaza (1998), em estudo no México, para avaliar o custo-benefício das modalidades de tratamento destinadas aos pacientes renais, concluíram que o transplante é a intervenção com melhor custo-benefício, seguida da diálise peritoneal e

hemodiálise. Os autores recomendam que sejam realizadas a promoção e a utilização do transplante, como a intervenção com maior custo/benefício para os pacientes renais.

Coelho (2004) afirma que o transplante de órgãos foi um dos principais avanços da medicina no século XX. O primeiro transplante renal de doador vivo realizado na América Latina efetivou-se no Brasil, em Janeiro de 1965, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Naquela época, o único teste imunológico realizado era a compatibilidade sanguínea determinada de acordo com a classificação ABO e fator RH, tornando o procedimento de alto risco (PESTANA; RAMOS; AJZEN, 1992; IANHEZ, 1994).

Dentre os grupos sanguíneos herdados independentemente entre si, os mais conhecidos são os sistemas ABO. Estes são responsáveis pelas reações transfusionais e rejeições agudas de órgãos e tecidos, por serem mais antigênicos, ou seja, por terem maior capacidade de provocar a produção de anticorpos, seguido pelo sistema Rh. Os antígenos deste sistema estão presentes na maioria dos tecidos do organismo (SALOMÃO FILHO et al., 2004).

Neste primeiro transplante, o paciente recebeu o rim do irmão e viveu normalmente durante oito anos. Quatro anos mais tarde, verificou-se que este recebera órgão de doador idêntico, pois somente em 1969 surgiu a tipagem do antígeno leucocitário humano - HLA (tecnologia de identificação dos alo-antígenos HLA dos pares doador-receptor). Esses antígenos codificam grande número de glicoproteínas (antígenos na superfície da célula), que estão envolvidos freqüentemente nas rejeições agudas dos transplantes (NASCIMENTO; TORRES; CARVALHO, 2004).

No entanto, o transplante de doador cadáver só foi realizado em 1967, na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. É importante ressaltar que, embora os transplantes de doador cadáver e vivo tenham acontecido em 1965 e 1967, a lei que regulamentava a doação de

órgãos intervivos e de cadáveres só foi promulgada em 10 de Agosto de 1968 (PESTANA; RAMOS; AJZEN, 1992; IANHEZ, 1994; PEREIRA, 2004).

Essa abordagem terapêutica, no início, teve um desenvolvimento lento, pois, segundo Ianhez (1994), até 1970 existiam apenas cinco centros de transplante no Brasil. Porém, entre 1970 a 1976, foram criados mais onze centros, e a maioria dos transplantes (66,8%) foi realizada em hospitais universitários, e somente 27% em hospitais privados.

Para coordenar essas atividades no Brasil, a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) criou, em 1976, a comissão de diálise e transplante, sendo substituída, em 1982, pelo Departamento de Diálise e Transplante, e dois anos mais tarde foi fundada, em São Paulo, a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos - ABTO (IANHEZ, 1994).

Atualmente, refere Coelho (2004), o transplante renal é o mais praticado no país, que passou a ser considerado um dos centros transplantadores mais importantes do mundo ocidental. Sobre essa posição de destaque, estatísticas mostram que, em 2003, foram realizadas 3.126 cirurgias e, destas, 57% com doadores vivos aparentados, elevando sensivelmente a disponibilidade de órgãos para esse tipo de transplante.

Com o avanço tecnológico, a regulamentação e coordenação desses procedimentos pela ABTO e SBN, Coelho (2004) diz que a boa evolução dos primeiros transplantes impulsionou o desenvolvimento das Unidades de Transplante por todo o país. Por esta razão, hoje, com equipamentos de última geração e profissionais capacitados, são mais de 400 hospitais que realizam esse procedimento em atividade no país (RIM, 2005).

Dentre estes hospitais que iniciaram seus programas de transplante, está incluído o Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Esta instituição realizou o primeiro procedimento dessa natureza em 1998, e, até fevereiro de 2006, já haviam sido realizadas 86 cirurgias. Essa unidade de transplante

dispõe de uma equipe experiente de cirurgiões e nefrologistas, oferecendo atendimento ambulatorial pré e pós-transplante, e oito leitos para internamento.

O rim a ser transplantado poderá ser doado por uma pessoa viva (*doador vivo*), que pode ser um parente próximo do paciente até o quarto grau, que são os sobrinhos. A legislação vigente, Lei 9.434 de 04 de fevereiro de 1997 (alterada pela Lei 10.211 de 23 de março de 2001), que regulamenta a remoção de órgãos e tecidos do corpo humano, para fins de transplante, diz que essa doação pode ser feita pelos cônjuges ou por qualquer outra pessoa, mediante autorização judicial, sendo dispensada nos casos de transplante de medula óssea (CARDOSO; MATOS, 2004). O órgão também poderá ser doado pela família de um paciente com morte cerebral (*doador cadáver*). Para tanto, o diagnóstico de morte encefálica ou cerebral deverá ser feito por um médico neurologista que não pertença à equipe envolvida no transplante (SALOMÃO FILHO et al., 2004).

De acordo com a Lei 10.211 de março de 2001, o doador cadáver deve ter idade entre 05 e 65 anos, inexistência de hipertensão e diabetes mellitus, doença renal, infecções sistêmicas, choque prolongado por mais de 12 horas e neoplasias, exceção feita aos casos de neoplasias cerebrais sem comprometimento sistêmico. Caso o doador seja considerado apto, a equipe de captação de órgãos intra-hospitalar deve providenciar junto aos familiares o Termo de Doação, devendo também ser assinado por duas testemunhas presentes na verificação da morte (SALOMÃO FILHO et al., 2004).

Após os procedimentos clínicos e legais, é realizado o transplante renal que oferece aos pacientes em diálise a possibilidade de recuperação da função renal e a chance de uma maior independência e melhor QV. O transplantado será capaz de retornar a uma dieta mais próxima ao normal e a beber líquidos de forma mais liberal, tornando-se um participante ativo nas atividades físicas com maior autonomia na vida diária. Por último, não será mais dependente da diálise para seu bem estar (PESTANA; RAMOS; JANSEN, 1992).

Porém, Salomão Filho et al. (2004) advertem que o paciente, submetido ao transplante necessita de cuidados médicos contínuos, por ficar exposto a determinados riscos. Ressalta que mesmo sendo o transplante renal uma cirurgia até certo ponto simples, envolve o risco inerente a qualquer procedimento cirúrgico. No período das primeiras vinte e quatro horas o paciente requer cuidados clínicos especiais no seu manuseio, devido à instabilidade hemodinâmica.

Em um segundo momento, vem a necessidade do uso de medicações imunossupressoras, como prednisona, azatioprina, ciclosporina, tacrolimus e anticorpos monoclonais, que possuem determinados efeitos colaterais, dentre eles a nefrotoxicidade, anemia, obesidade, dislipidemia, alterações cutâneas, hipertricose, reações neurotóxicas, hipertensão, hipertrofia gengival, catarata. Podem surgir também as complicações tardias, 15 anos em média após o transplante, como o aumento na incidência de neoplasias malignas, de doenças arteroscleróticas como a angina, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, além de complicações ósseas, insuficiência hepática e diabetes mellitus (CARVALHO, 2000; SALOMÃO, 2000; ABBOTT; AGODOA; O'MALLEY, 2003; RESENDE; OLIVEIRA; CLEMENTE, 2004; BÖHLKE, et al., 2006). Em terceiro lugar, o rim transplantado pode não funcionar e o paciente necessitar retornar à diálise.

Fazendo referência ainda a essas drogas, Salomão (2000) afirma que, após o transplante se iniciam altas doses de drogas imunossupressoras recomendadas para diminuir o risco de rejeição aguda, principalmente em crianças ou adultos sensibilizados por transplantes anteriores, multiparidade e nos politransfundidos.

Ducarme et al. (2006) ressalta que embora este procedimento possa ser realizado em pessoas de qualquer idade, no caso das mulheres em idade fértil, recomenda-se que a gravidez seja evitada pelo menos num intervalo de dois anos após a cirurgia, no caso desta ocorrência deverá ser acompanhada em um programa de gravidez de alto-risco. Neste sentido, em

pesquisa realizada pelos autores acima com 17 receptoras de transplante renal com intervalo de 62,4 a 34,5 meses após a cirurgia, avaliaram dados clínicos e biológicos antes, durante e após a gravidez, evidenciando que as complicações que ocorreram foram relacionadas tão somente à gestação e não ao transplante em si.

Apesar de ser o transplante renal o tratamento adequado para o paciente com insuficiência renal crônica ou em estágio final, existem restrições a esse tipo de terapia aos portadores de doenças graves como neoplasias, infecção sistêmica em atividade, incompatibilidade sanguínea ABO e presença de anticorpos citotóxicos pré-formados contra o doador (PESTANA; RAMOS; AJZEN, 1992).

Mesmo existindo complicações, as vantagens são inúmeras. Porém as pesquisas apontam que o maior entrave para o aumento do número de transplantes, inclusive o preemptivo, ainda é a falta de doadores, apesar de todas as campanhas de conscientização (PACHECO-SILVA, 2004). Atualmente, a fila para transplante renal no país tem 33.247 pessoas, um terço delas somente no Estado de São Paulo, onde o tempo médio de espera por um rim é de 2,8 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA NEFROLOGIA, 2006).

Um estudo realizado por Goldfard-Rumyantzev et al. (2004) evidenciou que os pacientes renais que faziam hemodiálise, por mais de um ano antes do transplante, apresentavam um índice estatístico significativo de mortalidade, quando comparado àqueles com tempo inferior a seis meses. Ressalta também que a terapia com um tempo menor não possuía efeito prejudicial à sobrevivência do enxerto e do paciente. Conclui, pois, que quanto menor o tempo de utilização dessa terapia por pacientes que sofrem da Doença Renal em Estágio Final (ESRD), melhores serão os resultados do transplante.

Para que um paciente seja submetido a um transplante renal necessita de cumprir uma série de etapas específicas às quais serão descritas.

O *pré-transplante* consiste na realização de exames preparatórios, que incluem desde a avaliação clínica, odontológica, até correções cirúrgicas de problemas como refluxo vesicouretral, calculose e nefrectomia no caso de rins policísticos. Nesta fase é feita investigação de compatibilidade sangüínea e imunológica, entre parentes até o 3º grau dispostos à doação.

Sendo diagnosticada a viabilidade do transplante, é realizado o processo pré-operatório, tanto do doador como do receptor. Onde são feitos dosagens sangüíneas, clearance de creatinina, proteinúria, ultra-sonografia das vias urinárias, e risco cirúrgico. Este consta de ECG, radiografia de tórax, e avaliação cardiológica.

Em geral, os receptores necessitam dialisar, próximo ao período da cirurgia para obter melhor estabilidade clínica. Com relação ao tipo de anestesia, preferencialmente a técnica de escolha é a geral, podendo também ser peridural. O tempo de cirurgia pode variar de 2,5 e 7 horas, o que requer uma vigilância criteriosa do estado hemodinâmico, obtidos através da monitorização dos dados vitais, da Pressão Venosa Central (PVC), e do volume urinário (SALOMÃO FILHO et al., 2004; COELHO, 2004). O *transplante* é o procedimento cirúrgico de implantação do órgão, e requer internação de aproximadamente 15 dias para o receptor e 03 dias para doador vivo. O *pós-transplante* é a fase que inclui o momento após o ato cirúrgico e se segue após a alta hospitalar (DIAS, 2001; SAMPAIO, 2000).

Antes da alta hospitalar é imprescindível que o paciente e seus familiares recebam orientações detalhadas pela equipe médica e de enfermagem sobre as medicações, isto é, informar os nomes, doses, horários, interações medicamentosas, efeitos colaterais; esclarecer quanto aos cuidados com a dieta e controle de peso, com a ferida operatória, higiene, hábitos de vida, risco de exposição a agentes infecciosos e sinais e sintomas de rejeição aguda. Sendo fornecido um manual ao paciente, contendo todas as orientações, bem como os números de telefones para contato (DIAS, 2001; SAMPAIO, 2000).

Reforçando esses dados, Sampaio (2000) diz que as atividades educativas do enfermeiro abrangem a orientação sobre o uso adequado de medicações, medidas higiênicas rigorosas, dietéticas, e salienta ainda que o paciente deve ser informado sobre o resultado de exames e da sua evolução clínica, com o intuito de obter maior envolvimento e adesão ao tratamento.

Durante as avaliações pós-transplante, os pacientes que evoluem sem qualquer tipo de complicação e com funcionalidade estável do enxerto serão vistos periodicamente em ambulatório, sendo o intervalo entre as consultas estabelecido de acordo com o tempo de cirurgia. A regra geral é que no primeiro mês as consultas sejam realizadas duas vezes por semana; no segundo, uma vez por semana; quinzenalmente, no terceiro e quarto meses; mensalmente, do quinto ao décimo segundo; bimestralmente no segundo ano e a cada três meses posteriormente (RESENDE; OLIVEIRA; CLEMENTE, 2004).

O retorno do paciente as suas atividades habituais no convívio social e familiar é bastante variável, considerando uma média de dois a três meses aceitável (DUARTE; SALVIANO; GRESTA, 2004).

O êxito do transplante renal está relacionado a fatores como menor risco associado ao ato cirúrgico devido ao desenvolvimento de técnicas cirúrgicas e de anastomose vascular, profilaxia e controle de infecções graves, possibilitados por novos medicamentos considerados drogas de resgate, utilizados nos casos de rejeição aguda. Mas, também a seleção criteriosa do receptor pela realização da tipagem HLA A, B e DR, que além de imprescindível é responsável por melhor sobrevida do enxerto, no primeiro ano em torno de 90%, e ao final do quinto ano em torno de 60% (PESTANA; RAMOS; AJZEN, 1992).

3.4 A QUALIDADE DE VIDA DO RENAL CRÔNICO

A expressão qualidade de vida foi empregada pela primeira vez pelo Presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson (1964), ao declarar que as melhorias não podem ser medidas através do balanço dos bancos e sim através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas (COSTA, 2004; FLEK, 1999).

Porém, o interesse em conceitos sobre "padrão de vida" e "qualidade de vida" foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. Flek et al. (1999); Bittencourt et al. (2004) ressaltam que o conceito de QV é um movimento dentro das ciências humanas e biológicas, no sentido de valorizar parâmetros mais amplos como a diminuição da morbi-mortalidade, análise de intervenções terapêuticas e grau de satisfação do indivíduo nas várias esferas de sua vida.

Com esta visão, Minayo; Hartz; Buss (2000) afirmam que as boas condições de saúde, os progressos políticos e econômicos, sociais e ambientais influenciam a QV de forma favorável. Em consonância, Seidl; Zannon (2004) reforçam que o construto QV vem se tornando cada vez mais popular e freqüentemente associado ao conceito de indicador social.

Direcionando esses conceitos para o campo da saúde, é visto que a relação entre saúde e QV existe desde o nascimento da medicina social (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Por esta razão, Gonzales (2002) afirma que o mundo moderno e os grandes problemas enfrentados pela humanidade contemporânea tornam imprescindível o estudo das condições de vida das comunidades e dos indivíduos buscando entender e proteger a saúde e a felicidade das pessoas. A visão desta realidade tem como meta proporcionar uma existência digna, saudável, livre, feliz e com equidade moral, por meio da interação do homem e seu meio ambiente.

Sendo a QV do renal crônico em hemodiálise e pós-transplante renal, objeto do nosso estudo, faremos uma abordagem acerca deste tema tão importante para os seres humanos, independente das circunstâncias de vida em que se encontrem. Iniciaremos conceituando QV e, a seguir, traremos os resultados de alguns trabalhos científicos que utilizaram diferentes índices que medem esse construto.

Com essa visão, o grupo de qualidade de vida da divisão de saúde mental da Organização Mundial da Saúde (OMS) define QV como *a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações* (WHOQOL GROUP, 1994 apud FLEK et al. 1994, p. 20). Este conceito amplo envolvendo múltiplos aspectos da vida das pessoas foi desenvolvido com o intuito de valorizar parâmetros como: diminuição da mortalidade, controle de sintomas ou mesmo aumentar a expectativa de vida.

Ferrans e Powers (1992) definem QV como a sensação de bem-estar de uma pessoa proveniente da satisfação ou insatisfação com as áreas da vida que são importantes para ela.

Minayo; Hartz; Buss (2000) afirmam que a noção de QV está relacionada com modos e estilos de vida, idéias, desenvolvimento sustentável, ecologia humana, desenvolvimento de direitos humanos e sociais, e no campo da saúde relaciona-se à construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que cada sociedade estabelece para si.

Para Souza e Kalichman (1994, p. 467), a QV *deve ser compreendida como sendo uma condição de existência dos homens sempre referida ao modo de viver em sociedade, isto é, dentro dos limites que são colocados em cada momento histórico para se viver o cotidiano.*

Os autores reforçam ainda que a QV sofre influência da possibilidade de realização e satisfação das necessidades individuais, diante das limitações impostas pelo conjunto de regras e normas que disciplinam a vida em sociedade.

Baseados nessa necessidade, alguns estudos realizados evidenciam que a QV afeta a saúde, e, conseqüentemente, influencia fortemente o conceito que as pessoas formulam da sua própria QV (PEREIRA et al., 2003; PERES et al., 2003; GÓMEZ, 2004; DANTAS; GÓIS; SILVA, 2005).

As doenças crônicas, por excelência, se constituem um grande problema de saúde pública tanto para a pessoa com agravo à saúde, quanto para familiares e o Estado.

De acordo com Velarde-Jurado e Ávila-Figueroa (2002), as conseqüências das enfermidades crônicas podem ser de longa duração e irreversíveis, bem como as dificuldades em exercer funções de vida diárias e limitações nas atividades sociais dentro da família e da comunidade.

Por esta razão, por mais que a tecnologia tenha avançado desde o início do século, ainda não conseguiu a cura ou tratamento para algumas dessas patologias. Diante de tais circunstâncias, o indivíduo tende a ter sua QV prejudicada (BITTENCOURT, 2003).

Nessa direção Flek et al. (1999) dizem que a oncologia foi uma das áreas da saúde que se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham sua sobrevida aumentada com os tratamentos propostos. No entanto, na busca incansável de acrescentar "anos à vida", muitas vezes era deixada de lado a necessidade de acrescentar "vida aos anos".

Além da oncologia, a importância da QV passou a ser considerada em várias disciplinas da área da saúde. Sendo assim, pesquisadores interessados nessa temática acrescentaram, além da reação adversa às drogas, a QV como uma outra vertente de pesquisa nos ensaios clínicos randomizados (FLEK et al., 1999).

Transpondo esse enfoque para os renais crônicos, Dyniewicz; Zanella e Kobus (2004) afirmam que a QV dos renais crônicos é afetada por diversas situações de estresse desencadeadas pelas limitações físicas, psicológicas e sociais, evidenciadas pela preocupação

com a auto-imagem, o vínculo com a equipe, o suporte familiar, pelas tentativas de ressignificar a vida, de sentir-se útil, e a esperança de vida que poderá ocorrer após o transplante renal.

Lima; Gualda (2000); Cesarino e Casagrande (1998) afirmam que, não basta somente à utilização de recursos tecnológicos sofisticados, mas, sim, o resgate e a valorização do paciente enquanto pessoa, que tem a sua forma singular de pensar, agir e sentir.

Nessa perspectiva, a Enfermagem, que lida no seu cotidiano com as ações de promoção e proteção à saúde, está muito mais próxima dos aspectos relevantes, como condições materiais, sociais, políticas, culturais de cada sociedade e da subjetividade individual para a promoção da QV dos seus clientes (CESARINO; CASAGRANDE, 1998).

Zimmermann; Carvalho; Mari (2004) concordam com essa posição e afirmam que o desafio em relação a estas vítimas agora é compreender a associação entre os fatores psicossociais e a sua evolução, por meio da adesão ao tratamento, ajustamento, suporte social e familiar que contribuem positivamente e estão associados com uma melhor sobrevida. Daí a importância de conhecermos a QV na sua perspectiva.

Existem alguns meios de medirmos a QV dessa população. Para atingir esse objetivo, Velarde-Jurado; Ávila-Figueroa, 2002; Fayers; Machin (2000) afirmam que a QV pode ser medida tanto por instrumentos genéricos quanto pelos específicos, uma vez que fornece informações diferentes, e que podem ser empregados concomitantemente. Os genéricos podem ser utilizados tanto para estudar pessoas doentes quanto saudáveis. No caso de doentes crônicos, esses instrumentos contribuem no sentido de avaliar e comparar a QV desses grupos específicos entre si, ou com aqueles considerados saudáveis inseridos em diferentes contextos sociais e culturais.

As pesquisas sobre a QV de pacientes renais em hemodiálise têm demonstrado que o impacto de uma doença incurável, a necessidade de submissão a um tratamento longo com

resultados incertos, as limitações físicas, a diminuição das atividades sociais e as expectativas sobre o futuro são citados como os principais responsáveis pelo comprometimento da QV desses pacientes (SANTOS, 2005; MARTINS; CESARINO, 2005).

Santos (2005a^{*}) observou a correlação de variáveis laboratoriais e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) em uma amostra de 107 pacientes submetidos à hemodiálise, utilizando o instrumento SF-36. Detectou que os níveis elevados de albumina e hemoglobina tinham uma correlação positiva em relação às dimensões dor, vitalidade, e estado geral de saúde. Isto significa que, quanto mais elevados os níveis desses componentes sanguíneos, melhor era a QV desses pacientes.

Santos (2005b^{**}) utilizou o SF-36 e a curva de sobrevida de Kaplan-Meier, em um estudo de coorte com seguimento de 12 meses em 108 pacientes com IRC em tratamento hemodialítico, para verificar a associação do nível de QVRS com hospitalização e óbito. Observou que os aspectos que obtiveram os melhores escores médios foram saúde mental e aspectos sociais. Concluiu que houve correlação entre menores pontuações do componente físico e aumento de hospitalizações nesse grupo de pacientes.

Já Pereira et al. (2003) realizaram um estudo para avaliar a QVRS de 72 pacientes após transplante renal, no sul do Brasil, utilizando o SF-36, e comparando com dois grupos, sendo um de pessoas sadias e outro de pacientes em hemodiálise. Observaram que os menores escores foram nos aspectos mentais e na vitalidade, enquanto que os melhores foram os componentes da saúde física e limitações emocionais.

* SANTOS, P. R. Correlação entre marcadores laboratoriais e nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. **J. Bras. Nefrol.** 2005a; v. 27, n. 2, p.70-75.

** SANTOS, P. R. Associação de qualidade de vida com hospitalização e óbito em pacientes portadores de doença renal crônica em hemodiálise. **J. Bras. Nefrol.** 2005b; v. 27, n. 4, p.184-190.

Os autores concluíram que a QVRS percebida pelos pacientes transplantados foi semelhante à de pessoas saudáveis e superior a de pacientes urêmicos em hemodiálise, demonstrando que o transplante melhorou a QV, por promover reabilitação física, mental e social desses pacientes.

Castro (2003) pesquisou a QVRS de 184 pacientes em diversos tempos de hemodiálise, utilizando o instrumento SF-36, e constatou comprometimento nas diferentes dimensões analisadas, principalmente nos aspectos físicos e vitalidade. Observou também que houve uma correlação negativa entre tempo de tratamento e aspectos emocionais, e entre idade e capacidade funcional, aspectos físicos, dor e vitalidade.

Kusomota (2005) realizou um estudo para avaliar a QVRS, em uma amostra de 194 pacientes renais de quatro serviços de diálise de Ribeirão Preto/SP. Utilizou para seleção da amostra o Miniexame do Estado Mental (MEEM), e para avaliar a QV usou o questionário *Kidney Disease and Quality of Life – Short Form (KDQOL-SFTM1.3)* específico para pacientes renais. As dimensões suporte social, estímulo por parte da equipe da diálise e função cognitiva obtiveram os melhores escores.

Bulacio et al. (2004) estudaram uma amostra de 300 sujeitos adultos na cidade de Buenos Aires/Argentina, com o objetivo de validar e analisar as propriedades psicométricas do Índice de Qualidade de Vida (QLI-Sp). Esse instrumento é composto por 10 itens, retirado de 21 instrumentos de avaliação de QV e dispostos numa escala de respostas do tipo Likert, que vai de 01 a 10, e se propõe a avaliar a percepção do indivíduo em relação ao construto QV, quanto aos seguintes aspectos: bem-estar psicológico e físico, autocuidado, apoio emocional e social, apoio comunitário e serviços, autorealização, satisfação espiritual e avaliação geral da QV. A análise dos resultados obtidos nesse estudo demonstrou que as áreas de maior significância foram os relacionamentos interpessoais, realização pessoal e bem-estar físico.

Machado et al. (2004) utilizaram o Sickness Impact Profile (SIP) que contém 136 itens divididos em 12 categorias, para avaliar a QV de 44 pacientes em hemodiálise, na Argentina, buscando identificar as variáveis que podem afetá-la. O resultado desse estudo apontou para a necessidade de se melhorar a QVRS de pacientes renais em hemodiálise, em virtude das restrições de ordem econômica, social e psicológica associadas a essa condição.

Kameo (2006) investigou a QV de 18 pacientes com estoma, secundário ao câncer cólon-retal, utilizando a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan (EQVF). Composta por 15 componentes ou Domínios, enquadrada em 05 dimensões, que são: bem-estar físico e material, relações com outras pessoas, atividades sociais, comunitárias e realização, e recreação. Quanto à QV da população estudada, observou que as dimensões mais relevantes foram relações com outras pessoas, seguido por desenvolvimento pessoal e realização.

A seguir, evidenciaremos algumas pesquisas que fizeram uso do WHOQOL-100 e WHOQOL-bref, para identificar a QV dos pacientes estudados.

Wesolowski e Szyber (2004) realizaram um estudo comparativo para estimar a QV de 171 pacientes, sendo 83 pós-transplante renal bem sucedido e 88 indivíduos saudáveis da população polonesa, utilizando o WHOQOL-100. Observou que em alguns aspectos a QV de pacientes pós-transplante não difere de indivíduos saudáveis, principalmente nos Domínios das relações sociais, meio ambiente, espiritualidade. Enquanto que, em algumas facetas como sentimentos negativos, atividade sexual e segurança os escores dos indivíduos saudáveis foram superiores aos dos transplantados.

Uma outra pesquisa, utilizando o mesmo instrumento, foi realizada por Maciel et al. (2006), buscando avaliar a QV e a atividade física de 304 indivíduos de uma comunidade universitária, no Brasil. Observou menores escores nos Domínios Físico e Meio Ambiente, quanto aos maiores, corresponderam ao psicológico e nível de independência.

Queiroz (2000) aplicou o WHOQOL-bref a 104 idosos participantes de grupos comunitários em Rio Branco/AC, buscando identificar a sua percepção em relação à satisfação com a saúde e QV, no que se refere ao ambiente, vida emocional e relações com amigos e familiares. A análise das dimensões do WHOQOL-bref demonstrou que as relações sociais, as condições físicas e emocionais obtiveram melhores escores, e a satisfação com o ambiente apresentou escore mais baixo.

Numa pesquisa desenvolvida por Lima et al. (2002) para avaliar a associação entre gravidade e dependência do álcool e QV, em Porto Alegre/RS, detectou que os menores escores apresentados nessa população corresponderam ao Domínio Meio Ambiente, e os maiores para as relações sociais.

Uma outra pesquisa, utilizando o mesmo instrumento, foi realizada por Nucci (2003) para avaliar a QV de 50 pacientes adultos, em tratamento de diferentes tipos de câncer, em Campinas/SP, comparou-o com um grupo controle de 70 voluntários residentes na mesma cidade. Observou que os dois grupos não apresentaram diferenças estatísticas no Domínio Psicológico, satisfação com a saúde e qualidade de vida.

Siviero (2003) pesquisou 33 pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio, em três hospitais gerais de três cidades do interior de São Paulo. Os resultados mostraram que, nos Domínios Físico, Relação Sociais e Meio Ambiente, as respostas ficaram no nível intermediário da escala. Enquanto que, no Domínio Psicológico, os índices demonstraram que toda a população estava satisfeita.

Bittencourt (2003) estudou as representações sociais em 132 renais crônicos transplantados, sendo o primeiro grupo composto por 100 pacientes com rim funcionante e o segundo de 32 pacientes que perderam o enxerto e retornaram para hemodiálise. O WHOQOL-bref demonstrou nessa população um melhor desempenho para os pacientes com enxerto funcionante no Domínio físico e nas questões gerais, com significância limítrofe no

Domínio Psicológico, e nos Domínios Meio Ambiente e Relação Sociais os resultados foram semelhantes.

Gómez (2004) realizou um estudo, na cidade de Tizimín, Yucatán – México, com 287 pacientes diabéticos utilizando o WHOQOL-bref. Observou que as melhores médias nesse grupo foram para os Domínios Relações Sociais (59,28) e Psicológico (58,13), sendo menores nos Domínios Físico (56,98) e Meio Ambiente (51,21).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo é do tipo exploratório descritivo comparativo, com abordagem quantitativa e dados prospectivos.

Os estudos exploratórios estabelecem critérios, métodos e técnicas para a definição da pesquisa e buscam maiores informações sobre determinado assunto; familiarizam-se com o fenômeno ou obtém nova percepção do mesmo; realizam descrições precisas da situação e das relações existentes entre os elementos da mesma (CERVO; BERVIAN, 1996; CRUZ; RIBEIRO, 2004).

O estudo descritivo é aquele em que se observa, registra, analisa e correlaciona fatos do mundo físico que ocorrem no universo percebido pelo homem, descrevendo sua estrutura e funcionamento sem a interferência do pesquisador. Descobre com precisão a frequência com que o fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros (CERVO; BERVIAN, 1996, CRUZ; RIBEIRO, 2004).

Os estudos comparativos permitem analisar o dado concreto, através do estudo das semelhanças e diferenças entre diversos tipos de grupos. Contribui para uma melhor compreensão do comportamento humano, as comparações são realizadas com a finalidade de verificar similitudes e explicar divergências (MARCONI; LAKATOS, 2003).

Já a abordagem quantitativa permite a coleta sistemática de informação numérica, mediante condições de muito controle, analisando essas informações através de estatística (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário Onofre Lopes, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Natal/RN, no ambulatório de Nefrologia, que funciona em prédio anexo ao Hospital, onde são atendidos pacientes de todo o Estado e dos Estados vizinhos, estando disponibilizadas à população 14 especialidades médicas, incluindo nefrologia. Nessa especialidade são atendidos, em média, 137 pacientes/semana, de segunda à sexta-feira, sendo que para acompanhamento pré e pós-transplante temos uma média de 37 pacientes/semana. O ambulatório atende casos de nefrologia clínica, biópsia renal e óssea, e faz acompanhamento pré e pós-transplante renal, com uma equipe formada por 09 médicos, 01 enfermeira especialista na área e 01 assistente social.

A escolha desse campo se deu em virtude de ser o único hospital público a realizar o transplante renal e dispor de atendimento especializado para a população de pacientes renais de todo o Rio Grande do Norte. Funciona também como campo de estágio para alunos dos diversos cursos de graduação e pós-graduação do Centro de Ciências da Saúde.

A estrutura física é composta por 03 prédios interligados, dispondo, no momento, de 187 leitos, 85 salas ambulatoriais, 05 de cirurgia e 07 de pequena cirurgia, 06 leitos de terapia intensiva para adultos, e setores de apoio como: laboratórios, radiologia, hemodinâmica e exames de alta complexidade.

A instituição está subordinada à gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), e a demanda é proveniente ou referenciada por unidades básicas de saúde, através da central de marcação de consultas e de outras unidades hospitalares.

4.3 POPULAÇÃO

O nosso estudo teve duas populações distintas: a primeira constou de todos os pacientes transplantados que freqüentaram o ambulatório de nefrologia do HUOL, no período da coleta de dados, que concordaram em participar dessa pesquisa, de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos, por ser uma exigência do instrumento WHOQOL-bref, e tempo mínimo de seis meses pós-transplante. No que se refere ao tempo, Campos et al. (2003) afirmam que, após esse período, a grande maioria dos pacientes está num esquema mínimo de imunossupressão, com uma função renal considerada boa e sem infecção viral crônica, sendo 58 pacientes que atenderam a esses requisitos.

Em relação aos pacientes em hemodiálise, fizeram parte do estudo aqueles que comparecerem para atendimento no período da coleta de dados, e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: estar em acompanhamento ambulatorial na unidade de nefrologia do HUOL, em processo de hemodiálise por um tempo mínimo de seis meses; ter idade superior a 18 anos, de ambos os sexos e que aceitem participar da pesquisa, totalizando 62. Sendo assim, a população total do estudo foi de 120 pacientes.

4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

“Variável é toda qualidade de uma pessoa, grupo ou situação que varia ou assume um valor diferente” (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.4.1 VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO

Como variáveis de caracterização temos os dados pessoais da população estudada, apresentados a seguir:

VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO	ESCALAS / CRITÉRIOS
Sexo	Masculino / Feminino
Idade	Idade em anos
Procedência/Estado	Onde reside
Estado conjugal	Solteiro / Casado / Separado / Viúvo
Prole	Número de filhos
Grau de instrução	Não Alfabetizado / Fundamental Incompleto e Completo/ Médio Incompleto e Completo/ Superior Incompleto e Completo/ Pós-Graduação Incompleta e Completa
Status de trabalho	(Encontra-se trabalhando) Sim / Não
Renda Familiar	Em nº de salários mínimos mensais
Tempo de hemodiálise e ou transplante	Em meses/anos

4.4.2 VARIÁVEL DEPENDENTE

A variável dependente é conceituada por Marconi e Lakatos (2003) como aquela que o pesquisador tem interesse de compreender, explicar ou prever.

Nesta pesquisa, tivemos como variável dependente a *qualidade de vida do paciente em hemodiálise e pós-transplante renal*.

Teórica – QV é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL GROUP, 1995, p. 1403).

Operacional – foram considerados os aspectos que digam respeito à QV dos pacientes em hemodiálise e pós-transplante, medida pelo WHOQOL -bref.

4.4.3 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

Conforme Marconi e Lakatos (2003, p. 138), variável independente é aquela que influencia; determina ou afeta outra variável.

Como variáveis independentes, temos os Domínios do WHOQOL-bref. De acordo com Fleck et al. (2000), as duas questões iniciais do instrumento avaliam a QV e a saúde, de acordo com o grau de satisfação de um modo mais amplo ou geral. Os Domínios são compostos por um número variado de questões ou facetas, medindo o quanto o paciente está satisfeito em relação a cada um dos componentes físico, psicológico, meio ambiente e relações sociais, como apresentaremos a seguir:

- *Componente físico (Domínio I)* focaliza as seguintes facetas: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, atividades da vida cotidiana, dependência de medicações ou tratamentos, capacidade de trabalho;
- *Componente Psicológico (Domínio II)*, cujas facetas são: sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, espiritualidade, religiosidade, crenças pessoais e sentimentos negativos;
- *Componente das relações sociais (Domínio III)*, que inclui as seguintes facetas: relações pessoais, suporte (apoio) social, e atividade sexual;

- *Componente meio ambiente (Domínio IV)*, aborda as facetas: segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, participação em, e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima, transporte.

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Utilizamos para coleta de dados o WHOQOL-bref (ANEXO G), que é um questionário com perguntas fechadas sobre a QV nos Domínios: *físico, psicológico, Relação Sociais e meio ambiente*. Este questionário é a versão abreviada do instrumento de avaliação de QV da OMS, WHOQOL-100, traduzido para a Língua Portuguesa, no Brasil, e para mais de vinte idiomas.

Mesmo tendo conhecimento sobre questionários específicos para estudar a QV dos pacientes em diálise como o “Kidney Disease of Life Questionnaire” (KDQOL), optamos por utilizar o WHOQOL-bref, por ser genérico, curto, de fácil administração e compreensão, no formato de 26 questões. Esse instrumento foi traduzido, validado e adaptado culturalmente para a população brasileira de acordo com metodologia internacionalmente aceita pelo grupo de estudos multicêntrico da Organização Mundial de Saúde (OMS), no Brasil (FLEK et al., 2000). Já foi utilizado para estudar populações de renais crônicos em terapias dialíticas na China, tendo sido considerado confiável e válido para pacientes em hemodiálise (YANG et al., 2005).

É importante ressaltar que o instrumento pode ser auto-aplicado, assistido pelo entrevistador e aplicado pelo entrevistador. Em nosso estudo, o instrumento foi aplicado pela pesquisadora e duas alunas de iniciação científica do curso de Enfermagem da UFRN.

A primeira parte do instrumento consta de dados de caracterização e uma questão sobre o tempo (em meses/anos) do paciente em hemodiálise ou pós-transplante renal.

Na segunda parte do instrumento, utilizamos uma escala do tipo Likert para avaliar a QV dos sujeitos. Segundo Polit; Beck e Hungler (2004) serve para medir atitudes, possibilitando discriminações entre indivíduos com visões diferentes sobre uma determinada temática. Esta escala vai de 01 a 05, onde 01 é o extremo negativo (0%), e 05 o positivo (100%).

Esta parte do instrumento (ANEXO G) possui 26 questões. A Parte A é composta por duas questões gerais, abordando a percepção do entrevistado acerca da sua QV e satisfação com seu estado de saúde, e a Parte B é composta por 24 questões e abrangem os quatro Domínios da QV e suas respectivas facetas, medindo o grau de satisfação do paciente em relação a cada um dos componentes. *Domínio I – físico; Domínio II – psicológico; Domínio III - Relação Sociais; Domínio IV - meio ambiente* (FLEK et al., 2000*).

4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados foi realizada no ambulatório de nefrologia do HUOL, de 03 de fevereiro a 27 de março de 2006, durante o turno vespertino, nas segundas-feiras, das 13:00 às 17:00 horas, e, no turno matutino, nas quintas e sextas-feiras, das 08:00 às 11:00 horas. Justificamos, aqui, a necessidade de haveremos prolongado o período de coleta de dados, inicialmente previsto apenas para fevereiro, em virtude das festividades carnavalescas, o que interferiu nesta atividade. Houve também o problema de repetição de pacientes, isto é, muitos daqueles que já haviam participado da pesquisa tiveram seus retornos agendados ainda durante a realização do estudo, diminuindo, assim, a entrada de novos pacientes naquele dia.

* FLEK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref". *Rev. Saúde Pública*, abr. 2000, v.34, n. 2, p.178-183.

Para que esse processo acontecesse, foram adotados os seguintes procedimentos: enviamos ofícios às Diretorias Gerais e de Enfermagem do Hospital Universitário Onofre Lopes, informando sobre a pesquisa e solicitando autorização para a sua realização e utilização formal do nome da instituição no relatório final da investigação (ANEXOS A e B). As pesquisadoras se comprometeram, neste ofício, a honrar os princípios éticos e legais que regem a pesquisa ética e científica em seres humanos, preconizada na Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, com publicação em abril de 1997, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2000a*).

Após esta autorização, o projeto foi enviado para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (ANEXO E). Com a aprovação deste Comitê, processo nº 171/05, iniciamos a primeira etapa da coleta de dados, que se constituiu do pré-teste do instrumento, com 30 pacientes renais em programa de hemodiálise, na Nefron Clínica, em Natal, com a finalidade de avaliar a sua aplicabilidade na nossa cultura, não havendo necessidade de modificações.

A segunda etapa foi a coleta dos dados propriamente dita, que se realizou durante a consulta de enfermagem, em uma sala específica para esse fim, nos dias e horários pré-estabelecidos. Essa coleta ocorreu seguindo os seguintes passos: antes do início das atividades do ambulatório, verificávamos a lista dos pacientes que seriam atendidos e os abordávamos para identificar aqueles que atendiam aos critérios de inclusão do nosso estudo. A seguir, durante a consulta de enfermagem, nos apresentávamos como pesquisadoras, falávamos dos nossos objetivos, quando pedíamos a sua aquiescência em participar da pesquisa.

Quando a resposta era positiva, apresentávamos o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO F), informando que a sua participação era voluntária e que poderia sair

* BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução CNS 196/1996 e outras)**. Brasília, 2000a. (Séries Cadernos Técnicos).

do estudo a qualquer momento, além de assegurar o sigilo da sua identidade e informações, quando, então, foi colhida sua assinatura. Assim, atendemos os princípios que regem a Resolução nº 196/96, que estabelece que toda a pesquisa em que o ser humano for submetido a estudo, deverá prevalecer o critério de respeito à sua dignidade e a proteção de seus direitos e bem-estar (BRASIL, 2000a*).

A seguir, aplicávamos o questionário WHOQOL-bref (ANEXO G). Ressaltamos, mais uma vez, que contamos com a ajuda de duas alunas do sexto período da Graduação em Enfermagem da UFRN, inseridas na base de pesquisa de Enfermagem Clínica, para ajudar nessa coleta. Para tanto, essas alunas voluntárias passaram por um treinamento com leituras sobre a temática e pré-testagem do instrumento. Esses cuidados foram essenciais para evitarmos erros ou vieses na pesquisa.

4.7 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Os dados obtidos foram categorizados e processados eletronicamente através do programa para base de dados Microsoft-Excel XP, Statistica 6.0 e SPSS 13.0.

4.8 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Para as respostas que dizem respeito aos dados sociodemográficos dos pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal, utilizamos a estatística descritiva, os quais foram dispostos em forma de tabelas, quadros e gráficos do tipo coluna e pizza.

* BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. **Normas para pesquisa em seres humanos (Resolução CNS 196/1996 e outras)**. Brasília, 2000a.

Quanto aos aspectos relacionados à qualidade de vida, medidos pelo WHOQOL-bref, utilizamos a estatística descritiva univariada e os dados foram organizados em forma de frequência, média e desvio padrão para as variáveis contínuas.

Foi utilizado o teste U *de Mann-Whitney* para verificar se havia diferença significativa entre as duas amostras independentes. O teste U *de Mann-Whitney* compara se dois grupos (x e y) independentes foram ou não extraídos de uma mesma população, comparando as observações de x com as de y. Porém, primeiro é preciso estabelecer o nível de significância, que é indicado pela letra grega α (alfa). O próximo passo é a definição das hipóteses H_0 e H_1 .

- **DEFINIÇÃO DE HIPÓTESES**

Questões gerais

Primeira questão geral

H_0 : não há diferença significativa entre os pacientes do grupo em Hemodiálise e Pós-transplante Renal na primeira questão geral (*Como você avaliaria sua qualidade de vida*).

H_1 : há diferença significativa entre os pacientes do grupo em Hemodiálise e Pós-transplante Renal na primeira questão geral (*Como você avaliaria sua qualidade de vida*).

Segunda questão geral

H_0 : não há diferença significativa entre os pacientes do grupo em Hemodiálise e Pós-transplante Renal na segunda questão geral (*Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde*).

H_1 : há diferença significativa entre os pacientes do grupo em Hemodiálise e Pós-transplante Renal na segunda questão geral (*Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde*).

Domínios**Domínios I: Físico**

H₀: não há diferença significativa entre os pacientes do grupo em Hemodiálise e Pós-transplante Renal no Domínio Físico

H₁: há diferença significativa entre os pacientes do grupo em Hemodiálise e Pós-transplante Renal no Domínio Físico

Domínios II: psicológico

H₀: não há diferença significativa entre os pacientes do grupo em Hemodiálise e Pós-transplante Renal no Domínio Psicológico

H₁: há diferença significativa entre os pacientes do grupo em Hemodiálise e Pós-transplante Renal psicológico

Domínios III: Relações Sociais

H₀: não há diferença significativa entre os pacientes do grupo em Hemodiálise e Pós-transplante Renal no Domínio Relações Sociais

H₁: há diferença significativa entre os pacientes do grupo em Hemodiálise e Pós-transplante Renal no Domínio Relações Sociais

Domínios IV: meio ambiente

H₀: não há diferença significativa entre os pacientes do grupo em Hemodiálise e Pós-transplante Renal no Domínio meio ambiente

H₁: há diferença significativa entre os pacientes do grupo em Hemodiálise e Pós-transplante Renal no Domínio meio ambiente

• **TESTE U DE MANN-WHITNEY (NÃO PARAMÉTRICO)**

Para verificar as diferenças entre os valores dos dois grupos em análise e obtenção do p-valor, utilizamos o Teste U de Mann-Whitney, através do módulo Não-Paramétrico do Software Statistica 6.0. É considerado diferença significativa quando o p-valor for igual ou inferior a 0,05. (MARTINS, 2002).

TABELA 01 - ESCORES OBTIDOS NA QUESTÃO GERAL 01 – “QUÃO SATISFEITO VOCÊ ESTÁ COM A SUA QUALIDADE DE VIDA?” DO WHOQOL-BREF PARA OS DOIS GRUPOS DE PACIENTES. HUOL-NATAL/RN, 2006.

QUESTÃO 01		P= 0,0001	
Valores amostrais	HEMODÍALISE	PÓS-TRANSPLANTE	
X ± S	12,39 ± 3,37	18,14 ± 2,15	
Mediana	12	20	
Min – Max	4,00 - 16,00	12,00 - 20,00	

A análise desta questão 01, isoladamente, demonstrou diferença significativa entre os dois grupos (p= 0,0001).

TABELA 02 - ESCORES OBTIDOS NA QUESTÃO GERAL 02 – “QUÃO SATISFEITO VOCÊ ESTÁ COM A SUA SAÚDE?” DO WHOQOL-BREF PARA OS DOIS GRUPOS DE PACIENTES. HUOL-NATAL/RN, 2006.

QUESTÃO 02		P= 0,0001	
Valores amostrais	HEMODÍALISE	PÓS-TRANSPLANTE	
X ± S	11,29 ± 4,26	18,69 ± 2,41	
Mediana	8	20	
Min – Max	4,00 - 20,00	8,00 - 20,00	

A análise desta questão 02, isoladamente, demonstrou diferença significativa entre os dois grupos (p= 0,0001).

TABELA 03 - ESCORES OBTIDOS NO DOMÍNIO 01 – FÍSICO DO WHOQOL-BREF PARA OS DOIS GRUPOS DE PACIENTES. HUOL-NATAL/RN, 2006.

DOMÍNIO 01		P= 0,0001	
Valores amostrais	HEMODIÁLISE	PÓS-TRANSPLANTE	
X ± S	12,71 ± 2,01	15,91 ± 2,06	
Mediana	12	16	
Min – Max	4,00 - 20,00	4,00 - 20,00	

Para o Domínio 01, observou-se diferença significativa entre os dois grupos de pacientes (p= 0,0001).

TABELA 04 - ESCORES OBTIDOS NO DOMÍNIO 02 – PSICOLÓGICO DO WHOQOL-BREF PARA OS DOIS GRUPOS DE PACIENTES. HUOL-NATAL/RN, 2006.

DOMÍNIO 02		P= 0,0001	
Valores amostrais	HEMODIÁLISE	PÓS-TRANSPLANTE	
X ± S	14,84 ± 2,21	16,75 ± 1,73	
Mediana	14	17	
Min – Max	4,00 - 20,00	4,00 - 20,00	

Na análise do Domínio 02, observamos uma diferença significativa entre os dois grupos (p= 0,0001).

TABELA 05 - ESCORES OBTIDOS NO DOMÍNIO 03 – RELAÇÕES SOCIAIS DO WHOQOL-BREF PARA OS DOIS GRUPOS DE PACIENTES. HUOL-NATAL/RN, 2006.

DOMÍNIO 03		P = 0,005384	
Valores amostrais	HEMODIÁLISE	PÓS-TRANSPLANTE	
X ± S	16,58 ± 2,79	17,79 ± 2,72	
Mediana	17	18	
Min – Max	4,00 - 20,00	4,00 - 20,00	

O Domínio 03 apresenta uma diferença significativa entre os dois grupos de pacientes (p= 0,005384).

TABELA 06 - ESCORES OBTIDOS NO DOMÍNIO 04 – MEIO AMBIENTE DO WHOQOL-BREF PARA OS DOIS GRUPOS DE PACIENTES. HUOL-NATAL/RN, 2006.

DOMÍNIO 04		P= 0,0001	
Valores amostrais	HEMODIÁLISE	PÓS-TRANSPLANTE	
X ± S	12,38 ± 1,89	14,16 ± 2,01	
Mediana	12	14	
Min – Max	4,00 - 20,00	4,00 - 20,00	

Para o Domínio 04, observou-se diferença significativa entre os dois grupos de pacientes (p= 0,0001).

4.8.1 PROCEDIMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA QV

Para análise da escala de Qualidade de Vida medida pelo WHOQOL-bref, seguimos os passos definidos pela OMS (WHOQOL GROUP, 1995), apresentados a seguir:

- Verificamos se cada uma das 26 questões obteve respostas entre 1-5;
- Fizemos a inversão dos valores das questões 3, 4 e 26, por serem negativamente orientadas (1=5), (2=4), (3=3), (4=2), (5=1);

ESQUEMA PARA INVERSÃO DOS ESCORES DA ESCALA DE ATITUDES

Escore Original	1	2	3	4	5
Escore Invertido	5	4	3	2	1

- Fizemos o cálculo dos escores dos Domínios e das questões da qualidade de vida geral numa escala de 4 a 20 pontos, da seguinte forma: 1 = 4; 2 = 8; 3 = 12; 4 = 16; 5 = 20.
- Transformamos os escores de cada Domínio para escala original, de 0 a 100, subtraindo cada valor de 4 e multiplicando pelo fator (100/16), para que os escores pudessem ser diretamente comparáveis com a escala original do WHOQOL-100;
- *O Domínio Geral* compreende as questões 1 e 2, porém é necessário que as duas estejam respondidas, para que este seja calculado.
- *O Domínio Físico* é composto pelas questões 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18, sendo que o mínimo de questões respondidas deve ser 6, para que o Domínio possa ser calculado;
- *O Domínio Psicológico* é composto pelas questões 5, 6, 7, 11, 19, 26 e deve ter no mínimo 5 questões respondidas, para que o Domínio seja calculado.
- *O Domínio Relações Sociais* compreende as questões 20, 21, 22 e deve ter no mínimo 2 questões respondidas.
- *O Domínio Meio Ambiente* compreende as questões 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25 e deve ter no mínimo 6 questões respondidas;

Nas 120 entrevistas, deste estudo, não tivemos ausência de respostas na escala de QOL.

4.8.2 AVALIAÇÃO DE CONFIABILIDADE

Para medir a confiabilidade, isto é, a consistência interna ou homogeneidade do instrumento, utilizou-se o Alfa de Cronbach, e quanto à validade usamos a análise fatorial.

Através da determinação do Coeficiente Alfa de Cronbach, ou seja, índices de estimativa de homogeneidade, foram analisados correlações entre os itens e Domínios, e, para isso, os itens pertencentes ao mesmo Domínio foram agrupados, e calculadas as suas correlações. Não foram identificadas correlações negativas, sugestivas de inconsistência interna, sendo, portanto, mantidos todos os itens.

TABELA 07 – VALORES DO COEFICIENTE DE FIDEDIGNIDADE ALFA DE CRONBACH POR COMPONENTES DOS DOMÍNIOS DO WHOQOL-BREF. HUOL-NATAL/RN, 2006.

Domínios do WHOQOL-bref (Alfa de Cronbach)	Itens
Domínio 01 (Físico) ($\alpha = 0,8388$)	03
	04
	10
	15
	16
	17
	18
Domínio 02 (Psicológico) ($\alpha = 0,5527$)	05
	06
	07
	11
	19
	26
Domínio 03 (Relações Sociais) ($\alpha = 0,7164$)	20
	21
	22
Domínio 04 (Meio Ambiente) ($\alpha = 0,6283$)	08
	09
	12
	13
	14
	23
	24
	25
Alfa Total da Escala = 0,8816	

Os valores para o Alfa de Cronbach variam de 0 a 01, sendo que quanto mais próximo de 01 é o coeficiente, mais aceitável é o instrumento. Um Alfa adequado para um instrumento

bem desenvolvido deve ser maior que 0,80, como é o caso do WHOQOL-bref (NUNNALLY apud LINO, 1999).

Em nossa pesquisa o Alfa de Cronbach total da escala foi igual a 0,8816, significando que a variação de erro é pequena, atestando uma boa consistência interna do Instrumento.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para abordarmos os resultados e a discussão dos dados obtidos nessa pesquisa, iniciamos pela apresentação da primeira parte do instrumento que constou de itens sócio-demográficos e profissionais dos pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal.

Em seguida, apresentaremos os dados obtidos através da segunda parte do instrumento (partes A e B) do WHOQOL-bref, resultantes da percepção dos pacientes às questões relacionadas à QV geral e nos Domínios físico, psicológico, meio ambiente e Relação Sociais.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PACIENTES EM HEMODIÁLISE E PÓS-TRANSPLANTE RENAL NO AMBULATÓRIO DE NEFROLOGIA DO HUOL

Nesse primeiro momento, faremos uma apresentação dos dados de caracterização sócio-demográficos dos 120 pacientes atendidos no ambulatório de transplante renal do Hospital Universitário Onofre Lopes, durante o período de coleta de dados. Os indivíduos desse estudo foram divididos em dois grupos distintos, sendo o primeiro composto por 62 pacientes em atendimento preparatório para o transplante em programa hemodialítico há mais de seis meses, e o segundo por 58 transplantados com tempo igual ou superior a seis meses com enxerto funcionante, de acordo com os objetivos propostos.

GRÁFICO 01- DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES EM HEMODIÁLISE SEGUNDO SEXO. HUOL-NATAL/RN, 2006.

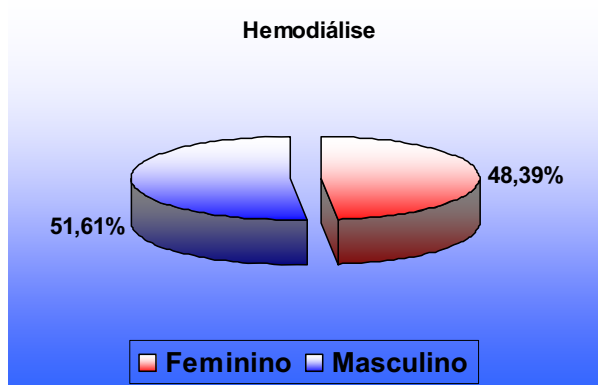
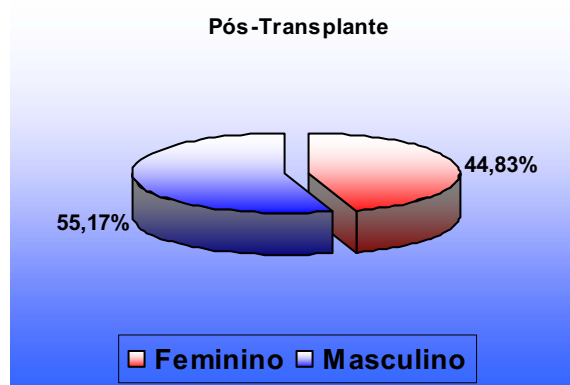


GRÁFICO 02 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES PÓS-TRANSPLANTE RENAL SEGUNDO SEXO. HUOL-NATAL/RN, 2006.



Ao analisarmos os dados desses pacientes segundo sexo, constatamos na população em hemodiálise (Gráfico 01) uma discreta predominância do masculino: 32 (51,61%) em relação ao sexo feminino: 30 (48,39%). O mesmo ocorreu com o grupo de transplantados (Gráfico 02), onde 32 (55,17%) eram do sexo masculino e 26 (44,83%) eram do feminino.

Pereira et al. (2003) encontraram resultados semelhantes, numa população de transplantados renais, onde, num total de 72 pacientes, 37 eram do sexo masculino. Soares et al. (2003), em pesquisa com crianças e adolescentes portadores de IRC, também encontraram pequenas diferenças quanto o gênero, sendo 35 do sexo masculino e 27 do sexo feminino.

Já nos estudos realizados por Bittencourt (2003), Kusomota (2005); Abreu (2005) e Santos (2005b*) com pacientes em hemodiálise, houve predominância de indivíduos do sexo masculino.

Duarte (2003) contrapõe-se a esses dados quando ao realizar um estudo de tradução e adaptação de um instrumento de avaliação de QV em renais crônicos, observou que o sexo feminino representou 60% da sua população.

* SANTOS, P. R. Correlação entre marcadores laboratoriais e nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. *J. Bras. Nefrol.* 2005b; v. 27, n. 2, p.70-75.

Apesar de não havermos encontrado, em nosso estudo, grandes diferenças quanto ao sexo nas duas populações, Alves (2003) diz que os homens com doença renal progridem mais rapidamente para a IRC que as mulheres pelo fato de que os indivíduos do sexo masculino estão mais expostos a fatores de risco, como as substâncias nefrotóxicas, o fumo e o consumo de dieta hiperprotéica e hiperglicêmica.

Em conformidade, Thomé et al. (1999a*) afirmam que o desenvolvimento de doença renal por glomeruloesclerose, focal ou global, pode estar relacionado a vários fatores como a arteriosclerose da artéria aferente, o grau de hipertensão arterial, o sexo masculino e idade.

Em relação ao sexo feminino, Silva (2003) ressalta que as mulheres têm taxas de mortalidade inferiores as dos homens em todas as faixas etárias, e detêm maior conhecimento sobre as doenças e seus sintomas, pois buscam os serviços de saúde com maior frequência. Este fato diminui a ocorrência e complicações nas diferentes patologias e fatores de risco, como tabaco, álcool e acidentes, quando comparadas à população masculina.

Um estudo multicêntrico, realizado recentemente no Brasil para avaliar a associação entre dose de diálise e mortalidade, encontrou melhores resultados na população feminina, com queda significativa de mortalidade nas mesmas condições que a população masculina (MATOS et al., 2006).

Observando estes dados, parece haver indícios que os indivíduos do sexo masculino estão mais expostos e acometidos por doenças renais que os do sexo feminino. Este fato deve ser visto como um problema a ser melhor investigado. Merece, portanto, uma participação ativa dos órgãos governamentais e dos profissionais de saúde na prevenção e promoção da saúde. Um enfoque maior deve ser dado aos inúmeros fatores de risco que podem levar à IRC.

* THOMÉ, F. S. et al. Insuficiência Renal Aguda. THOMÉ, F. S. et al. Insuficiência Renal Aguda. In: BARROS, E; MANFRO, R. C; THOMÉ, F. S; GONÇALVES, L. S. F. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 1999a. p. 391-403.

GRÁFICO 03 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES EM HEMODIÁLISE SEGUNDO FAIXA ETÁRIA - NATAL/RN, 2006.

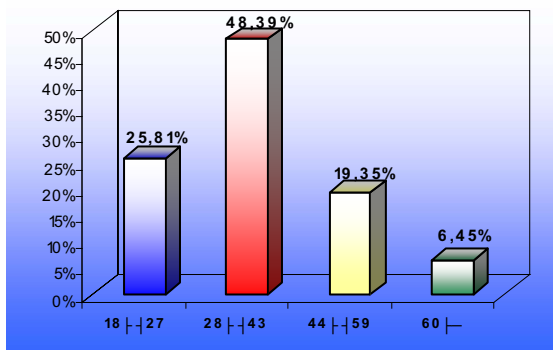
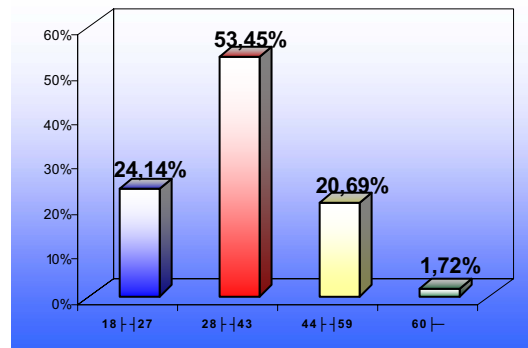


GRÁFICO 04 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES PÓS-TRANSPLANTE RENAL SEGUNDO FAIXA ETÁRIA - NATAL/RN, 2006.



Quanto à faixa etária, podemos observar, nos Gráficos 03 e 04, que nas duas populações o intervalo, entre 28 a 43 anos, apresentou uma maior frequência, sendo 31 (53,45%) transplantados renais e 30 (48,99%) indivíduos em hemodiálise, seguido pelo intervalo 18 a 27 anos, onde 16 (25,81%) eram pacientes em hemodiálise e 14 (24,14%) transplantados.

Podemos inferir que as duas populações que participaram deste estudo foram compostas em sua grande maioria por adultos jovens, com uma média de idade de 35,78 e desvio padrão de 11,34.

Castro et al. (2003), ao estudarem a QV de um grupo de pacientes renais em hemodiálise, observaram que a média de idade foi de 46 anos, com desvio padrão de 15 anos. Já Kusumota (2005) encontrou uma participação maior de pacientes submetidos a tratamento hemodialítico na faixa etária de 50 a 59 anos. A autora comparou a variável idade entre adultos e idosos e observou que no Domínio sobrecarga da doença os idosos tiveram piores escores, indicando que a idade influencia negativamente a QV desses indivíduos.

Böhlke et al. (2003) chamam a atenção para o fato de que a doença renal atinge um grande número de pessoas em idades economicamente ativas, onerando assim, o sistema de saúde e família pela potencial perda da força produtiva causada pela doença e seu tratamento.

Gómez (2004), ao avaliar pacientes diabéticos, observou que ao aumentar a idade há piores resultados na QV, principalmente relacionada aos aspectos físicos e ao maior impacto das enfermidades crônicas.

Siviero (2003) afirma que, não só a idade influencia a percepção do indivíduo sobre o significado da QV, mas também a situação social, o meio ambiente, as relações pessoais e os níveis de saúde e educação.

Neste estudo, ao cruzarmos faixa etária com QV, não houve significância estatística. Portanto, na população estudada não podemos afirmar que a idade é uma variável que tem influência na QV.

GRÁFICO 05 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES EM HEMODIÁLISE SEGUNDO PROCEDÊNCIA. HUOL-NATAL/RN, 2006.

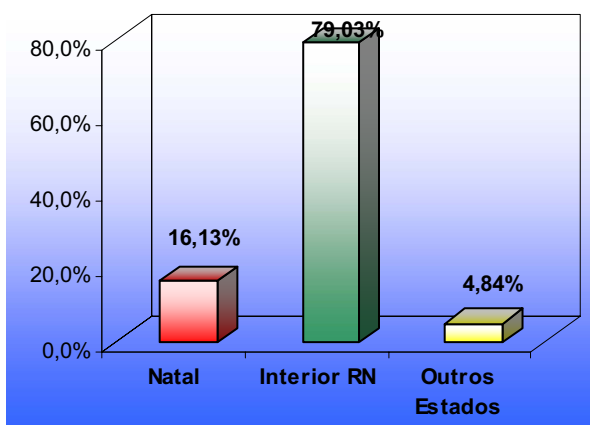
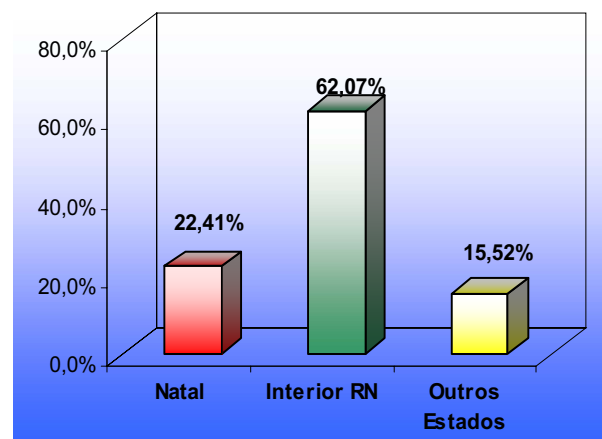


GRÁFICO 06 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES EM PÓS-TRANSPLANTE RENAL SEGUNDO PROCEDÊNCIA. HUOL-NATAL/RN, 2006.



Quanto à procedência, houve predomínio de pacientes oriundos do interior do Estado do Rio Grande do Norte (RN), conforme os dados apresentados nos Gráficos 05 e 06, sendo

49 (79,03%) de pacientes em hemodiálise e 39 (62,07%) de transplantados renais. 13 (22,41%) dos transplantados e 10 (16,13%) de pacientes em hemodiálise eram oriundos de Natal/RN. Em relação às cidades do interior, Mossoró, Santo Antonio do Salto da Onça e São Bento do Norte foram as que tiveram maior representatividade de pacientes, com 05 (4,17%) em cada município.

O fato da maioria dos pacientes entrevistados serem procedentes do interior do Estado justifica-se, como já foi dito anteriormente, pelo fato de que o Hospital Universitário Onofre Lopes, local da realização da pesquisa, ser referência em transplantes renais e possuir serviço de hemodiálise, sendo o único hospital público a disponibilizar essa especialidade para todo o Rio Grande do Norte.

Essa variável foi pesquisada por julgarmos relevante conhecer a procedência dos pacientes da população estudada. No entanto, o fato de residirem no interior ou na capital do Rio Grande do Norte, ou procederem de outros Estados, não apresentou relevância significativa na população estudada.

TABELA 08 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES EM HEMODIÁLISE E PÓS-TRANSPLANTE RENAL SEGUNDO ESTADO CIVIL. HUOL-NATAL/RN, 2006.

Estado Civil	Hemodiálise		Pós-transplante		Total	
	N	%	N	%	N	%
Casado	37	59,68	27	46,55	64	53,30
Solteiro	23	37,10	28	48,28	51	42,50
Viúvo	01	01,61	01	01,72	02	01,70
Separado	01	01,61	02	03,45	03	02,50
Total	62	100,00%	58	100,00%	120	100,00%

Em relação ao estado civil dos entrevistados, podemos verificar, na Tabela 08, que a maioria dos pacientes em hemodiálise era casada 37 (59,68%), seguido de solteiros 23 (37,10%); no grupo de transplantados 28 (48,28%) dos pacientes eram solteiros e 27 (46,55%)

casados. Vale aqui salientar que, para efeito desse estudo, consideramos casadas todas as pessoas que informaram união consensual independente de formalização legal do casamento.

Estes dados estão de acordo com os achados de Bittencourt (2003), quando constatou ao trabalhar com pacientes renais que 580 (58%) declaravam-se casados ou em união estável, seguido de 390 (39%) solteiros. O mesmo ocorreu em pesquisa realizada por Silva; Silva (2003), onde 13 (61,9%) indivíduos eram casados e 8 (38,1%) solteiros. As autoras relataram, ainda, que a doença atrapalhou os relacionamentos sociais, contribuindo para o desequilíbrio e desajuste, levando ao surgimento de novos arranjos familiares.

Concordamos com os autores consultados em relação a essa variável; porém não houve significância estatística quando cruzamos estado civil e QV.

GRÁFICO 07- DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES EM HEMODIÁLISE SEGUNDO A PROLE. HUOL-NATAL/RN, 2006.

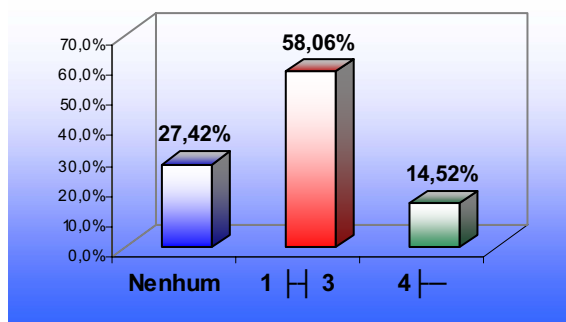
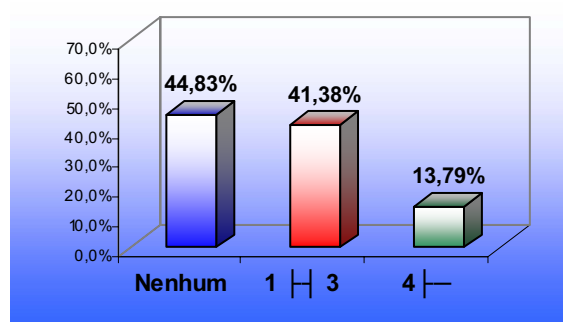


GRÁFICO 08- DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES PÓS-TRANSPLANTE SEGUNDO A PROLE. HUOL-NATAL/RN, 2006.



Conforme podemos observar nos Gráficos 07 e 08, houve maior frequência de pacientes com prole de 1 a 3 filhos na população de pacientes em hemodiálise (58,06%), seguido pelos transplantados (41,38%). Enquanto que, entre os pacientes transplantados, predominou aqueles indivíduos que informaram não ter filhos (44,83%), seguido pelos pacientes em hemodiálise (27,42%).

Confrontando esses dados com as estatísticas brasileiras, detectamos que os resultados encontrados são também da redução progressiva das taxas de fecundidade em nosso país que registrou no último censo demográfico, realizado em 2000, uma média de 2,38 filhos por mulher, onde há 40 anos essa taxa era de 6,2 filhos. Este mesmo censo concluiu que, mulheres com 08 anos ou mais de estudo têm menor número de filhos, comparando aquelas com menos de 04 anos, sendo essa influência da escolaridade na fecundidade observada em todas as regiões do país (BRASIL, 2002).

Em relação a ter ou não filhos, observamos, em nosso estudo, que esta variável influenciou positivamente à percepção sobre a QV desses pacientes. Ressaltamos, porém, que essas diferenças não se mostraram estatisticamente significativas.

Dados semelhantes foram constatados por Kusumota (2005); Dantas; Góis e Silva (2005); Queiroz (2000), ao afirmarem que a quantidade de filhos e a presença de um companheiro foram achados que influenciaram favoravelmente as respostas dos pacientes renais pesquisados, e se refletiram na QV percebida pelos mesmos.

Em relação à doença renal crônica, Grossman e Hou (2003) afirmam que essa patologia contribui para diminuição ou perda da fertilidade, impotência sexual e manutenção da gestação, que são eventos decorrentes de perturbações no eixo hipotalâmico-pituitário-ovariano. As autoras afirmam ainda que ciclos anovulatórios e infertilidade são comuns em quarenta por cento das mulheres em diálise, sem mencionar que 56% das gestações mal sucedidas resultam em abortos espontâneos e terapêuticos, natimortos e mortes neonatais.

Contrapondo as observações de Grossman e Hou (2003) e Ducarme et al. (2006) afirmam que em pacientes transplantadas renais, acompanhadas no pré, trans e pós-gestação, as únicas intercorrências foram atribuídas a complicações próprias da gravidez e não do transplante em si.

Continuando a análise sobre as intercorrências obstétricas em pacientes transplantadas renais, Oliveira et al. (2005) relatam que a pré-eclâmpsia é a mais comum e surge em decorrência de problemas como diabetes, vasculopatias e nefropatias, sendo causa de elevada morbidade materna e perinatal nessa população. É importante dizer, ressalta o autor, que a pré-eclâmpsia é patologia de difícil diagnóstico nessas pacientes, já que a maioria possui hipertensão arterial crônica e freqüentemente apresentam proteinúria.

Quando comparamos a prole, o estado civil e a faixa etária dos pacientes em hemodiálise, (TABELA 13 - ANEXO H) observamos que houve maior número de indivíduos casados com 1 a 3 filhos na faixa etária compreendida entre 28 a 43 anos. Enquanto que, na população transplantada, houve predominância de indivíduos solteiros, sem filhos e na faixa etária de 18 a 27 anos.

TABELA 09 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES EM HEMODIÁLISE E PÓS-TRANSPLANTE RENAL SEGUNDO NÍVEL DE ESCOLARIDADE E SEXO. HUOL-NATAL/RN, 2006.

TRATAMENTO	NÍVEL DE ESCOLARIDADE	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
HEMODIÁLISE	Não Alfabetizado	03	10,00	03	09,40	06	09,70
	Fundamental Incompleto	19	63,30	20	62,50	39	62,90
	Fundamental Completo	00	00,00	00	00,00	00	00,00
	Médio Incompleto	03	10,00	05	15,60	08	12,90
	Médio Completo	04	13,30	04	12,50	08	12,90
	Superior incompleto	00	00,00	00	00,00	00	00,00
	Superior Completo	01	03,30	00	00,00	01	01,60
	Total	30	100,00	32	100,00	62	100,00
PÓS TRANSPLANTE	Não Alfabetizado	01	03,80	01	03,10	02	03,40
	Fundamental Incompleto	09	34,60	18	56,30	27	46,60
	Fundamental Completo	01	03,80	02	06,30	03	05,20
	Médio Incompleto	08	30,80	01	03,10	09	15,50
	Médio Completo	05	19,20	10	31,30	15	25,90
	Superior incompleto	01	03,80	00	00,00	01	01,70
	Superior Completo	01	03,80	00	00,00	01	01,70
	Total	26	100,00	32	100,00	58	100,00

Ao cruzarmos nível de escolaridade e sexo, demonstrado na Tabela 09, observamos

que nas duas populações houve uma freqüência elevada daqueles indivíduos do sexo masculino com ensino fundamental incompleto, sendo 20 (62,50%) sujeitos em hemodiálise e 18 (56,30%) transplantados, representando nos dois grupos mais da metade dos pacientes. No grupo feminino das duas populações também houve predomínio do nível de escolaridade fundamental incompleto, sendo 19 (63,30%) pacientes em hemodiálise e 09 (34,60%) transplantadas.

Outro ponto interessante, no cruzamento dessas duas variáveis, é que 3,80% dos pacientes que tinham nível superior completo e incompleto eram do sexo feminino. Porém, não houve representação do sexo masculino com este nível de educação.

Esses dados estão em conformidade com as estatísticas brasileiras do último censo demográfico, que registrou a superioridade feminina em relação ao nível de instrução (BRASIL, 2002; BRASIL, 2003).

Sobre esse tema, Bittencourt et al. (2004) encontraram resultados semelhantes aos nossos ao estudar uma população de transplantados renais, onde 40,4% dos pacientes possuíam o 1º Grau incompleto que corresponde hoje ao nível fundamental incompleto, e apenas 09% possuíam nível superior. Um outro estudo realizado por Abreu (2005), buscando investigar a qualidade de vida de pacientes em hemodiálise no Paraná, mostra que 69% possuíam nível fundamental incompleto.

Kusumota (2005) também encontrou resultados semelhantes numa população de renais em hemodiálise, onde 128 (66,0%) pacientes tinham nível fundamental incompleto. No entanto, observou maior freqüência de pessoas do sexo feminino entre os não alfabetizados e uma maior participação daquelas do sexo masculino nos demais níveis, evidenciando menor escolaridade no grupo feminino.

Reforçando ainda esses dados, Sesso; Rodrigues Neto e Ferraz (2003), quando investigaram o impacto socioeconômico na QV de pacientes renais crônicos, encontraram

resultados semelhantes aos encontrados neste estudo, ou seja, a maioria dos pacientes tinha um baixo nível de escolaridade, compreendido como oito ou menos anos de estudo.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sobre essa temática, revelam que, no Brasil, o nível de instrução ainda é muito aquém do ideal, principalmente na Região Nordeste, onde a maior concentração da população está classificada como “não alfabetizada”. Continua dizendo que este problema persiste apesar dos fortes investimentos do poder público em políticas educacionais e registra, ainda, defasagem da média de anos de estudo, por idades, e do número de estudantes brasileiros de famílias pobres que chegam ao ensino superior (BRASIL, 2002; BRASIL, 2003).

Refletindo sobre o problema da educação no nosso país, Menezes Filho; Mendes e Almeida (2004) afirmam que, para elevar a quantidade e qualidade da educação dos trabalhadores brasileiros, faz-se necessário à formulação de políticas econômicas que visem à capacitação do trabalhador.

Este fato se justifica quando analisamos o baixo nível de escolaridade, onde 55% dos indivíduos do estudo informaram ter primeiro grau incompleto, ou seja, menos de oito anos de estudo em comparação com os níveis de emprego. A educação tem papel fundamental na qualificação dos indivíduos, sendo responsável por formar mão-de-obra especializada, proporcionando melhor remuneração e maiores oportunidades no mercado de trabalho cada vez mais exigente (MENEZES-FILHO; MENDES; ALMEIDA, 2004).

Tendo esse estudo sido realizado em Natal, capital do Rio Grande do Norte, localizada geograficamente no Nordeste, eram esperados estes resultados, uma vez que, segundo Brasil (2006), na Região Nordeste Brasileira, o nível de escolaridade é inferior em relação ao restante do país, apesar do registro de melhorias nos últimos anos.

Ao cruzarmos as demais variáveis sócio-demográficas com a QV, não houve significância estatística na população estudada.

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES EM HEMODIÁLISE E PÓS-TRANSPLANTE RENAL SEGUNDO STATUS DE TRABALHO. HUOL-NATAL/RN, 2006.

TRABALHA?	Hemodiálise		Pós-transplante		Total	
	N	%	N	%	N	%
Não	61	98,39	44	75,86	105	87,50
Sim	01	01,61	14	24,14	015	12,50
Total	62	100,00	58	100,00	120	100,00

De acordo com a Tabela 10, 61 (98,39%) pacientes em hemodiálise e 44 (75,86%) transplantados não estavam trabalhando no momento da entrevista. Observamos que, entre aqueles que afirmaram estar trabalhando, houve maior participação de transplantados (24,15%), em comparação aos pacientes em hemodiálise onde apenas 01 (1,61%) afirmou estar trabalhando.

Kusumota (2005), trabalhando com pacientes em hemodiálise, também observou que em sua população, grande número de pacientes 137 (70,6%) não estava trabalhando.

Bittencourt (2003), ao analisar as falas dos pacientes em hemodiálise, ressalta que observou certo descontentamento diante da impossibilidade de voltar a trabalhar, traduzido pela dependência do tratamento, rigor de horários, distância percorrida entre o local de residência até os centros de diálise e incapacidade física.

Apesar de estatisticamente não ter apresentado significância em nossa população, consideramos, extremamente relevante, a investigação dessa variável por ser um dos aspectos que podem influenciar direta e indiretamente a QV das pessoas.

Dados semelhantes foram encontrados por Bittencourt et al. (2004), em pesquisa realizada com transplantados renais, onde não houve diferenças significativas nas variáveis, sexo, idade, escolaridade e vínculo empregatício.

TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES EM HEMODIÁLISE E PÓS-TRANSPLANTE RENAL SEGUNDO A RENDA FAMILIAR MENSAL. HUOL-NATAL/RN, 2006.

RENDA FAMILIAR (salário mínimo)	Hemodiálise		Pós-transplante		Total	
	N	%	N	%	N	%
00 — 02	39	62,90	33	56,90	68	56,67
02 — 05	21	33,87	23	39,66	44	36,67
05 — 10	02	03,23	02	03,45	04	03,33
Total	62	100,00	58	100,00	120	100,00

Com relação à renda familiar mensal, vemos, na Tabela 11, que predominou até 02 salários-mínimos, tanto na população em hemodiálise, 39 (62,90%) quanto nos transplantados 33 (56,90%), totalizando 68 (56,7%) dos participantes do estudo que informaram renda familiar de até dois salários mínimos. Acima de 02 a 05 salários, tivemos 23 (39,66%) transplantados e 21 (33,87%) pacientes em hemodiálise.

Observamos que, no tocante à renda familiar mensal, as duas populações se encontram no mesmo patamar. Este fato justifica-se em parte pelo grande número de pessoas afastadas do trabalho, recebendo benefício do INSS, com valor inferior ou igual ao salário mínimo.

Estes dados são confirmados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), quando revela que aproximadamente 2,876 milhões de trabalhadores brasileiros ganhavam, em 2005, uma remuneração menor que o salário mínimo e estavam inseridos no mercado de trabalho informal. Lembramos que o salário mínimo vigente em nosso país é atualmente de R\$ 350,00 (BRASIL, 2005).

Em conformidade, o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) divulgou que 40 milhões de trabalhadores e beneficiários da previdência e assistência social receberam até 01 salário mínimo, e 24 milhões receberam exatamente 01 salário mínimo, em 2005 (BRASIL, 2005).

Esta variável sociodemográfica, a exemplo das demais, mesmo sendo considerada muito importante quando estudamos a QV, não foi significativa estatisticamente quando fizemos o cruzamento entre renda mensal e QV.

TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES EM HEMODIÁLISE E PÓS-TRANSPLANTE RENAL SEGUNDO O TEMPO DE TRATAMENTO. HUOL-NATAL/RN, 2006.

Tempo de Tratamento		Hemodiálise		transplante		Total	
		N	%	N	%	N	%
06 meses	— 01 ano	04	06,45	16	27,59	20	16,70
01 ano	— 04 anos	39	62,90	31	53,45	70	58,30
04 anos	— 08 anos	14	22,58	09	15,52	23	19,20
08 anos	—	05	08,06	02	03,45	07	05,80
Total		62	100,00	58	100,00	120	100,00

Quanto ao tempo de tratamento, observamos, na Tabela 12, que 39 (62,90%) dos pacientes em hemodiálise tinham entre de 01 a 04 anos, o mesmo foi observado para o grupo de transplantados, onde 31 (53,45%) informaram estar, também, compreendidos nesse mesmo intervalo de tempo.

Também observamos que houve uma diferença entre o menor e o maior tempo de tratamento, ao compararmos as duas populações estudadas, de 06 meses a 24 anos nos pacientes em terapia hemodialítica, e de 06 meses a 11 anos o tempo decorrido após o transplante renal. Apesar da unidade de transplante renal do HUOL só estar em funcionamento há oito anos, encontramos pacientes com tempo superior de pós-operatório, fato justificado por terem sido transplantados em outros centros e estarem em acompanhamento ambulatorial aqui no Rio Grande do Norte.

Castro et al. (2003), ao estudarem a QV, encontraram grande variação quanto ao tempo de tratamento, indo de 1 a 176 meses de hemodiálise.

O mesmo ocorreu em estudo realizado por Kusomota (2005), que encontrou uma grande diferença entre o menor e o maior tempo de tratamento hemodialítico, variando de seis meses a vinte e dois anos, compatível com a do nosso estudo. A autora, com base neste achado, registra que o considerável aumento da sobrevida dessa população decorre dos avanços científicos, tecnológicos e das leis que regulamentam o funcionamento das unidades de diálise.

Quando analisamos a correlação entre tempo de tratamento e QV, não houve diferença estatisticamente significativa na população pesquisada. Martins; Cesarino (2005), ao estudarem a QV de pacientes em hemodiálise, observaram correlação negativa entre tempo de tratamento e o Domínio Físico, evidenciado por limitações nas atividades cotidianas.

Gómez (2004) pesquisou a QV de pacientes diabéticos no México, utilizando o WHOQOL-bref, e observou que aqueles com menor tempo de evolução da doença apresentaram uma melhor QV, constatando que o impacto da enfermidade foi maior no grupo com tempo de evolução superior a cinco anos.

5.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES EM HEMODIÁLISE E PÓS-TRANSPLANTE RENAL - NO AMBULATÓRIO DE NEFROLOGIA DO HUOL - MEDIDOS PELO WHOQOL-BREF.

Os dados referentes à avaliação de qualidade de vida, que serão apresentados a seguir, foram obtidos a partir da aplicação do instrumento WHOQOL-bref a 62 pacientes em hemodiálise e 58 transplantados renais em acompanhamento ambulatorial na Unidade de Nefrologia do HUOL.

Para analisar as respostas dos pacientes, apresentamos a distribuição das frequências numa escala tipo Likert de 1 a 5, onde 1 e 2 representam uma avaliação negativa, sinalizando insatisfação, 3 intermediária ou neutra e 4 e 5 uma avaliação positiva, indicando satisfação.

INSATISFAÇÃO		POSIÇÃO NEUTRA	SATISFAÇÃO	
1	2	3	4	5

5.2.1 DADOS REFERENTES ÀS QUESTÕES GERAIS

Iniciaremos a apresentação dos resultados pelas duas Questões Gerais que avaliam a QV dos pacientes. Estes foram solicitados a indicar sua resposta em uma escala que varia de **muito boa a muito ruim** e de **muito insatisfeito a muito satisfeito**, tomando como referência as duas últimas semanas de acordo com o WHOQOL-bref (ANEXO G, PARTE A, QUESTÕES 1 e 2).

QUADRO 01 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES EM HEMODIÁLISE E PÓS-TRANSPLANTE RENAL SEGUNDO AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA PERCEBIDA. HUOL-NATAL/RN, 2006.

Questão 01 – “Como você avaliaria sua qualidade de vida?”	Pacientes	muito ruim		Ruim		Nem ruim nem boa		boa		muito boa		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Hemodiálise	02	3,2	13	21,0	24	38,7	23	37,1	00	0,0	62	100,0
Pós-Transplante	00	0,0	00	0,0	01	1,7	25	43,1	32	55,2	58	100,0	

Conforme observamos no Quadro 01, a maioria dos transplantados indicou a opção **muito boa** (55,2%), seguida de **boa** (43,1%). Já entre os pacientes em hemodiálise, o maior número de respostas relacionadas foi **nem ruim nem boa** 38,7% e 37,1% **boa**.

Podemos afirmar, com base na apresentação da frequência das respostas, que o maior número de pacientes em hemodiálise ficou compreendido na faixa de neutralidade, enquanto que, no grupo de transplantados, a grande maioria demonstrou satisfação com a QV geral. Esses resultados nos levam a inferir que a insuficiência renal crônica e o tratamento hemodialítico influenciam negativamente a QV, percebida por esse grupo de pacientes.

Gómez (2004) obteve resultados semelhantes ao nosso, em relação à neutralidade das respostas, em pesquisa realizada com 287 pacientes diabéticos no México, utilizando o WHOQOL–bref, onde 156 (54,4%) respondentes escolheram a opção **nem ruim nem boa**. O mesmo ocorreu com Queiroz (2000), ao avaliar a QV de idosos empregando o mesmo instrumento, quando mais da metade dos participantes (51%) escolheram a opção de neutralidade **nem ruim nem boa**.

Bittencourt et al. (2004), ao estudarem um grupo de pacientes transplantados, observaram que a QV após esse procedimento foi superior quando comparada aos que retornaram ao tratamento dialítico, utilizando como medida o instrumento WHOQOL-bref. A média obtida em relação à QV demonstrou satisfação daqueles transplantados com enxerto funcionante.

QUADRO 02 DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES EM HEMODIÁLISE E PÓS-TRANSPLANTE RENAL QUANTO AO NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM SEU ESTADO DE SAÚDE. HUOL-NATAL/RN, 2006.

Questão 02 – “Quão satisfeito você esta com a sua saúde?”	Pacientes	Muito insatisfeito		Insatisfeito		Nem satis/insatis.		Satisfeito		Muito satisfeito		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
		Hemodiálise	03	4,8	31	50,0	03	4,8	24	38,7	01	1,6	62
Pós-Transplante	00	0,0	01	1,7	01	1,7	14	24,1	42	72,4	58	100,0	

Analisando os dados do Quadro 02, onde são apresentados os resultados obtidos para a segunda questão geral (*Quão satisfeito você esta com a sua saúde?*), vemos que a maioria dos transplantados (72,4%) expressou estar **muito satisfeito** com a sua saúde, seguido por 14 (24,1%) que indicaram a opção **satisfeito**. Sendo assim, ao somarmos esses dois percentuais, temos um total de 96,5% dos transplantados na posição positiva da escala, demonstrando um elevado nível de satisfação com a sua saúde.

Em relação ao grupo em hemodiálise, o maior número de pacientes 31 (50,0%) informou estar **insatisfeito**, e 03 (4,8%) **muito insatisfeito**. Ao agruparmos estes percentuais, vemos que 54,8% ficaram na posição negativa da escala, apontando para a insatisfação desse grupo em relação ao seu estado de saúde. Mas, observamos também que nesse mesmo grupo de indivíduos 24 (38,7%) responderam estar **satisfeito**.

Levando em consideração os achados dos pacientes em hemodiálise ao serem questionados quanto ao grau de satisfação com a sua saúde, afirmaram estarem satisfeitos. Acreditamos que essas respostas podem ter sido influenciadas positivamente pela situação em que se encontravam no momento, isto é, realizando acompanhamento ambulatorial preparatório para o transplante, alguns já em fase conclusiva do processo pré-transplante, inclusive já tendo encontrado entre seus parentes doadores compatíveis.

Kusumota (2005) encontrou resultado diferente do nosso ao buscar a avaliação da QV de pacientes em hemodiálise. Observou que 41,8% da sua população consideram sua saúde geral no meio termo, ou seja, nem ruim nem boa.

Minayo; Hartz e Buss (2000) afirmam que há estreita relação entre QV e saúde, por isso é um desafio enfrentar os múltiplos problemas, relacionados direta ou indiretamente à saúde, que afetam a humanidade, pois hoje temos o aumento da morbi-mortalidade por doenças crônico-degenerativas, uso de drogas, violência e o estresse da vida moderna.

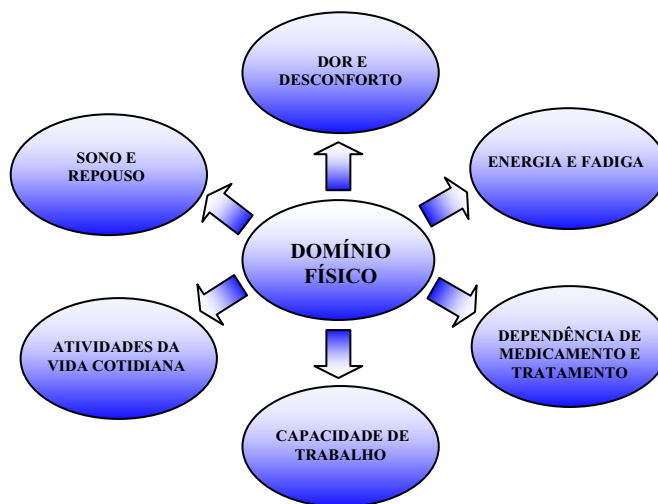
Quando comparamos as duas questões gerais, sentimos que há uma total dissonância entre a inter-relação da QV com a saúde, como afirma Minayo; Hartz e Buss (2000).

Siviero (2003) ressalta que, do ponto de vista da saúde, a QV pode ser vista sob dois aspectos: o individual e o coletivo. O primeiro refere-se à avaliação da capacidade funcional do indivíduo e das conseqüências trazidas pela morbidade, e o segundo se volta aos fatores de natureza física, biológica e social determinantes da doença. Ressalta, ainda, que a aquisição de um estilo de vida saudável pode determinar uma melhor QV.

Seidl e Zannon (2004) enfatizam a importância que deve ser dada pelos pesquisadores à relação da QV com aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais, pois são elementos norteadores indispensáveis na prevenção, tratamento e reabilitação em saúde.

5.2.2 APRESENTAÇÃO DOS DADOS REFERENTES AOS QUATRO DOMÍNIOS: FÍSICO, PSICOLÓGICO, RELAÇÕES SOCIAIS E MEIO AMBIENTE

DOMÍNIO FÍSICO



No Quadro 03 a seguir, serão apresentados os valores obtidos a partir das respostas dos pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal para as questões que compõem este Domínio.

QUADRO 03 - APRESENTAÇÃO DAS RESPOSTAS DOS PACIENTES EM HEMODIÁLISE E PÓS-TRANSPLANTE RENAL QUANTO AO DOMÍNIO FÍSICO. HUOL-NATAL/RN, 2006.

3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	Pacientes	nada		Muito pouco		Mais ou menos		bastante		Extrema/		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Hemodiálise	30	48,4	12	19,4	6	9,7	14	22,6	0	0,0	62	100,0
Pós-Transplante	41	70,7	12	20,7	3	5,2	2	3,4	0	0,0	58	100,0	
4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	Pacientes	nada		Muito pouco		Mais ou menos		bastante		Extrema/		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Hemodiálise	0	0,0	3	4,8	4	6,5	54	87,1	1	1,6	62	100,0
Pós-Transplante	0	0,0	14	24,1	8	13,8	35	60,3	1	1,7	58	100,0	

(Cont.)

QUADRO 03 - APRESENTAÇÃO DAS RESPOSTAS DOS PACIENTES EM HEMODIÁLISE E PÓS-TRANSPLANTE RENAL QUANTO AO DOMÍNIO FÍSICO. HUOL-NATAL/RN, 2006.

10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	Pacientes	Nada		Muito pouco		Médio		Muito		Completa/		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Hemodiálise	01	1,6	23	37,1	11	17,7	23	37,1	04	6,5	62	100,0
	Pós-Transplante	00	0,0	02	3,4	09	15,5	08	13,8	39	67,2	58	100,0
15. Quão bem você é capaz de se locomover?	Pacientes	Muito ruim		Ruim		Nem ruim/bom		Bom		Muito bom		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Hemodiálise	02	3,2	10	16,1	02	3,2	40	64,5	08	12,9	62	100,0
	Pós-Transplante	00	0,0	03	5,2	01	1,7	11	19,0	43	74,1	58	100,0
16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	Pacientes	Muito insatisfeito		Insatisfeito		Nem satis/insatis.		Satisfeito		Muito satisfeito		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Hemodiálise	00	0,0	17	27,4	00	0,0	30	48,4	15	24,2	62	100,0
	Pós-Transplante	00	0,0	04	6,9	03	5,2	15	25,9	36	62,1	58	100,0
17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	Pacientes	Muito insatisfeito		Insatisfeito		Nem satis/insatis.		Satisfeito		Muito satisfeito		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Hemodiálise	00	0,0	29	46,8	08	12,9	23	37,1	02	3,2	62	100,0
	Pós-Transplante	00	0,0	05	8,6	00	0,0	16	27,6	37	63,8	58	100,0
18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	Pacientes	Muito insatisfeito		Insatisfeito		Nem satis/insatis.		Satisfeito		Muito satisfeito		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Hemodiálise	05	8,1	35	56,5	08	12,9	14	22,6	00	0,0	62	100,0
	Pós-Transplante	00	0,0	08	13,8	07	12,1	16	27,6	27	46,6	58	100,0

No Quadro 03, podemos observar que houve diferença significativa entre os dois grupos estudados, quanto aos aspectos que compõem o *Domínio Físico*. Para facilitar a compreensão em relação à diferença na percepção tanto dos transplantados quanto dos renais em hemodiálise, apresentaremos algumas questões em que essas diferenças foram mais acentuadas.

Ao analisarmos isoladamente a Questão 10 (*Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?*), ou seja, para as atividades da vida diária, podemos observar que os transplantados renais, em sua grande maioria, responderam **completamente** (67,2%), enquanto apenas 02 (3,2%) dos pacientes em hemodiálise escolheram essa alternativa como

resposta. Esse dado sugere que após o transplante renal houve melhora da energia física percebida por esses sujeitos.

Já em relação ao grupo em hemodiálise, observamos que o maior número de pacientes respondeu estar **insatisfeito** com sua capacidade de desempenhar as atividades do dia-a-dia, ou seja, 29 (46,8%) escolheram essa opção. Enquanto que no grupo de transplantados apenas 05 (8,6%) pacientes afirmaram estar **insatisfeitos**.

Esses achados estão em conformidade com as respostas dos indivíduos dos dois grupos estudados quanto à Questão 17 (*Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do dia-a-dia?*). Nesse item vemos que houve fidedignidade nas respostas, pois 46,8% dos pacientes em hemodiálise afirmaram estar **insatisfeitos**, e 63,8% dos transplantados se disseram **muito satisfeitos**. Esses dados confirmam que aqueles que disseram não ter energia, também não estavam satisfeitos com a capacidade de desempenhar as atividades do dia-a-dia.

Martins e Cesarino (2005) observaram comprometimento na Dimensão das Atividades Domésticas em pacientes submetidos à hemodiálise, utilizando o instrumento SF-36. Ao correlacionar essa dimensão com sexo, as autoras constataram que as mulheres referiram ter maior prejuízo nessas atividades, com um percentual de 74,5% em comparação aos indivíduos do sexo masculino com 31,1%. Esse número se justifica, pois, na nossa cultura, é o sexo feminino que está mais comprometido com as atividades domésticas.

Maso; Silva e Mariga (2003), ao estudarem a percepção do paciente renal em relação ao momento da hemodiálise, observaram que, no dia que antecedia o tratamento, estes referiam sentir-se edemaciados, sendo este um sintoma freqüente no insuficiente renal crônico. Quanto ao sintoma mais comum após a realização deste procedimento, a maioria referiu sentir-se debilitado, expressaram “fadiga e fraqueza”.

No que se refere ainda a esse aspecto, Lima e Gualda (2000) afirmam que ao longo do tratamento hemodialítico o paciente sofre desgaste físico, estresse mental e emocional, em decorrência das limitações físicas, da diminuição da vida social e da incerteza sobre o futuro. Esses fatores são apontados como responsáveis pelo declínio na percepção da QV, vivenciada por esses pacientes.

A capacidade de locomoção, abordada na Questão 15 (*Quão bem você é capaz de se locomover?*), evidencia as limitações dos pacientes renais nesse aspecto, que se relaciona diretamente com a diminuição de energia e limitação física. Podemos observar que 16,1% daqueles em hemodiálise escolheram a opção **ruim**, nessa mesma condição havia um percentual de 5,2 transplantados.

Caballero e Limones (1999), ao estudar um grupo de 117 diabéticos em diálise, no México, observaram que esses pacientes referiram comprometimento na dimensão física, que de acordo com o instrumento utilizado avaliava deambulação, exercício e cuidados de higiene corporal.

Castro et al. (2003), ao pesquisarem a QV de pacientes renais em hemodiálise, observaram que as dimensões com menores escores foram vitalidade e aspectos físicos. Vale ressaltar que essas dimensões avaliam principalmente o desempenho nas atividades diárias e de trabalho, a sensação de desânimo e falta de energia.

Com relação ao grau de satisfação com o sono (Questão 16), observamos que a maioria dos pacientes de ambos os grupos apresentou respostas positivas, sendo que 36 (62,1%) transplantados responderam estar **muito satisfeitos**, e 30 (48,4%) pacientes em hemodiálise responderam estar **satisfeitos**. Entretanto, no grupo de pacientes em hemodiálise 27,4% se declararam **insatisfeitos**, enquanto que no grupo de transplantados apenas 6,9% escolheram essa mesma opção.

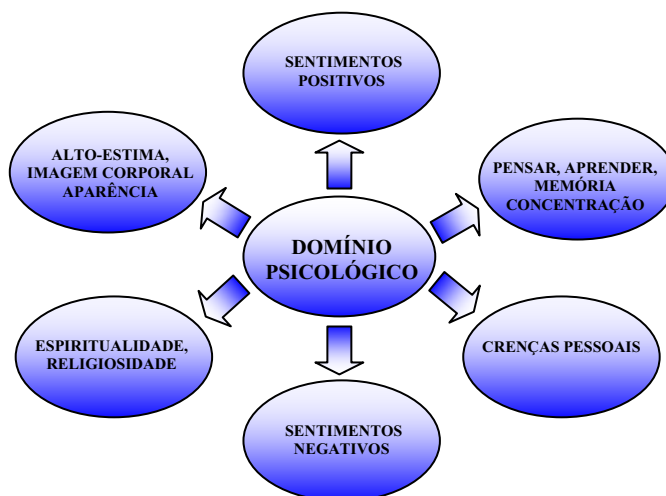
Sabbatini et al. (2005), buscando investigar o sono de 301 pacientes submetidos a transplante renal e de 245 renais em hemodiálise, comparando-os a um grupo de 169 indivíduos saudáveis, na Itália, utilizando um instrumento específico para avaliação do sono, observaram que os fatores psicológicos são os maiores responsáveis por sua má qualidade, sendo o sono, de acordo com os resultados da pesquisa, melhor nos transplantados que nos renais em hemodiálise, quando comparados aos indivíduos saudáveis. Os autores afirmam que há uma prevalência de distúrbios do sono em pacientes renais.

Martins e Cesarino (2005) concordam com Sabbatini et al. (2005), quando observaram que o sono de pacientes renais em hemodiálise foi uma das atividades mais comprometidas nesse grupo de pacientes, sendo mais afetado nos homens que nas mulheres.

Quanto à capacidade para o trabalho, Questão 18 (*Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?*), podemos observar que 46,6% dos transplantados afirmaram estarem **muito satisfeitos**, porém nenhum paciente em hemodiálise marcou esta opção. No entanto, quando responderam sobre insatisfação, (56,5%) daqueles em hemodiálise afirmaram estar **insatisfeitos**, enquanto que no grupo de transplantados apenas 13,8% escolheram esta opção.

Saes (1999) nos alerta para uma série de fatores que desencadeiam alterações comportamentais nos pacientes renais, principalmente nos que são submetidos às terapias dialíticas. A autora afirma que a depressão, por ter uma doença crônica, a instabilidade do estado clínico, problemas financeiros e dificuldades para manter-se no emprego são alguns desses fatores. Cita ainda alterações decorrentes do estado depressivo, como mau-humor, alterações do sono, apetite, funcionamento intestinal, além de diminuição do interesse e capacidade sexual.

DOMÍNIO PSICOLÓGICO



No Quadro 04, serão apresentados os valores obtidos a partir das respostas dos pacientes para as questões 05, 06, 07, 11, 19 e 26, nessa última questão a escala de valores é invertida (ANEXO G, PARTE – B).

QUADRO 04 - APRESENTAÇÃO DAS RESPOSTAS DOS PACIENTES EM HEMODIÁLISE E PÓS-TRANSPLANTE RENAL QUANTO AO DOMÍNIO PSICOLÓGICO. NATAL/RN, 2006.

5. O quanto você aproveita a vida?	Pacientes	Nada		Muito pouco		Mais ou menos		Bastante		Extrema/		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Hemodiálise	01	1,6	23	37,1	08	12,9	23	37,1	07	11,3	62	100,0
	Pós-Transplante	01	1,7	07	12,1	09	15,5	21	36,2	20	34,5	58	100,0
6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	Pacientes	Nada		Muito pouco		Mais ou menos		Bastante		Extrema/		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Hemodiálise	00	0,0	00	0,0	03	4,8	14	22,6	45	72,6	62	100,0
	Pós-Transplante	01	1,7	01	1,7	02	3,4	05	8,6	49	84,5	58	100,0
7. O quanto você consegue se concentrar?	Pacientes	Nada		Muito pouco		Mais ou menos		Bastante		Extrema/		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Hemodiálise	01	1,6	19	30,6	03	4,8	35	56,5	04	6,5	62	100,0
	Pós-Transplante	00	0,0	08	13,8	10	17,2	19	32,8	21	36,2	58	100,0
11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	Pacientes	Nada		Muito pouco		Médio		Muito		Completa/		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Hemodiálise	00	0,0	10	16,1	07	11,3	24	38,7	21	33,9	62	100,0
	Pós-Transplante	00	0,0	01	1,7	05	8,6	07	12,1	45	77,6	58	100,0

(Cont.)

QUADRO 04 - APRESENTAÇÃO DAS RESPOSTAS DOS PACIENTES EM HEMODIÁLISE E PÓS-TRANSPLANTE RENAL QUANTO AO DOMÍNIO PSICOLÓGICO. NATAL/RN, 2006.

19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	Pacientes	Muito insatisfeito		Insatisfeito		Nem satis/insatis.		Satisfeito		Muito satisf.		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Hemodiálise	00	0,0	06	9,7	02	3,2	28	45,2	26	41,9	62	100,0
Pós-Transplante	00	0,0	00	0,0	02	3,4	07	12,1	49	84,5	58	100,0	

26. Com que frequência você tem sentimen. negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	Pacientes	Nunca		Algumas vezes		Frequente/		Muito frequente/		Sempre		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Hemodiálise	18	29,0	39	62,9	03	4,8	01	1,6	01	1,6	62	100,0
Pós-Transplante	11	19,0	38	65,5	03	5,2	03	5,2	03	5,2	58	100,0	

Analisando o Quadro 04, que apresenta os resultados obtidos para o *Domínio Psicológico*, observamos que apesar de haverem diferenças entre as duas populações estudadas, este foi o Domínio onde os escores médios foram mais aproximados nos dois grupos de pacientes (Quadro 07, p.83).

Compreendemos que os fatores psicológicos são essenciais para o equilíbrio e funcionamento orgânico, Bittencourt (2003) afirma que cada pessoa reage de forma distinta a uma doença crônica e essa reação depende da sua estrutura interna e esforço de adaptação, pois a doença implica em mudanças no estilo de vida.

Quanto às respostas dos pacientes em relação à Questão 05 (*O quanto você aproveita à vida?*), observamos que no grupo em hemodiálise 37,1% escolheram a opção **muito pouco** e 11,3% afirmaram aproveitar **extremamente**. Gostaríamos de reiterar que nessa mesma população de pacientes em hemodiálise houve 37,1% que disseram aproveitar **bastante** a vida. Já entre aqueles, os transplantados, houve o inverso, pois 34,5% dos transplantados afirmaram aproveitar **extremamente** e apenas 12,1% responderam **muito pouco**.

Lima e Gualda (2000) afirmam que as formas como as pessoas reagem frente aos problemas estão relacionadas aos mecanismos individuais de enfrentamento. Acrescenta que

esse processo de aceitação da doença e do tratamento é facilitado pelo apoio de familiares e entes queridos.

Em relação à Questão 06 (*Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?*), as respostas dos dois grupos pesquisados foram semelhantes, sendo 84,5% de transplantados que escolheram a opção **extremamente** e 72,6% de pacientes em hemodiálise, demonstrando, assim, uma enorme vontade de viver.

Queiroz (2000); Bittencourt (2003) afirmam que a família representa a razão de viver para muitas pessoas, por isso tem um importante papel social e emocional, sendo elemento indispensável à QV, pois a situação familiar reflete o equilíbrio e o suporte em todos os eventos da trajetória de vida de cada um.

Analisando a Questão 07 (*o quanto você consegue se concentrar*), que avalia o pensar, aprender, memória e concentração, observamos uma tendência positiva, pois 56,5% dos pacientes em hemodiálise responderam **bastante**, e os transplantados ficaram divididos nas opções **extremamente** 36,2% e **bastante** 32,8%.

Kluthcovsky (2005) encontrou resultado semelhante ao nosso utilizando o mesmo instrumento, onde 58,6% dos indivíduos escolheram as opções extremamente e bastante.

A concentração refere-se ao ato ou efeito de concentrar, de estar atento (BUENO, 2000). E assim como a aprendizagem é um processo pessoal, permeado por mecanismos internos e externos, sofre influência de outras pessoas e do ambiente.

A faceta auto-estima, Questão 19 (*Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?*), obteve o maior percentual de respostas positivas desse Domínio, onde 84,5% dos transplantados responderam **muito satisfeito** e no grupo em hemodiálise 45,2% se disseram **satisfeitos** e 41,9 **muito satisfeito**.

As respostas das questões que avaliam o *Domínio Psicológico* demonstraram resultados positivos, e não houve correlação com a QV geral. No entanto, Seidl e Zannon

(2004) afirmam que as dimensões psicológica e física são essenciais na avaliação de QV e estão presentes nos instrumentos que se propõem avaliá-la, sendo responsáveis pela variação do escore de QV geral, observado em estudo de meta-análise, utilizando o banco de dados dos estudos do WHOQOL-100.

Castro et al. (2003) observaram que os pacientes renais em hemodiálise apresentavam progressivo comprometimento nas relações afetivas com familiares, à medida que sua permanência nessa modalidade de tratamento se prolongava. Fato este atribuído em parte ao isolamento progressivo e alterações corporais, na auto-estima e identidade.

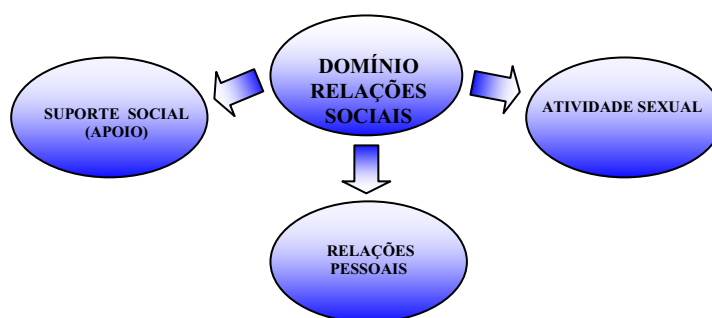
Na questão 26 (*Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?*) observamos que 65,5% dos pacientes transplantados responderam **algumas vezes** e 19,0% **nunca**; já na população em hemodiálise 62,9% informaram senti-los **algumas vezes**, e 29,0% **nunca**. Esses achados demonstram que sentimentos negativos como mau-humor, desespero, ansiedade e depressão são frequentes na vida dos pacientes renais.

No que se refere a estes dados, Pereira et al. (2003), encontraram resultados semelhantes ao realizar um estudo comparativo entre indivíduos saudáveis da população brasileira e pacientes renais, transplantados e em hemodiálise. Observaram, ao comparar as respostas dos transplantados e dos pacientes em hemodiálise, que estas foram semelhantes, quanto aos sentimentos negativos. Os pesquisadores atribuíram esse resultado ao fato dos pacientes transplantados permanecerem com baixa auto-estima e auto-piedade por ainda se considerarem doentes.

Siviero (2003), ao pesquisar a saúde mental e QV de enfardados, observou que a depressão estava presente em 42% das mulheres e em 24% dos homens, constatando, assim, que a mulher tem sintomatologia depressiva em maior frequência e intensidade.

O autor menciona ainda que a depressão esta associada a diversas morbidades, afetando as pessoas em diferentes fases da vida, e o enfermeiro, enquanto profissional que permanece mais tempo ao lado do paciente, deve estar atento ao diagnóstico de depressão nos pacientes sob seus cuidados, para que a intervenção adequada seja tomada precocemente, uma vez que o comprometimento psicológico afeta a recuperação e adesão ao tratamento (SIVIERO, 2003).

DOMÍNIO RELAÇÕES SOCIAIS



As questões 20, 21 e 22 que compõem este Domínio e as respostas atribuídas pelos indivíduos em hemodiálise e transplantadas renais, das duas populações estudadas, serão apresentadas no Quadro 05.

QUADRO 05 - APRESENTAÇÃO DAS RESPOSTAS DOS PACIENTES EM HEMODIÁLISE E PÓS-TRANSPLANTE RENAL ÀS QUESTÕES QUE COMPÕEM O DOMÍNIO DAS RELAÇÕES SOCIAIS. HUOL-NATAL/RN, 2006.

20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	Pacientes	Muito insatisfeito		Insatisfeito		nem satisfeito nem insatisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
		Hemodiálise	01	1,6	02	3,2	03	4,8	27	43,5	29	46,8	62
Pós-Transplante	00	0,0	02	3,4	01	1,7	08	13,8	47	81,0	58	100,0	

21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	Pacientes	Muito insatisfeito		Insatisfeito		nem satisfeito nem insatisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
		Hemodiálise	02	3,2	07	11,3	08	12,9	25	40,3	20	32,3	62
Pós-Transplante	04	6,9	03	5,2	04	6,9	15	25,9	32	55,2	58	100,0	

(Cont.)

QUADRO 05 - APRESENTAÇÃO DAS RESPOSTAS DOS PACIENTES EM HEMODIÁLISE E PÓS-TRANSPLANTE RENAL ÀS QUESTÕES QUE COMPÕEM O DOMÍNIO DAS RELAÇÕES SOCIAIS. HUOL-NATAL/RN, 2006.

22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	Pacientes	Muito insatisfeito		Insatisfeito		nem satisfeito nem insatisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Hemodiálise	01	1,6	05	8,1	02	3,2	23	37,1	31	50,0	62	100,0
	Pós-Transplante	00	0,0	06	10,3	02	3,4	10	17,2	40	69,0	58	100,0

Analisando isoladamente a Questão 20 (*Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas?)*), podemos observar que 81,0% dos transplantados e 46,8% dos pacientes em hemodiálise responderam estar **muito satisfeitos**; quanto aos que se disseram **satisfeitos**, 43,5% eram de pacientes em hemodiálise e 13,8% de **transplantados**. Ao somarmos esses dois percentuais positivos da escala, obtivemos um total de 94,8% para os transplantados e 90,3% para os pacientes em hemodiálise, demonstrando a satisfação dos elementos das duas populações quanto à faceta relações pessoais.

Observamos, também, satisfação em relação às respostas dos pacientes à Questão 22 (*Quão satisfeito(a) você está com o apoio que recebe de seus amigos?*), pois, na população pós-transplante, 40 (69,0%) e, no grupo em hemodiálise, 31 (50,0%) pacientes informaram estarem **muito satisfeitos**, e 23 (37,1%) em hemodiálise e 10 (17,2%) transplantados escolheram a opção **satisfeito**.

Dantas; Góis e Silva (2005), ao pesquisar a QV de pacientes cardíacos, utilizando a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan, observou que o relacionamento com os amigos foi considerado extremamente relevante na percepção da satisfação desses indivíduos, no âmbito das relações sociais.

O mesmo foi observado por Castro et al. (2003), utilizando o instrumento de avaliação de QVRS SF-36 numa população de renais em hemodiálise, onde a Dimensão Aspectos Sociais obteve o melhor escore médio, demonstrando, assim, a relevância do apoio e suporte social recebido por esses pacientes na manutenção e obtenção de uma boa QV.

Kluthcovsky (2005), ao estudar a QV de um grupo de indivíduos saudáveis, observou que a faceta “relações pessoais” obteve o melhor escore médio do Domínio Relação Sociais, sendo a média geral desse Domínio superior aos demais.

Klang et al. (1996) apud Lima e Gualda (2000 p. 21) apontam as estratégias de enfrentamento utilizadas por um grupo de renais crônicos em diálise: “tentativa de manutenção do controle, procura de maiores informações sobre a situação em questão e a manutenção da esperança”. Apesar desses pacientes desenvolverem sentimentos de conformação com a doença, muitos perseveraram na busca de aceitação social e de melhor QV.

Em relação à Questão 21 (*Quão satisfeito(a) você está com a sua vida sexual?*), vemos que 32 (55,2%) transplantados afirmaram estar **muito satisfeitos**, e 25 (40,3%) daqueles em hemodiálise responderam estar **satisfeitos**. Talvez isso se deva ao fato dos pacientes só permanecerem inscritos no acompanhamento pré-transplante, se estiveram clinicamente estáveis, ou seja, bom nível de hematócrito, ausência de processos infecciosos e compensados do ponto de vista dialítico (peso, pressão arterial e glicemia estabilizados, níveis de escórias nitrogenadas e do elemento cálcio-fósforo controlados).

Observamos ainda, em relação a essa questão, que 04 (6,9%) transplantados e 02 (3,2%) renais em hemodiálise se declararam **muito insatisfeitos** com a vida sexual, essa avaliação negativa merece especial atenção, considerando a sexualidade como aspecto importante para a vida do ser humano e por percebermos, também, que há uma grande expectativa quanto à recuperação total da função sexual após o transplante.

Sobre esse assunto, Solari; Cruz-Filho e Lugon (1997) afirmam que aproximadamente 80% dos homens urêmicos sofrem de impotência sexual, sendo a gênese desse problema relacionado a fatores tanto de ordem psicológica quanto hormonal, devido a alterações no eixo hipotálamo-hipófise-gonodal. Os autores relatam que essas alterações melhoram e até são revertidas após o transplante renal.

Quanto à reabilitação sexual e QV, após o transplante renal, Böhlke et al. (2003) observaram ao pesquisar um grupo de 29 pacientes, em Pelotas-RS, que houve melhores escores entre os mais jovens e sexualmente reabilitados, bem como associação positiva entre QV e função sexual.

Observando o Quadro 05, referente ao Domínio Relação Sociais, que avaliou a satisfação quanto às relações pessoais, sua vida sexual e o suporte ou apoio social, podemos observar que houve certa homogeneidade entre as respostas das duas populações estudadas, pois, nos dois grupos, foi valorizado o apoio de amigos e familiares, além de grande número de pacientes que se disseram satisfeitos com a sua vida sexual.

DOMÍNIO MEIO AMBIENTE



No Quadro 06, estão dispostas as respostas dos elementos das duas populações estudadas às Questões 08, 09, 12, 13, 14, 23, 24 e 25 que compõem esse Domínio.

QUADRO 06 - APRESENTAÇÃO DAS RESPOSTAS DOS PACIENTES EM HEMODIÁLISE E PÓS-TRANSPLANTE RENAL QUANTO AO DOMÍNIO MEIO AMBIENTE. NATAL/RN, 2006.

8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	Pacientes	nada		Muito pouco		Mais ou menos		bastante		Extrema/		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Hemodiálise	02	3,2	15	24,2	10	16,1	27	43,5	08	12,9	62	100,0
	Pós-Transplante	00	0,0	05	8,6	09	15,5	18	31,0	26	44,8	58	100,0
9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	Pacientes	nada		Muito pouco		Mais ou menos		bastante		Extrema/		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Hemodiálise	00	0,0	16	25,8	07	11,3	31	50,0	08	12,9	62	100,0
	Pós-Transplante	00	0,0	06	10,3	06	10,3	21	36,2	24	41,4	58	100,0
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? (Socioeconômicas)	Pacientes	Nada		Muito pouco		Médio		muito		Completa/		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Hemodiálise	02	3,2	42	67,7	15	24,2	03	4,8	00	0,0	62	100,0
	Pós-Transplante	00	0,0	30	51,7	19	32,8	04	6,9	05	8,6	58	100,0
13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	Pacientes	Nada		Muito pouco		Médio		muito		Completa/		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Hemodiálise	01	1,6	40	64,5	11	17,7	08	12,9	02	3,2	62	100,0
	Pós-Transplante	01	1,7	31	53,4	10	17,2	11	19,0	05	8,6	58	100,0
14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	Pacientes	Nada		Muito pouco		Médio		muito		Completa/		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Hemodiálise	03	4,8	32	51,6	11	17,7	14	22,6	02	3,2	62	100,0
	Pós-Transplante	01	1,7	21	36,2	13	22,4	20	34,5	03	5,2	58	100,0
23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	Pacientes	Muito insatisfeito		Insatisfeito		nem satis. nem insatis.		Satisfeito		Muito satisfeito		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Hemodiálise	01	1,6	13	21,0	04	6,5	31	50,0	13	21,0	62	100,0
	Pós-Transplante	02	3,4	12	20,7	04	6,9	13	22,4	27	46,6	58	100,0
24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	Pacientes	Muito insatisfeito		Insatisfeito		nem satis. nem insatis.		Satisfeito		Muito satisfeito		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Hemodiálise	01	1,6	21	33,9	10	16,1	30	48,4	00	0,0	62	100,0
	Pós-Transplante	01	1,7	07	12,1	07	12,1	30	51,7	13	22,4	58	100,0
25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	Pacientes	Muito insatisfeito		Insatisfeito		nem satis. nem insatis.		Satisfeito		Muito satisfeito		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Hemodiálise	00	0,0	11	17,7	08	12,9	39	62,9	04	6,5	62	100,0
	Pós-Transplante	01	1,7	06	10,3	04	6,9	35	60,3	12	20,7	58	100,0

Ao analisarmos isoladamente a Questão 08 (*Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?*), podemos observar que a maioria, isto é, 26 (44,8%) transplantados responderam **extremamente**, já entre os pacientes em hemodiálise a maioria 27 (43,5%) respondeu **bastante**. Talvez a percepção positiva quanto à segurança se deva ao fato de 79,03%

residirem no interior do Estado e em lugares pouco povoados, como sítios e vilarejos, conforme dados de procedência (Gráfico 05, p. 81).

Kluthcovsky (2005) encontrou resultado semelhante ao nosso ao estudar um grupo de agentes comunitários de saúde no interior do Paraná, em que a faceta segurança física e proteção (Questão 08) do WHOQOL-bref obteve o segundo maior escore para o Domínio meio ambiente, onde 55,6% avaliaram como extremamente ou bastante.

Já em estudo realizado por Queiroz (2000), ao estudar uma população de idosos no Acre, obteve resultado diferente, onde 41,3% responderam sentir-se mais ou menos seguros em sua vida diária. O mesmo ocorreu em estudo realizado por Gómez (2004) com pessoas diabéticas, no México, onde 55,4% dos pacientes escolheram a opção mais ou menos.

Ainda em relação a essa questão sobre a segurança, vemos que no grupo em hemodiálise um percentual considerável de pacientes (24,2%) escolheu a opção **muito pouco**.

Sobre esse assunto, Minayo e Souza (1993); Minayo (1994) afirmam que, apesar da violência não ser um problema específico da área de saúde, a insegurança gerada pela ameaça à vida afetam-na diretamente, por colocar a morte como realidade próxima, pois há um temor generalizado de assaltos, seqüestros e assassinatos, sendo os maiores focos de violência centrada em regiões metropolitanas, apesar de estarem presentes em todas as regiões do país e nas diversas camadas ou grupos sociais.

Quanto à questão 12 (*Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?*), em relação à faceta recursos financeiros, a maioria dos pacientes das duas populações responderam ter **muito pouco**; sendo 67,7% dos pacientes em hemodiálise e 51,7% dos transplantados.

Os indivíduos dos dois grupos parecem manifestar as mesmas restrições e dificuldades financeiras, fato justificado em parte, por pertencerem a uma classe social menos favorecida, onde 68 (56,7%) pacientes das duas populações tinham renda familiar mensal de até dois

salários mínimos (Tabela 11, p. 89). Este fato já era esperado também, pois a população que frequenta a instituição estudada possui baixo poder aquisitivo.

Com base nesse achado, podemos inferir que o fator econômico influenciou negativamente as oportunidades de acesso à informação e ao lazer, demonstrado nas Questões 13 (*Quão disponíveis para você estão as informações que você precisa no seu dia-a-dia?*) em que 64,5% dos pacientes em hemodiálise e 53,4% dos transplantados escolheram a opção **muito pouco** e, na Questão 14 (*Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?*), onde 51,6% daqueles em hemodiálise e 36,2% dos transplantados também escolheram a opção **muito pouco**.

Semelhante ao nosso estudo, Kluthcovsky (2005) encontrou os piores escores do Domínio meio ambiente nas questões 12 referente aos recursos financeiros (com escore médio 38,6) e 14 sobre a faceta *participação em, e oportunidades de atividades de recreação/lazer* (com escore médio 43,2).

Considerando a pergunta relacionada ao acesso aos serviços de saúde, Questão 24 (*Quão satisfeito você está com seu acesso aos serviços de saúde?*), houve predomínio da resposta **satisfeito** nas duas populações, sendo 39 (62,9%) pacientes em hemodiálise e 35 (60,3%) transplantados. Talvez esse grau de satisfação possa ser atribuído ao fato dos pacientes renais já estarem inseridos e cadastrados em serviços de saúde de forma sistemática, como por exemplo, em órgãos que fornecem medicações de alto custo, clínicas de diálise, e o próprio ambulatório de nefrologia onde foi realizada essa coleta de dados.

Nucci (2003) encontrou resultados semelhantes ao da nossa pesquisa, com um grupo de pacientes com câncer, sobre a satisfação com o acesso aos serviços de saúde, onde 54% se declararam satisfeitos. A autora atribuiu esse resultado, em parte, ao fato dos pacientes já estarem cadastrados no serviço de saúde.

O transporte é tido como essencial para esses pacientes na situação de doença e tratamento e observamos que, apesar da maioria não ter condições para adquirir e manter seu

próprio veículo, em resposta à Questão 25 (*Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?*), 39 (62,9%) dos pacientes em hemodiálise e 35 (60,3%) dos transplantados responderam estarem **satisfeitos**. Esse fato podemos explicar, em parte, pelo apoio das prefeituras em disponibilizar veículos exclusivos para o transporte dos pacientes renais nos dias de tratamento, no caso daqueles provenientes do interior do Estado, e quanto aos que residiam em Natal, recebem o cartão de gratuidade para os transportes coletivos urbanos.

Sobre esse assunto, Nucci (2003) afirma que a locomoção muitas vezes potencializa o sofrimento na situação de doença e tratamento, por envolver, em muitos casos, uma rotina de freqüentes visitas a ambulatórios, clínicas e hospitais. A autora relata, ainda, que a utilização de transportes coletivos expõe os pacientes a maiores riscos de infecção, quedas, além de ser constrangedor para aqueles em uso de sondas, colostomias e outros.

DOMÍNIOS ESPECÍFICOS DO WHOQOL-BREF

No Quadro 07, a seguir, serão apresentados os escores médios obtidos para as Questões Gerais e Domínios do WHOQOL-bref. Estes foram calculados nas escalas de 4 a 20, onde 1 = 4; 2 = 8; 3 = 12; 4 = 16; 5 = 20. Em seguida transformamos os escores de cada Domínio para escala original, de 0 a 100, sendo 1 = 0; 2 = 25; 3 = 50; 4 = 75; 5 = 100. Para efetuar esse cálculo, subtraímos cada valor de 4 e multiplicamos pelo fator (100/16), para que os escores pudessem ser diretamente comparáveis com a escala original do WHOQOL-100, de acordo com recomendações do Grupo de Avaliação de QV (FLEK et al. 1999). Em seguida, calculados também, o desvio-padrão e p-valor dos escores médios das questões gerais e dos Domínios de ambas as populações do estudo.

QUADRO 07 - APRESENTAÇÃO DOS ESCORES MÉDIOS, NAS ESCALAS DE 4 A 20, E DE 0 A 100, DESVIO-PADRÃO E P-VALOR OBTIDO PARA QUESTÕES GERAIS E DOMÍNIOS. HUOL-NATAL/RN, 2006.

Domínios	WHOQOL-BREF Escore Médio (Escala 4-20)		WHOQOL-100 Escore Médio (Escala 0-100)		Desvio-padrão		P-valor*
	Hemodiálise	Pós- Transplante	Hemodiálise	Pós- Transplante	Hemodiálise	Pós- Transplante	
<i>Questão 01</i>	12,39	18,14	52,4	88,4	3,37	2,15	0,0001
<i>Questão 02</i>	11,29	18,69	45,6	91,8	4,26	2,41	0,0001
<i>Físico</i>	12,71	15,91	54,4	74,4	2,01	2,06	0,0001
<i>Psicológico</i>	14,84	16,75	67,8	79,7	2,21	1,73	0,0001
<i>Relações Sociais</i>	16,58	17,79	78,6	86,2	2,79	2,72	0,0054
<i>Meio Ambiente</i>	12,38	14,16	52,4	63,5	1,89	2,01	0,0001

* Este número é significativo quando seu resultado é inferior a 0,05.

No Quadro 07 observamos que os resultados dos escores médios das duas populações que apresentaram maiores diferenças foram aqueles relacionados às questões gerais. A satisfação com a QV geral (Questão 01 – *Como você avaliaria a sua QV?*) no WHOQOL-bref (escala de 4-20) o grupo pós-transplante obteve escore médio de 18,14 e no grupo em hemodiálise esse escore foi de 12,39. Ao fazermos a transformação para o WHOQOL-100 (escala de 0-100) esses números passaram a ser de 88,4 para o grupo pós-transplante e 52,4 para o grupo de pacientes em hemodiálise.

Na Questão 02, (*Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?*), que avalia a satisfação com a saúde, o escore médio do grupo pós-transplante, no WHOQOL-bref (escala de 4-20) foi de 18,69 e do grupo em hemodiálise 11,29. Quando transformamos esses escores para o WHOQOL-100 (escala de 0 a 100), os valores obtidos foram de 91,8 para o grupo pós-transplante, enquanto que naqueles em hemodiálise foram de 45,6. Esse último foi o menor escore médio observado entre os resultados desse estudo, demonstrando, assim, a insatisfação dos pacientes em terapia hemodialítica com a sua saúde.

Com esses resultados podemos concluir que, a hipótese de nulidade da primeira questão geral (H_0 : não há diferença significativa entre os pacientes do grupo em Hemodiálise

e Pós-transplante Renal (*Como você avaliaria sua qualidade de vida*) e na segunda questão geral (H_0 : não há diferença significativa entre os pacientes do grupo em Hemodiálise e Pós-transplante Renal (*Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde*), não podem ser aceitas, uma vez que as médias do grupo de transplantados foram mais elevadas que o grupo em hemodiálise, estatisticamente comprovado pelo p-valor, pois, os resultados foram inferiores a 0,05.

Com base nesses achados, podemos inferir que a QV identificada foi melhor no grupo de pacientes submetidos ao transplante renal do que no grupo em hemodiálise.

Em relação ao *Domínio Físico*, observamos que o escore médio no WHOQOL-bref (escala de 4-20) foi de 15,91 para o grupo pós-transplante e 12,71 para o grupo em hemodiálise. Após a transformação para WHOQOL-100 (escala de 0 a 100), obtivemos os seguintes resultados, 74,4 no grupo pós-transplante e 54,4 no grupo em hemodiálise. Nesse Domínio foi observada a maior diferença entre os escores médios dos dois grupos estudados.

Podemos a partir desses resultados inferir, que os transplantados apresentaram melhores escores médios que o grupo de pacientes renais em hemodiálise, representando uma melhor QV no Domínio Físico para aqueles indivíduos que realizaram transplante renal. Esses dados foram confirmados pelo valor do $p= 0,0001$.

Bittencourt (2003), estudou um grupo de transplantados renais com enxerto funcionante e comparou aqueles que retornaram à hemodiálise, obtendo resultados semelhantes ao nosso estudo. A autora encontrou que o Domínio Físico obteve escores médios mais baixos para o grupo em hemodiálise, sendo essa diferença significativa com um $p\text{-valor} < 0,05$.

O mesmo ocorreu em estudo realizado por Gómez (2004), ao pesquisar a QV de pacientes diabéticos no México, onde o escore médio do Domínio Físico foi de 56,9, sendo este o segundo menor escore observado nessa população.

Queiroz (2000), ao pesquisar a QV de idosos observou que, aqueles indivíduos com afecções crônico-degenerativas, apresentaram maior comprometimento das atividades e do funcionamento físico, sendo o escore médio deste Domínio (63,79) o que obteve a segunda menor pontuação em relação aos demais.

Ainda sobre esse assunto, Kusumota (2005), ao estudar a QVRS de pacientes renais em hemodiálise, observou correlação negativa entre a presença de co-morbidade e a dimensão física, com escore médio de 38,3. Percebeu também nesse grupo de pacientes, que a situação de trabalho e atividades diárias, foram as dimensões mais afetadas, isto é, apresentaram menores escores médios.

Pereira et al. (2003), ao estudarem a QV de transplantados renais utilizando o SF-36, observaram que os escores médios da dimensão capacidade funcional dos transplantados foi de 74,4 e daqueles em hemodiálise totalizou 58,9. Houve, portanto, uma diferença significativa entre os dois grupos o valor do $p=0,0001$.

Quanto ao escore médio do *Domínio Psicológico* nos dois grupos, obtivemos no WHOQOL-bref (escala de 4-20) um escore de 16,75 para o grupo pós-transplante e 14,84 para o grupo em hemodiálise. Após a transformação para o WHOQOL-100 (escala de 0-100) os resultados foram 79,7 para o grupo pós-transplante e 67,8 para aqueles em hemodiálise. Frente a esse resultado, podemos inferir que os sentimentos, emoções, medos e sofrimentos foram comuns aos membros dos dois grupos pesquisados, influenciando, dessa forma, a sua percepção quanto aos aspectos psicológicos. Semelhante aos outros Domínios, no Psicológico também observamos diferença significativa entre as duas populações com o valor do $p=0,0001$.

Ainda sobre a satisfação em relação ao Domínio Psicológico, Queiroz (2000) encontrou um escore médio de 65,08 numa população de idosos, considerando como satisfatória a percepção desses sujeitos apesar das restrições impostas pela idade. A autora

atribuiu esse resultado à participação dos mesmos em grupos sociais, que favoreciam melhoria do estado emocional.

Bittencourt (2003) afirma que não podemos desconsiderar os aspectos emocionais dos pacientes renais em terapia dialítica, visto que, durante a convivência com o tratamento, costumam surgir sintomas que progridem ao longo do tempo, tornando-se fatores limitantes das atividades de vida diária que acarretam comprometimento tanto de ordem pessoal quanto emocional em fases mais tardias, influenciando negativamente sua percepção de QV.

Em relação ao escore médio do Domínio *Relações Sociais* pelo WHOQOL-bref, (escala de 4–20) detectamos que os maiores valores estão centrados no grupo pós-transplante com um escore de 17,79. Transformando esses dados para o WHOQOL-100 (escala de 0–100), o resultado foi de 86,2, demonstrando assim, satisfação nesse Domínio.

Resultado semelhante foi encontrado também no grupo de pacientes em hemodiálise, onde o maior escore médio observado nesse Domínios foi 16,58 pelo WHOQOL-bref (escala de 4-20) Ao fazermos à transformação para o WHOQOL-100 (escala de 0–100), o resultado desse Domínio foi de 78,6. No entanto, ao serem comparados nas duas populações, houve diferenças significativas entre os dois grupos, comprovadas pelo valor do $p= 0,0054$.

Semelhante ao nosso estudo, Kusumota (2005), ao avaliar a QV de renais em hemodiálise utilizando o instrumento KDQOL-SF, também observou maior escore médio para a dimensão suporte social (82,3), composta por dois itens que avaliam o grau de satisfação com o tempo junto aos familiares e amigos e o apoio recebido pelos mesmos. A autora considera esta dimensão de extrema relevância para os pacientes com IRC, em virtude da dependência física e emocional que desenvolvem no decorrer do processo adoecer e na manutenção da vida.

Pereira et al. (2003) afirmam que a dimensão social interfere na saúde, bem-estar e na susceptibilidade ao processo adoecer. Complementando esse pensamento, Carvalho e

Almeida (2003) acrescentam que, apesar das diversas modificações que a estrutura familiar vem sofrendo nos últimos anos, esta tem demonstrando enorme capacidade de adaptação, sendo espaço para troca de experiências, desenvolvimento de possibilidades e de proteção social.

No Domínio Meio Ambiente foram encontrados os escores médios mais baixos do estudo em ambas as populações, 14,16 no grupo pós-transplante e 12,38 no grupo em hemodiálise (WHOQOL-bref, escala de 4-20). A seguir transformamos esses escores médios para a escala de 0-100 (WHOQOL-100), e os resultados foram 63,5 no grupo pós-transplante e 52,4 no grupo em hemodiálise. Apesar dos baixos escores nesse Domínio, as duas populações ficaram numa faixa de neutralidade em relação à satisfação.

Talvez o escore médio desse Domínio tenha sido influenciado negativamente pela atual situação sócio-econômica e cultural do nosso país, uma vez que abrange questões relativas ao poder econômico das pessoas, como é o exemplo da Questão 12 (*you have enough money to satisfy your needs?*), pois, a maioria dos indivíduos das duas populações estudadas se concentraram na faixa negativa da escala.

Kluthcovsky (2005) avaliou a QV de 169 agentes comunitários de saúde, utilizando o questionário WHOQOL-bref, onde o Domínio Meio Ambiente também obteve o menor escore médio (54,1), como no presente estudo.

Ao compararmos os dados dos transplantados e dos pacientes em hemodiálise, observamos uma diferença significativa no valor do $p=0,001$ em relação à percepção de QV em todas as dimensões avaliadas, o mesmo acontecendo nas duas Questões Gerais.

Os resultados obtidos nos permitem dizer que, o grupo de transplantados obteve escores médios superiores aos pacientes em hemodiálise em todas as dimensões avaliadas pelo WHOQOL-bref e WHOQOL-100.

Semelhante ao nosso estudo, Pereira et al. (2003) pesquisaram a QV no pós-transplante renal por meio do SF-36 e compararam os resultados com pacientes em hemodiálise; observaram que a QV percebida por esses indivíduos foi inferior ao grupo transplantado em todas as dimensões avaliadas.

6 CONCLUSÕES

A realização desse estudo oportunizou identificar aspectos que dizem respeito à QV de pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal que freqüentam o ambulatório de nefrologia do HUOL. Podemos também descrever aspectos que diferenciam a QV entre os dois grupos estudados.

No que se refere à caracterização sociodemográfica da população

- **Hemodiálise:** predominou o sexo masculino (51,61%), com faixa etária de 28 a 43 anos (48,99%); 79,03% eram procedentes do interior Estado do Rio Grande do Norte; casados (59,68%); prole de 01 a 03 filhos (58,6%); ensino fundamental incompleto (46,6%); a grande maioria, 98,39%, informou não estar trabalhando; 62,90% tinham entre 01 a 04 anos de tempo de tratamento.
- **Pós-transplante:** predominou o sexo masculino (55,17%), com faixa etária de 28 a 43 anos (53,45%); 62,07% eram procedentes do interior do Estado do Rio Grande do Norte; 48,28% eram solteiros; 44,83% não tinham filhos; 62,9% tinham ensino fundamental incompleto; 75,86% não estavam trabalhando; 53,45% tinham entre 01 a 04 anos de tempo de tratamento.

No que se refere à identificação dos aspectos que dizem respeito à QV de pacientes transplantados renais e em hemodiálise medida pelo WHOQOL-bref e WHOQOL-100

Questão 01 – *Quão satisfeito você está com a sua saúde?*

- No WHOQOL-bref (escala de 4 a 20), o grupo pós-transplante obteve escore médio de 18,14, e no grupo em hemodiálise esse escore foi de 12,39.
- No WHOQOL-100 (escala de 0 a 100), o resultado desses números passaram a ser de 88,4 para o grupo pós-transplante, e 52,4 para o grupo de pacientes em hemodiálise.

Questão 02 - *Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?*

- No WHOQOL-bref (escala de 4 a 20), o escore médio do grupo pós-transplante foi de 18,69, e do grupo em hemodiálise 11,29.
- No WHOQOL-100 (escala de 0 a 100), os valores obtidos foram de 91,8 para o grupo pós-transplante, enquanto que naqueles em hemodiálise foram de 45,6. Esse último foi o menor escore médio observado entre os resultados desse estudo, demonstrando, assim, a insatisfação dos pacientes em terapia hemodialítica com a sua saúde.

No que se refere à descrição que diferenciam a QV dos renais transplantados em relação aqueles em hemodiálise medidos pelo mesmo instrumento.

Domínio Físico

- No WHOQOL-bref (escala de 4 a 20), observamos que o escore médio para esse Domínio foi de 15,91 para o grupo pós-transplante, e 12,71 para o grupo em hemodiálise.
- No WHOQOL-100 (escala de 0 a 100), após a transformação os resultados foram os seguintes: 74,4 no grupo pós-transplante, e 54,4 no grupo em hemodiálise.

- Nesse Domínio foi observada a maior diferença entre os escores médios dos dois grupos estudados.
- Podemos, a partir desses resultados, inferir que os transplantados apresentaram melhores escores médios que o grupo em hemodiálise, representando uma melhor QV no Domínio Físico para aqueles indivíduos que realizaram transplante renal. Esses dados foram confirmados pelo valor do $p = 0,0001$.

Domínio Psicológico

- No WHOQOL-bref (escala de 4 a 20), o escore médio para o grupo pós-transplante foi 16,75, e 14,84 para o grupo em hemodiálise.
- No WHOQOL-100 (escala de 0 a 100), os resultados foram 79,7 para o grupo pós-transplante, e 67,8 para aquele em hemodiálise.
- Frente a esses resultados, concluímos que também nesse Domínio houve diferença significativa entre as duas populações com o valor do $p = 0,0001$.

Domínio Relações Sociais

- No WHOQOL-bref (escala de 4 a 20), os maiores valores estão centrados no grupo pós-transplante com um escore de 17,79, e 16,58 no grupo de pacientes em hemodiálise.
- No WHOQOL-100 (escala de 0 a 100), o resultado foi de 86,2 no grupo pós-transplante, e 78,6 no grupo em hemodiálise, demonstrando, assim, satisfação nesse Domínio.
- No entanto, ao serem comparados nas duas populações, houve diferenças significativas entre os dois grupos, comprovadas pelo valor do $p = 0,0054$, nesse Domínio.

Domínio Meio Ambiente

- No WHOQOL-bref (escala de 4 a 20), o escore médio no grupo pós-transplante foi de 14,16, e 12,38 no grupo em hemodiálise.
- No WHOQOL-100 (escala de 0 a 100), o resultado do grupo pós-transplante foi de 63,5, e no grupo em hemodiálise 52,4. Apesar dos baixos escores nesse Domínio, as duas populações ficaram numa faixa de neutralidade em relação à satisfação.

No que se refere à confiabilidade do WHOQOL-bref para medir a QV dos renais transplantados em relação aqueles em hemodiálise analisada pelo Alfa de Cronbach.

- A análise da confiabilidade do WHOQOL-bref pelo Alfa de Cronbach teve como valor total 0,8816 atestando uma boa confiabilidade do instrumento para avaliar a QV de pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tínhamos o desejo de conhecer a percepção da QV de pacientes submetidos ao transplante renal, pois o nosso convívio profissional com os pacientes em hemodiálise, nos permitiu identificar seus anseios, medos e desejos. O sonho de um transplante tornou-se objetivo maior de vida para muitos deles, logo que esse serviço foi implantado no Estado. Porém, aqueles que saíam para o transplante não retornavam para dar notícias. Alguns voltavam ao tratamento hemodialítico, trazendo desesperança para os que estavam na fila de transplante.

Na busca de compreender como esse ser doente renal se percebia e convivia com sentimentos e expectativas em relação ao futuro, surgiram muitas interrogações a serem respondidas. Naquele período, nem mesmo sabíamos como confortá-los nos muitos momentos de desespero, dor e angústia, pois era uma experiência nova para nós fazermos parte da equipe de enfermagem de uma unidade de hemodiálise.

Ainda nesse processo de amadurecimento profissional na especialidade de Enfermagem em Nefrologia, tivemos a oportunidade de exercer nossas atividades no setor de diálise do HUOL, onde já estava em funcionamento a unidade de transplante; foi como estar na outra face da moeda. Houve uma total identificação com essa área de atuação e conseqüentemente uma imensa satisfação, por estarmos trabalhando para possibilitar uma melhora na vida dos pacientes, e não prolongando os anos de vida na hemodiálise.

Ingressando no Programa de Mestrado e continuando as atividades pertinentes à área de nefrologia, decidimos medir a QV dos pacientes transplantados renais e compará-la com os pacientes em hemodiálise; identificando e descrevendo a diferença entre a percepção de um grupo de pacientes em relação ao outro, referente às questões gerais e as que compõem os Domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente do WHOQOL-bref,

podemos sentir a diferença que a doação de órgãos faz para a QV da maioria dos pacientes estudados

A aplicação do instrumento WHOQOL-bref para avaliar a QV dos pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal, nos permitiu compreender a complexidade que envolve a percepção dos indivíduos, e seu despreparo em refletir sobre detalhes de suas vidas. Sentimos que as questões abordadas no instrumento fizeram os pacientes analisarem o grau de satisfação consigo mesmo, com a aparência física, com sentimentos em relação às pessoas e muitos outros aspectos de suas vidas; foi como uma viagem ao mundo interior de cada um, a qual geralmente não costumavam fazer.

Esse instrumento se mostrou capaz de avaliar a QV de pacientes adultos em hemodiálise e pós-transplante renal, pois foi sensível às diferenças entre os dois tipos de tratamento.

Sentimos também que ele pode auxiliar os profissionais a diagnosticarem condições de saúde, permitindo conhecer a percepção dos pacientes sobre as intervenções desenvolvidas para sua recuperação, além de servir de subsídio para o planejamento de metas dentro de uma visão holística no seu processo cuidar.

Deixamos registrado este estudo para que outros pesquisadores possam se fundamentar nessas idéias e que sirvam de trilhas para novos caminhos no aperfeiçoamento da assistência ao paciente renal. Esse cuidado deve permear pelos níveis de atenção primária, secundária e terciária.

Ressaltamos aqui a importância da educação ao paciente, família e comunidade, para que as doenças agudas não se tornem crônicas, trazendo conseqüências graves e irreparáveis como no caso da IR.

Nessa perspectiva, são vários os caminhos que podem ser seguidos pelos profissionais da saúde para reverter esses casos. Dentre esses, reforçamos o importante papel social da enfermagem nas ações educativas de promoção e prevenção de enfermidades renais.

No âmbito acadêmico-científico pretendemos divulgar os resultados dessa pesquisa, para que possamos refletir sobre a QV desses pacientes e construir meios para melhorar a assistência direcionada à essas vítimas.

Porém, a maior e mais sublime lição que essa pesquisa deixa para nós pesquisadores, é a busca incessante pela qualidade de vida do homem. Que ele possa ter prazer em todos os momentos da sua vida e da sua morte. Dentro desse contexto esperamos que nós sociedade como um todo, possamos mensurar com atitude qual é o real valor da doação de um órgão de um ente querido no seu leito de morte. Que possamos compreender que a dor da perda inevitável de um, seja a melhoria na qualidade de vida do outro.

Com estes termos estamos propondo uma mobilização da sociedade, dos profissionais de saúde junto aos dirigentes do nosso país a estabelecerem políticas públicas voltadas para a captação e transplante de órgãos melhorando assim a QV de pacientes com doenças crônicas.

REFERÊNCIAS

ABBOTT, K. C.; AGODOA, L. Y.; O'MALLEY, P. G. Hospitalized psychoses after renal transplantation in the United States: incidence, risk factors, and prognoses. **J. Am. Soc. Nephrol**, 14: 1628-1635, 2003.

ABREU, I. S. **Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise no município de Guarapuava-PR**. Ribeirão Preto, 2005. 94 f. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005.

ALVES, F. ASSISTÊNCIA RENAL INTEGRADA: um desafio brasileiro. In **BRA, um informativo da Fresenius Medical Care do Brasil**. Dez/2003, v. 01, n. 01, p.03.

ARREDONDO, A.; RANGEL, R.; ICAZA, E. de. Costo-efectividad de intervenciones para insuficiéncia renal crônica terminal. **Revista Saúde Pública**, v. 32, n. 6, p. 556-65, dez. 1998.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS. **Estatísticas em transplante no ano de 2005**. Disponível em: < <http://www.abto.org.br> >. Acesso em: 15 out. 2005.

BARBOSA, J. C. **Compreendendo o ser doente renal crônico**. 1993. 144 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 1993.

BARRETTI, P. Indicações, escolha do método e preparo do paciente para a terapia renal substitutiva, na doença renal crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 26, n. 3, p. 47-49, ago. 2004.

BARROS, E.; THOMÉ, F.S. Prevenção das doenças renais. In: BARROS, E. et al. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999. p. 55-67.

BESERAB, A.; RAJA, R. M. Acesso vascular para hemodiálise. In: DAURGIDAS, J. T.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. **Manual de diálise**. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 68-102.

BITTENCOURT, Z. Z. L. de C. **Qualidade de vida e representações sociais em portadores de patologias crônicas: estudo de um grupo de renais crônicos transplantados**. Campinas, 2003. 156 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), 2003.

BITTENCOURT, Z. Z. L. de et al. Qualidade de vida em transplantados renais: importância do enxerto funcionante. **Revista Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 732-734, out. 2004.

BÖHLKE, M. et al. Tacrolimus and quality of life after Kidney Transplantation a multicenter study. **Clinical Transplant**, v. 20, n. 4, p. 504-508, jul. 2006.

BÖHLKE, M. et al. Reabilitação e qualidade de vida após o transplante renal. **Jornal Brasileiro de Transplante**. V. 6, n. 3. jul./ago./set. 2003. Disponível em: <<http://www.abto.org.br>> Acesso em: 09.08.2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução CNS 196/1996 e outras)**. Brasília, 2000a. (Séries Cadernos Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 82, de 03 Janeiro de 2000. Estabelece o Regulamento Técnico para o Funcionamento dos Serviços de Diálise. **Diário oficial da União**. Brasília, n. 27-E, 08 fev. 2000b. Seção 1. p. 13.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Censo 2000**. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo/>>. Acesso em: 10 maio 2006.

_____. Ministério da Educação. **Mapa do Analfabetismo no Brasil**. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://www.inep.gov.br/estatisticas/analfabetismo/>>. Acesso em: 16 maio 2006.

_____. Ministério do trabalho e Emprego. **Salário Mínimo**: fixado por lei o salário mínimo nacional é de R\$ 350,00 desde abril de 2005. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.mte.gov.br/Trabalhador/default.asp>>. Acesso em: 27 de Jul. 2006.

_____. Resolução RDC nº 154, de 15 Junho 2004. Estabelece o Regulamento Técnico para o Funcionamento dos Serviços de Diálise. **Diário oficial [da] União**. Brasília, n. 115, 17 jun. 2004. Seção 1. p. 65.

BUENO, S. **Silveira Bueno**: mini-dicionário da língua portuguesa. São Paulo: FTD, 2000.

BULACIO, J. M. et al. Índice de calidad de vida: validación em uma muestra Argentina. **Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica**, ano XIV, v. 11, n. 4, out. 2004.

Disponível em: <http://www.alcmeon.com.ar/11/44/04_Bulacio.htm>. Acesso em: 18 mar. 2006.

CABALLERO, M. E. V.; LIMONES, R. C. Calidad de vida del paciente diabético com diálises peritoneal continua ambulatorial. **Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social**, v. 7, n. 2, p. 83-87, maio/ago 1999.

CAMARA, N. O. S.; PACHECO-SILVA, A. Insuficiência renal crônica em transplante de órgão não renal. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 1, p. 3-3, jan./mar. 2004.

CARDOSO, M. A.; MATOS, A. N. Aspectos Legais e Éticos. In: PEREIRA, W. A. **Manual de Transplante de Órgãos e Tecidos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. p. 09-57.

CARVALHO, C. O. M. et al. Qualidade em saúde: conceitos, desafios, e perspectivas. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. XXVI, n. 4, p. 216-222, dez 2004.

CARVALHO, M. F. C. de. **Transplante Renal**: fatores clínicos associados à piora tardia da função do enxerto – experiência de 10 anos na Faculdade de Medicina de Botucatu. São Paulo 2000. 166 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade do Estado de São Paulo, São Paulo, 2000.

CARVALHO, I. M. M. C.; ALMEIDA, P. H. Família e proteção social. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 109-122, abr.jun. 2003.

CASTRO, M. et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF – 36. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 3, p. 245-9, jul./set. 2003.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

CESARINO, C. B.; CASAGRANDE, L. D. R.. Paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: atividade educativa do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, p. 31-40, out. 1998.

CICONELLI, R. M. Medidas de avaliação de qualidade de vida. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 43, n. 2, p. 09-14, mar./abr. 2003.

CICONELLI, R. M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36)".** São Paulo, 1997. 149f. Dissertação (Mestrado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

COELHO, I. **Transplante Renal.** Salvador: Hospital Português da Bahia, 2004. Disponível em: <http://www.hportugues.com.br/noticias/outrasedicoes/Folder.2003-03-08.3448/docimagebig.2004-11-09.0412378760>>. Acesso em: 12 abr. 2005.

COSTA, M. S. Tendências da Temática Qualidade de Vida na Produção Científica de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 2, p. 208-11, mar./abr. 2004.

CRUZ, C.; RIBEIRO, U. **Metodologia Científica: teoria e prática.** 2. ed. Rio de Janeiro: Axcel Books, 2004.

DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 532-538, jul./ago. 2003.

DANTAS, R. A. S.; GÓIS, C. F. L.; SILVA, L. M. Utilização da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan em Pacientes Cardíacos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 15-20, jan./fev. 2005.

DAUGIRDAS, J. T.; STONE, J. C. V. Princípios Fisiológicos e Modelo de Cinética da Uréia. In: DAURGIDAS, J. T.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. **Manual de diálise.** 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 15-47.

DIAS, M. S. A. **Cuidado especial de Enfermagem na pessoa portadora de Insuficiência Renal Crônica.** Fortaleza: Edições UFC, 2001.

DUARTE, M. M. F.; SALVIANO, M. E. M.; GRESTA, M. M. Assistência de Enfermagem. In: PEREIRA, W. A. **Manual de transplante de órgãos e tecidos.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

DUARTE, P. S. et al. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SF TM). **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 4, p. 375-381, out./dez. 2003.

DUCARME, G. et al. Pregnancy after renal transplantation: obstetrical follow-up and impact on renal graft function. **Gynecologia Obstétrica Fértil**, v. 34, n. 3, p. 209-13, mar. 2006.

DYNIWICZ, A. M.; ZANELLA, E.; KOBUS, L. S. G. Narrativa de uma cliente com insuficiência renal crônica: a história oral como estratégias de pesquisa. **Revista Eletrônica de Enfermagem de Goiânia**, v. 06, n. 02, p.199-212, maio./ago. 2004.

FARIAS, G. M. **Deficiências, incapacidades e desvantagens decorrentes de causas externas: análise em pacientes internados no IOT-HCFMUSP**. São Paulo, 1991. 108f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life: assessment, analysis and interpretation**. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 2000.

FERMI, M. R. V. **Manual de diálise para enfermagem**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

FERRANS, C. E.; POWERS, M. J. Psychometric assessment of the Quality of Life Index. **Res Nursing Health**, v. 15, n. 01, p.29-38, 1992.

FIEBIGER, W.; MITTERBAUER, C.; OBERBAUER, R. **Health-related quality of life outcomes after kidney transplantation**. Disponível em: <<http://www.hqlo.com/content/2/1/2>> . Acesso em: 07 mar. 2005.

FLEK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p.178-183, abr. 2000.

FLEK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 1, p.19-28, jan./mar. 1999.

GALLI, C. N. et al. Calcificación arterial y su evaluación funcional en la enfermedad renal crónica. **Nefrology Dialysis Transplantation**, v. 24, n. 4, p. 165-170, out 2004

GOLDFARB - RUMYANTZEV, A. et al. Duration of end-stage renal disease and kidney transplant outcome. **Nefrology Dialysis Transplantation**, v. 20, n. 1, p. 167-175, set 2004.

GÓMEZ, P. I. S. A. **Qualidade de vida de pessoas com diabetes mellitus tipo 2**. São Paulo, 2004. 197 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

GONZALES, P. U. El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. **Rev Cubana Salud Pública**, v. 28, jul./dic, 2002.

GROSSMAN, S.; HOU, S. Obstetrícia e ginecologia. In: DAURGIDAS, J. T.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. **Manual de diálise**. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 640-653.

GUALDA, D. M. R. Humanização do processo cuidar. In: CIANCIANRULLO, T. I.; FUGILIN, F. M. T.; ANDREONI, S. **A hemodiálise em questão: opção pela qualidade assistencial**. São Paulo: Ícone, 1998. p. 23-30.

IANHEZ, L. E. Transplante Renal no Brasil: história, evolução e problemas atuais. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 16, n. 1, p. 5-16, mar. 1994.

ICHIKAWA, Y. et al. Quality of life in kidney transplant patients. **Transplantation Proceedings**, v. 32, n. 7, p. 1815-1816, nov. 2000.

ISKANDAR, J. H. **Normas da ABNT: comentadas para trabalhos científicos**. 2. ed. Curitiba: Juruá, 2005.

KAMEO, S. Y. **Qualidade de vida do paciente com estoma intestinal secundário ao câncer cólon-retal**. Ribeirão Preto, 2006. 119 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2006.

KLANG, B. et al. Patients with chronic renal failure and their ability to cope. **Scand. J. Caring. Sci.** v. 10, p. 89-95, 1996.

KLUTHCOVSKI, A. C. G. C. **Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná**. Ribeirão Preto, 2005. 127 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005.

KUSUMOTA, L. **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise**. Ribeirão Preto, 2005. 150 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005.

LAURENTI, R. A mensuração da qualidade de vida. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 4, p.361-362, out./dez. 2003.

LEE, A. J. et al. Characterisation and comparison of realth-related quality of life patients with renal failure. **Current Medical Research an Opinion**, v. 21, n. 11, p. 1777-83, nov. 2005.

LIMA, A. F. C.; GUALDA, D. M. R. Reflexão sobre a qualidade de vida do cliente renal crônico submetido à hemodiálise. **Nursing**, v. 3, n. 30, nov, 2000. p. 20-23.

LIMA, A. F. B. da et al. **Associação entre gravidade de dependência do álcool e os escores de qualidade de vida aferidos pelo instrumento World Health Organization instrument (WHOQOL – BREF)**. Disponível em: <<http://www.biblioteca.ufrgs.br/bibliotecadigital/2002-2/tese-med-03535-84.pdf>> Acesso em: 11 jan. 2006.

LIMA, A. F. B. **Qualidade de vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool**. 2002. Porto Alegre, 90 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Medicina Clínica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (RS), 2002.

LINO, M. M. **Satisfação profissional entre enfermeiras de UTI: adequação transcultural do Index Of Work Satisfaction (IWS)**. São Paulo, 1999, 221 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, 1999.

LUGON, J. R.; STROGOFF, J. P.; WARRAK, E. A. Hemodiálise. In: RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 869-907.

MACHADO, G. et al. Aplicación de um método de valoración de calidad de vida en un Centro de Hemodiálisis en Mendoza. **Nefrology Dialysis Transplantation**, v. 24, n. 1, p. 181-184, mar 2004.

MACIEL, M. A. L.; SILVA, M. R. **Enfermagem nos métodos dialíticos em Unidades de Terapia Intensiva – UTI**. São Paulo: Atheneu, 2000.

MACIEL, E. S. et al. Qualidade de vida e atividade física de uma amostra universitária. In: VI Congresso de Stress da Ima BR e VII Fórum Internacional de qualidade de vida no trabalho, 2006, Porto Alegre - RS. **Anais...** Porto Alegre, 2006.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

_____. **Técnicas de pesquisa:** planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MARTINS, G. A. **Estatística geral e aplicada.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MARTINS, M. R. I; CESARINO, C. B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 5, set./out. 2005.

MASO, I. K.; SILVA, O. M.; MARIGA, T. I. Percepções do cliente insuficiente renal crônico em relação ao momento da hemodiálise. *Rev. Téc-cient. Enferm*, v. 1, n. 6, p. 414-20, 2003.

MATOS, J. P. S. et al. Associação entre dose de diálise e risco de mortalidade: um estudo multicêntrico Brasileiro. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 28, n. 1, p. 1-6, mar. 2006.

MENEZES FILHO, Naércio Aquino, MENDES, Marcos and ALMEIDA, Eduardo Simões de. O diferencial de salários formal-informal no Brasil: segmentação ou viés de seleção?. **Rev. Bras. Econ.**, Abr./Jun. 2004, vol.58, no.2, p.235-248.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1. p. 7-18, jun. 2000.

MINAYO, M.C.S. Violência social sobre a perspectiva da saúde pública. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10 (supl. 1): 1994, p. 07-18.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E. R. Violência para todos. *Cad. Saúde Pública*, v. 9, n. 1, p. 65-78, jan/mar 1993.

MINDELL, J. A.; CHERTOW, G. M. Abordagem prática à insuficiência renal aguda. In: SAKLAYEN, M. G. **The Medical Clinics of North America**. Rio de Janeiro: Interlivros Edições, 1997. p 709 – 724.

MONTEIRO, J. L. Atualização em Fisiologia e Fisiopatologia Renal: medidas de prevenção da insuficiência renal aguda. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 19, n. 2, p. 189-192, jun. 1997.

NASCIMENTO, E. et al. Fundamentos de imunologia de transplantes. In: PEREIRA, W. A. **Manual de transplante de órgãos e tecidos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. p. 58-73.

NEVES, O. O.; CRUZ, I. C. F. da. Scientific production of nursing about insertion of intravenous catheter arteriovenous fistulae: implications for nurse of substitutive renal therapy. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 1, n. 1, mês. 2002. Disponível em: <www.uff.br/nepae/obin101nevesetal.htm>. Acesso em: 24 fev. 2006.

NUCCI, N. A. G. **Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo**. Ribeirão Preto, 2003. 225 f. Tese (Doutorado) Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, 2003.

OLIVEIRA, A. G. C. **Convivendo com a doença crônica da criança**: a experiência da família. São Paulo, 1994. 141f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

OLIVEIRA, L. G. de et al. Pregnancy and perinatal outcomes in women with renal transplantation. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstétrica**, v. 27, n. 6, p. 316-322, jun. 2005.

PACHECO - SILVA, A. O transplante no tempo ideal. **Unifesp reportagens**, São Paulo, ano 4, n. 12, jan./ mar. 2004. Disponível em: <saudepaulista.jpta@midia.epm.br>. Acesso em: 27 mar. 2005.

PEREIRA, J. C. R. **Análise de dados qualitativos**: estratégias metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais. 3. ed. São Paulo: Edusp, 2001.

PEREIRA, L. C. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes transplantados renais. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 10-16, mar 2003.

PEREIRA, W. A. História dos transplantes. In: _____. **Manual de transplante de órgãos e tecidos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. p. 01-08.

PERES, L. A. B. et al. Análise da sobrevida de enxertos e receptores de 188 transplantes renais realizados na cidade de Cascavel (PR). **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 25, n. 3, p.133-141, set 2003.

POLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

QUEIRÓZ, R. F. de. **Reflexos do andar a vida:** percepções dos idosos de grupos comunitários acerca de sua qualidade de vida em Rio Branco/AC. 2000. 90 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal (RN), 2000.

RAMOS - CERQUEIRA, A. T. A.; CREPALDI, A. L. Quality of life in chronic pulmonary diseases: conceptual and methodological aspects. **Journal Pneumologia**, v. 26, n. 4, p.207-213, jul./ago. 2000.

RIM transplante por ano e por doador. **RBT – Registro Brasileiro de Transplantes**, v. 11, n. 1, p. 11-16, jan./jun. 2005. Disponível em: < www.abto.org.br >. Acesso 12 de março de 2006.

RESENDE, A. P.; OLIVEIRA, J. G. F. de; CLEMENTE, W. T. Abordagens das infecções em transplantes de órgãos sólidos. In: PEREIRA, W. A. **Manual de transplante de órgãos e tecidos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. p. 122-188.

RIELLA, M. C.; PECOITS - FILHO, R. Insuficiência Renal Crônica: fisiopatologia da uremia. In: RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 661-690.

RIELLA, V. R.; MOURA, L. A. R.; RIELLA, M. C. Anatomia renal. In: RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 1-19.

SABBATINI, M. et al. Sleep quality in renal transplant patients: a never investigated problem. **Nephrology Dialysis Transplantation**.; vol. 20, n. 1. p.194-198, Jan. 2005.

SAES, S. C. Alterações comportamentais em renais crônicos. **Revista Nursing**, v. 02, n. 12, p.17 –19, maio 1999.

SALOMÃO FILHO, A. et al. Transplante renal. In: PEREIRA, W. A. **Manual de transplante de Órgãos e Tecidos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. p. 268-298.

SALOMÃO, A. Atualização em transplante renal. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 22, n. 4, p. 244-8,dez 2000.

SAMPAIO, F. P. R. **O transplantado renal em acompanhamento ambulatorial: autocuidado higiênico-dietético e medicamentoso.** Fortaleza: FCPC, 2000.

SANTOS, O. F. P. dos et al. Insuficiência Renal Aguda. In: RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 37-48.

SANTOS, P. R. Correlação entre marcadores laboratoriais e nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 27, n. 2, p.70-75, jun. 2005a.

SANTOS, P. R. Associação de qualidade de vida com hospitalização e óbito em pacientes portadores de doença renal crônica em hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 27, n. 4, p.184-190,dez 2005b.

SAUPE, R et al. Qualidade de vida de acadêmicos de Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 45-50, jul./ago. 2004.

SEGURO, A. C.; KUDO, L. H.; HELOU, C. M. de B. Função Tubular. In: RIELLA, M. C. **Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 37-48.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar./abr. 2004.

SESSO, R.; RODRIGUES - NETO, J. F.; FERRAZ, M. B. Impact of socioeconomic status on the quality of life of ESRD patients. **American Journal Kidney Dis.**, v. 41, n. 1, p.186-95, fev 2003.

SILVA, H. G.; SILVA, J. S. Motivações do paciente renal para a escolha a diálise peritoneal ambulatorial contínua. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 1, p. 10-14, jan./jun. 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 12 abr. 2006.

SILVA, M. J. R. da; GOMES, R. C. C. Migração, crescimento econômico e qualidade de vida em Natal/RN. **Revista Electrônica de Geografia y Ciências Sociales**, v. 68, n. 94, ago. 2001,. Disponível em: <<http://www.ub.es/geocrit/sn-94-68.htm>>. Acesso em: 02 jun. 2006.

SIVIERO, I. M. P. S. **Saúde mental e qualidade de vida de infartados**. Ribeirão Preto, 2003. 111 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censos: conheça o resultado do censo nos centros de diálise do Brasil** / jan. 2006. Disponível em <<http://www.snn.org.br/>>. Acesso em: 10 jul. 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Campanha previna-se. **SBN Informa**, n. 3, nov. 2003. Disponível em: <www.sbn.org.br/Boletim/2003/Novembro03.pdf>. Acesso em: 11 out. 2004.

SOLARI, H. P.; CRUZ FILHO, R. A.; LUGON, J. R. Alterações do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal em pacientes do sexo masculino com insuficiência renal crônica. **J. Bras. Nefrol**, v.19, n. 03, p. 236-329, set. 1997.

SOUZA, M. F. M.; KALICHMAN, A. O. Vigilância epidemiológica, serviços e qualidade de vida. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. cap. 19, p.467-476.

TAKAHASHI, O. C. **Necessidades psicossociais de pacientes submetidos à cirurgia do aparelho digestivo: uma assistência sistematizada**. 1987. São Paulo, 128 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1987.

THOMÉ, F. S. et al. Insuficiência Renal Aguda. In: BARROS, E. et al. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999a. p. 391-403.

_____. Insuficiência Renal Crônica. In: BARROS, E. et al. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999b. p. 423-440.

VELARDE - JURADO, E.; ÁVILA - FIGUEROA, C. Evaluación de la calidad de vida. **Revista Salud Publica de México**, v. 44, n. 4, p. 349-361, jul./ago. 2002.

VERONESE, V. et al. Biópsia percutânea do enxerto renal: para onde vamos? **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 45, n. 2, p. 169-174, abr./jun. 1999.

VIEIRA, S; HOFFMANN, R. **Estatística experimental**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

WESOLOWSKI, T.; SZYBER, P. Usage of the WHOQOL-100 as a trial of objective estimation of quality of life in end-stage renal disease patients treated with renal transplantation. **Pol Merkuriusz Lek**. v. 17, n. 99, p.260-6, sep. 2004.

WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. **Quality of life assessment: international perspectives**. Heigelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60.

WHOQOL GROUP: position paper from the World Health Organization Social Science and medicine, **WHO**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

YANG, S. C. et al. Quality of life its determinants of hemodialyses patients in Taiwan measured with WHOQOL-BREF (TW). **American Journal Kidney Diseases**, v. 46, n. 4, p. 635-41, out. 2005.

ZATZ, Roberto. Insuficiência Renal Crônica. In: RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 649-660.

ZAWADA JUNIOR, E. T. Início da diálise. In: DAURGIDAS, J. T.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. **Manual de diálise**. 3. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 03-11.

ZIMMERMANN, P. R.; CARVALHO, J. O. de; MARI, J. J. Impacto da depressão e outros fatores psicossociais no prognóstico de pacientes renais crônicos. **Revista de Psiquiatria Rio Grande do Sul**, v. 26, n. 3, p. 312-318, set./dez. 2004.

9 GLOSSÁRIO

Preemptivo	Transplante renal realizado antes de chegar ao estágio de diálise.
Imunossupressão	Diminuição, de grau variável, proposital ou não, e obtida mediante recursos artificiais (irradiação, substâncias diversas), de resposta imunológica (q. v.); imunodepressão.
Rejeição	Fenômeno em consequência do qual um organismo elimina um enxerto, dada a incompatibilidade entre os tecidos desse organismo e os do organismo de que provém o enxerto.
Homeostasia	Situação de equilíbrio, onde os órgãos não apresentam uma produção excessiva nem uma produção deficiente e cada órgão facilita as funções dos outros.
Azotemia	Teor de uréia ou de outras substâncias nitrogenadas no sangue.
Hipertricose	Excesso de pêlos, localizado ou generalizado.
Catarata	Oftalm. Perda da transparência do cristalino ou da sua cápsula.
Arteriosclerose	Arteriosclerose em que se formam ateromas nas túnicas íntima, média, e parte mais interna de artérias de grande e de médio calibre.

- Angina** Dor constrictiva intensa, no peito, freqüentemente irradiada para o braço esquerdo, provocada por isquemia do miocárdio e resultante, quase sempre, de moléstia coronariana.
- Infarto** Fenômeno patológico em que se produz zona de necrose conseqüente à hipóxia, na maioria dos casos por trombo(s) ou êmbolo(s); enfarto, enfarte.
- Acidente vascular cerebral** Designação imprópria de distúrbio da circulação encefálica, de ocorrência súbita, duração e intensidade variáveis, e que pode ter causas diversas, sendo passível de produzir alterações, entre outras, da consciência, da motricidade, da palavra. [Abrev.: AVC.]
- Diabetes melito** Distúrbio metabólico em que está prejudicada, em grau variável, a capacidade de metabolização de glicídios, surgindo, em conseqüência, hiperglicemia, glicosúria e poliúria, além de sintomas tais como sede, fome, fraqueza, e distúrbios do metabolismo de lipídios.
- Dislipidemia** é o excesso de colesterol e triglicérides no sangue pode aumentar o risco de um ataque cardíaco, ou de um derrame.

- Catabolismo** processo metabólico destrutivo, por meio do qual células do organismo transformam substâncias complexas em outras mais simples.
- Síndrome de Alport** glomerulonefrite congênita associada à surdez e a um decréscimo nas plaquetas sangüíneas. Não há tratamento específico, mas a diálise e o transplante renal são medidas que podem trazer benefícios.

ANEXO A
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário Br 101, Lagoa Nova – Natal/RN – CEP: 59072-970, Fone/fax: (84)3215-3196.
Email: pgef@pgef.ufrn.br

Ilmo Sr. Prof. Dr. José Ricardo Lagreca de S. Cabral.
Diretor do Hospital Universitário Onofre Lopes - UFRN.

O Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFRN conta atualmente, no seu Programa de Pós-Graduação, com o Curso de Mestrado em Enfermagem. Nesse contexto, a mestranda Ana Elza Oliveira de Mendonça está realizando uma pesquisa sobre a “Qualidade de vida medida pelo WHOQOL-bref: estudo comparativo de pacientes em hemodiálise e pós transplante renal” necessitando, portanto, coletar dados que subsidiem este estudo junto a essa instituição.

Assim sendo, solicitamos de vossa valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso da referida mestranda para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição no relatório final da investigação. Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados tão somente para realização deste trabalho.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho dessa coordenação, agradecemos antecipadamente.

Prof^ª Dra. Glauceia Maciel de Farias
Orientadora

ANEXO B
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário Br 101, Lagoa Nova – Natal/RN – CEP: 59072-970, Fone/fax: (84) 3215-3196.
Email: pgenf@pgen.ufrn.br

Ilma Sr.^a Enf.^ª. Maria Cléia de Oliveira Viana.

Diretora de Enfermagem do Hospital Universitário Onofre Lopes - UFRN

O Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFRN conta atualmente, no seu programa de Pós-Graduação, com o Curso de Mestrado em Enfermagem. Nesse contexto, a mestranda Ana Elza Oliveira de Mendonça está realizando uma pesquisa sobre a “Qualidade de vida medida pelo WHOQOL-bref: estudo comparativo de pacientes em hemodiálise e pós transplante renal” necessitando, portanto, coletar dados que subsidiem este estudo junto a essa instituição.

Assim sendo, solicitamos de V.Sa. a valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso da referida mestranda para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição no relatório final da investigação. Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados tão somente para realização deste trabalho.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho dessa coordenação, agradecemos antecipadamente.

Prof.^ª Dra. Glaucea Maciel de Farias
Orientadora

ANEXO C
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário Br 101, Lagoa Nova – Natal/RN – CEP: 59072-970, Fone/fax: (84) 3215-3196.
Email: pgenf@pgen.ufrn.br

Ilmo Sra. Dra. Virgínia Célia Barreto Drummond
Diretora da Nefron Clínica S/C Ltda.

O Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFRN conta atualmente, no seu Programa de Pós-Graduação, com o Curso de Mestrado em Enfermagem. Nesse contexto, a mestranda Ana Elza Oliveira de Mendonça está realizando uma pesquisa sobre a “Qualidade de vida medida pelo WHOQOL-bref: estudo comparativo de pacientes em hemodiálise e pós transplante renal” necessitando, portanto, coletar dados que subsidiem este estudo junto a essa instituição, para testagem e validação do instrumento em nossa cultura.

Assim sendo, solicitamos de vossa valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso da referida mestranda para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição no relatório final da investigação. Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados tão somente para realização deste trabalho.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho dessa coordenação, agradecemos antecipadamente.

Prof^a Dra. Glaucea Maciel de Farias
Orientadora

ANEXO D
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário Br 101, Lagoa Nova – Natal/RN – CEP: 59072-970, Fone/fax: (84) 3215-3196.
Email: pgenf@pgen.ufrn.br

Ilma Sr.^a Enf.^a. Iris Brito
Chefe de Enfermagem da Nefron Clínica - Ltda

O Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFRN conta atualmente, no seu programa de Pós-Graduação, com o Curso de Mestrado em Enfermagem. Nesse contexto, a mestranda Ana Elza Oliveira de Mendonça está realizando uma pesquisa sobre a “Qualidade de vida medida pelo WHOQOL-bref: estudo comparativo de pacientes em hemodiálise e pós transplante renal” necessitando, portanto, coletar dados que subsidiem este estudo junto a essa instituição, para testagem e validação do instrumento em nossa cultura.

Assim sendo, solicitamos de V.Sa. a valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso da referida mestranda para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição no relatório final da investigação. Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados tão somente para realização deste trabalho.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho dessa coordenação, agradecemos antecipadamente.

Prof.^a Dra. Glauceia Maciel de Farias
Orientadora

ANEXO E



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – MEC
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO (Final)

Protocolo nº	171/05 CEP-UFRN
Folha de Rosto	83196
Projeto de Pesquisa	A Qualidade de Vida Medida pelo "WHOQOL-Bref": Estudo Comparativo de Pacientes em Hemodiálise e Pós-Transplante
Área de Conhecimento	Enfermagem – Grupo III
Pesquisador Responsável	Glaucete Maciel de Farias
Instituição Onde Será Realizado	UFRN – Centro de Ciências da Saúde Programa de Pós-Graduação Departamento de Enfermagem
Finalidade	Obtenção do grau de Mestre
Revisão Ética	06 de fevereiro de 2006

RELATO

Considerando que as pendências expostas por este Comitê, foram adequadamente cumpridas, o Protocolo de Pesquisa em pauta enquadra-se na categoria de APROVADO.

Orientações ao Pesquisador: em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa (Brasília, 2002-p.65) e Resol. 196/96 – CNS o pesquisador responsável deve:

1 – entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Resol. 196/96 – CNS – item IV.2d);

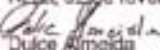
2 – desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Resol. 196/96 – CNS – item III.3z);

3 – apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.41);

4 – apresentar ao CEP/UFRN relatório final (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.42);

O formulário para relatório final encontra-se na página do CEP.

Natal, 02 de fevereiro de 2006


Dulce Almeida

Vice-Coordenadora CEP-UFRN

ANEXO F
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário Br 101, Lagoa Nova – Natal/RN – CEP: 59072-970, Fone/fax: (84) 3215-3196.
Email: pgenf@pgen.ufrn.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESCLARECIMENTOS

Estamos convidando você para participar de uma pesquisa que pretende identificar como o sujeito percebe a sua qualidade de vida após o transplante renal e comparar os resultados com os sujeitos que estão em programa de hemodiálise.

A qualidade de vida na visão do sujeito em hemodiálise e após transplante renal, é da maior importância para direcionar a avaliação e intervenção do enfermeiro, visando melhorar o desempenho profissional e os cuidados de enfermagem.

Para atingir nossos objetivos, vamos utilizar o instrumento da Organização Mundial de Saúde, chamado WHOQOL-bref - é um instrumento validado e traduzido para a língua portuguesa contendo 26 questões, sobre vários aspectos da sua vida. Caso sintase constrangido poderá deixar de responder qualquer pergunta. Esse questionário será preenchido durante a consulta de enfermagem.

A sua participação deve ser voluntária, você não será pago por consentir participar dessa pesquisa, porém você poderá ser ressarcido, isto é, reembolsado, se gastar alguma coisa comprovadamente referente à pesquisa. Você também poderá ser indenizado se algum dano acontecer com você e se for comprovado que esse dano foi decorrente da pesquisa.

Além disso, você pode desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem que nenhum prejuízo possa afetar você. Todas as informações obtidas são confidenciais, utilizando todos os princípios que regem a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 196/96 (BRASIL, 2000).

Esta pesquisa terá o acompanhamento e assistência de Ana Elza Oliveira de Mendonça enfermeira, *COREN-RN*: 63.733, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFRN, e da Prof^a Dr^a Glauceia Maciel de Farias, membro da Base de Pesquisa III, intitulada “Enfermagem Clínica”.

Se você tiver alguma dúvida em qualquer momento dessa pesquisa deve ligar para o telefone (84) 3215-3215 e falar com a Prof. Dra. Glaucecia Maciel de Farias, responsável por esse trabalho.

A autorização para o desenvolvimento de todos os passos, anteriormente apresentados, serão considerados a partir da assinatura do impresso de consentimento.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que estou suficientemente esclarecido sobre o que essa pesquisa deseja fazer e que consinto de forma voluntária a fazer parte da mesma.

Pesquisadora Responsável: Gláucecia Maciel de Farias

Rua Jerônimo de Albuquerque, nº 3621, Candelária, Natal-RN

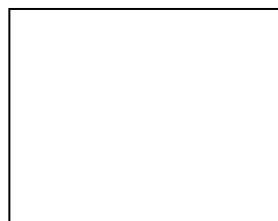
Fone: 3206 8096 – E-mail: glaucecia@digizap.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, CP 1666,

Natal, RN, 59078-970, Brasil, fone/fax: xx (84) 3215-3135, e-mail

cepufrn@reitoria.ufrn.br, <http://www.etica.ufrn.br>

Natal, _____ de _____ de 2006.



Assinatura do sujeito da pesquisa ou representante legal

Impressão dactiloscópica

Prof. Dra. Glaucecia Maciel de Farias – Pesquisadora Responsável

ANEXO G
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - PARTE - 1

1. SEXO: 1() Masculino 2() Feminino
2. IDADE: _____ anos
3. PROCEDÊNCIA _____ ESTADO _____
4. ESTADO CONJUGAL:
- 1() Solteiro
2() Casado
3() Separado
4() Viúvo
5. PROLE: 1() Sim 2() Não Quantos? _____
6. Grau de Instrução:
- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| 1() Não Alfabetizado | 6() Superior Incompleto |
| 2() Fundamental Incompleto | 7() Superior Completo |
| 3() Fundamental Completo | 8() Pós-Graduação Incompleta |
| 4() Médio Incompleto | 9() Pós-Graduação Completa |
| 5() Médio Completo | |
7. Encontra-se Trabalhando:
- 1() Sim 2() Não
8. Renda Familiar:
- 1() Até 2 salários mínimos mensais
2() 2 a 5 salários mínimos mensais
3() 5 a 10 salários mínimos mensais
09. Tempo (meses/anos) de: HD _____ TxR _____

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - PARTE - 2
WHOQOL – bref

Instruções						
<p>Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.</p> <p>Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:</p>						
		nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
	Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	<input checked="" type="radio"/>	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

Questões Gerais - Parte A

		muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

Domínios – Parte B

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.						
		nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.						
		Nada	Muito pouco	Médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5

13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
		muito ruim	Ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5

22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO H

TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES EM HEMODIÁLISE E PÓS-TRANSPLANTE RENAL SEGUNDO PROLE, ESTADO CIVIL E FAIXA ETÁRIA – NATAL/RN, 2006.

TRATAMENTO	PROLE	ESTADO CIVIL	FAIXA ETÁRIA				Total
			18 27	28 44	44 59	60	
HEMODIÁLISE	NENHUM	CASADO	1	2	0	0	3
		SOLTEIRO	9	5	0	0	14
		VIÚVO	0	0	0	0	0
		SEPARADO	0	0	0	0	0
		Total	10	7	0	0	17
	DE 1 A 3 FILHOS	CASADO	4	14	6	3	27
		SOLTEIRO	2	6	0	0	8
		VIÚVO	0	0	0	0	0
		SEPARADO	0	0	1	0	1
		Total	6	20	7	3	36
	MAIS DE 3 FILHOS	CASADO	0	3	3	1	7
		SOLTEIRO	0	0	1	0	1
VIÚVO		0	0	1	0	1	
SEPARADO		0	0	0	0	0	
Total		0	3	5	1	9	
TOTAL			16	30	12	4	62
PÓS-TRANSPLANTE	NENHUM	CASADO	0	1	0	0	1
		SOLTEIRO	13	12	0	0	25
		VIÚVO	0	0	0	0	0
		SEPARADO	0	0	0	0	0
		Total	13	13	0	0	26
	DE 1 A 3 FILHOS	CASADO	1	14	5	0	20
		SOLTEIRO	0	2	0	0	2
		VIÚVO	0	0	1	0	1
		SEPARADO	0	1	0	0	1
		Total	1	17	6	0	24
	MAIS DE 3 FILHOS	CASADO	0	1	4	1	6
		SOLTEIRO	0	0	1	0	1
VIÚVO		0	0	0	0	0	
SEPARADO		0	0	1	0	1	
Total		0	1	6	1	8	
TOTAL			14	31	12	1	58