

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

ENIO BARRETO CARNEIRO

ASSOCIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS
NEFROPATAS CRÔNICOS COM O TIPO DE ACESSO
VASCULAR PARA HEMODIÁLISE

MANAUS

2019

ENIO BARRETO CARNEIRO

ASSOCIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS NEFROPATAS CRÔNICOS COM
O TIPO DE ACESSO VASCULAR PARA HEMODIÁLISE

Trabalho de Conclusão de Mestrado Profissional apresentado à Universidade Federal do Amazonas como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia - Mestrado Profissional em Cirurgia, na área de concentração Cirurgia Experimental e Minimamente Invasiva para a obtenção do título de Mestre em Cirurgia.

Orientadora: Profa. Dra. Denise Machado Duran Gutierrez

MANAUS

2019

Ficha Catalográfica elaborada por Suely Oliveira Moraes – CRB 11/365

C289a Carneiro, Enio Barreto.

Associação da qualidade de vida dos nefropatas crônicos com o tipo de acesso vascular para hemodiálise / Enio Barreto Carneiro. Manaus: UFAM, 2019.

79 p.: il.: 21 cm

Orientadora: Dra. Denise Machado Duran Gutierrez

Dissertação (Mestrado em Cirurgia) - Universidade Federal do Amazonas, Programa de Pós-Graduação em Cirurgia.

1. Qualidade de vida. 2. Doença renal crônica. 3. Acesso vascular. 4. Hemodiálise. Gutierrez, Denise Machado Duran (Orient.) II. Universidade Federal do Amazonas. III. Título.

CDU 616.61(043.3)

ENIO BARRETO CARNEIRO

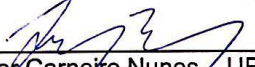
ASSOCIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES NEFROPATAS
CRÔNICOS COM O TIPO DE ACESSO VASCULAR PARA HEMODIÁLISE

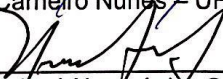
Trabalho de Conclusão de Mestrado Profissional apresentado à Universidade Federal do Amazonas como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia - Mestrado Profissional em Cirurgia, na área de concentração Cirurgia Experimental e Minimamente Invasiva para a obtenção do título de Mestre em Cirurgia.

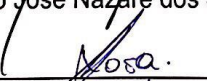
Orientadora: Profa. Dra. Denise Machado Duran Gutierrez

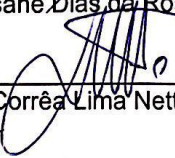
BANCA EXAMINADORA


Profa. Dra. Denise Machado Duran Gutierrez - UFAM - PPGRACI (Presidente)


Prof. Dr. Juscimar Carneiro Nunes - UFAM - PPGRACI (Membro)


Prof. Dr. Neivaldo José Nazaré dos Santos - HUGV (Membro)


Profa. Dra. Rosane Dias da Rosa - UFAM - PPGRACI (Suplente)


Prof. Dr. José Corrêa Lima Netto - UFAM - DCC (Suplente)

Manaus, AM, 12 de fevereiro de 2019

À minha família e amigos, em especial aos meus pais, pelo apoio e incentivo em sempre perseguir meus objetivos, buscando sempre fazer o melhor possível com as condições existentes.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar à Deus pelas graças alcançadas ao longo da vida e principalmente pela saúde a mim concedida.

Aos meus queridos pais, Euriquedes e Marina, pelo incentivo irrestrito, amor e amizade.

À Prof. Dra. Denise Machado Duran Gutierrez que acreditou na factibilidade do meu projeto.

Ao Prof. Dr. Ivan Tramuja da Costa e Silva, por ter sido meu professor desde a graduação no curso de Medicina, passando pela residência médica e chegando agora na Pós-graduação em Cirurgia pela Universidade Federal do Amazonas.

Aos docentes do Programa de Pós-graduação em Cirurgia pela Universidade Federal do Amazonas - PPGRACI, pelas orientações e por terem despertado em mim o espírito investigativo e questionador, sem o qual não seria possível a realização desse projeto.

Aos colegas de turma do PPGRACI, por terem sido verdadeiramente companheiros do início ao fim do curso e pelo laço de amizade eterna criado entre nós.

Aos funcionários da UFAM vinculados ao PPGRACI, por sempre serem solidários às nossas solicitações e sempre que possível atende-las.

À direção e aos funcionários da Fundação Hospital Adriano Jorge, por terem possibilitado que a execução e aplicação do questionário para avaliar a qualidade de vida dos pacientes da instituição fosse possível.

À administração e aos servidores do Centro de Hemodiálise Francisco de Assis Farias Rodrigues – CEHMO, pela parceria e apoio incondicional para a realização da pesquisa dentro das suas instalações.

Ao prof. Antônio Manoel Sousa, pela análise estatística do trabalho.

Aos pacientes nefropatas crônicos em suporte dialítico, motivo maior para a realização desse projeto que visa entender melhor as suas necessidades a fim de ser fonte de dados para subsidiar políticas públicas que aliviem um pouco o fardo da doença.

*Curar algumas vezes, aliviar o sofrimento
sempre que possível, confortar sempre.*

Hipócrates

RESUMO

JUSTIFICATIVA: A questão da avaliação da qualidade de vida de pacientes, em diversas condições, é cada vez mais presente na literatura nacional e internacional, pois seu estudo aporta conhecimentos importantes para diversas tomadas de decisões em saúde. **OBJETIVO:** No presente trabalho, buscou-se avaliar a qualidade de vida dos pacientes portadores de insuficiência renal crônica, levando em consideração o tipo de acesso vascular utilizado na hemodiálise. **MÉTODO:** Em termos da metodologia empregada, trata-se de estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa dos pacientes diagnosticados com doença renal em estágio terminal e necessidade de terapia de substituição renal do tipo hemodiálise, atendidos em uma clínica de referência, em Manaus. A população estudada foi composta pelos pacientes regularmente cadastrados nesse serviço. Para efeitos de análise e sistematização de dados, os pacientes foram alocados, formando-se grupos de acordo com o acesso vascular que possibilita a interface com a máquina de diálise renal. Os pacientes entrevistados responderam a um questionário de qualidade de vida, o Kidney Disease and Quality-of-Life Short Form 36 (KDQOL-SF36). Foram entrevistados 187 indivíduos, dos quais 68% são do grupo com acesso vascular por fístula arteriovenosa simples, 13% do grupo com acesso vascular por fístula arteriovenosa complexa com superficialização de veia basilíca, 12% do grupo com acesso vascular por cateter duplo lúmen, 5% do grupo com acesso vascular através de cateter de longa permanência do tipo permcath e 2% com fístula arteriovenosa com prótese. **RESULTADOS:** Os resultados obtidos tiveram a sua validade interna testada pelo Alfa de Cronbach, que revelou um valor superior a 0,7, demonstrando a credibilidade das informações coletadas. Os resultados obtidos através da análise do KDQOL-SF36, comprovaram que existe diferença na percepção de qualidade de vida por parte dos pacientes, a depender do tipo de acesso vascular utilizado para realização de hemodiálise. A dimensão avaliada na qual ficou mais evidente a superioridade de um tipo de acesso sobre o outro foi a “lista de sintomas e problemas”, na qual a FAV simples, com 93,75% versus 55,5% do grupo de pacientes com permcath, julgou possuir QV boa, com um p valor de 0,008. **CONCLUSÕES:** Concluiu-se que dentre as possibilidades de acesso vascular existentes para a hemodiálise, a FAV simples foi o que proporcionou melhores parâmetros de qualidade de vida para os pacientes.

DESCRITORES: Qualidade de vida; Insuficiência renal crônica; Fístula arteriovenosa; Diálise renal.

ABSTRACT

BACKGROUND: The question of quality of life evaluation of patients, in different conditions, is increasingly present in the national and international literature, since its study provides important knowledge for several health decision making. **OBJECTIVE:** In the present study, we sought to evaluate the quality of life of patients with chronic kidney disease, taking into account the type of vascular access used in hemodialysis. **METHOD:** In terms of the methodology used, this is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach of patients diagnosed with end stage renal disease and need for hemodialysis renal replacement therapy, attended at a reference clinic in Manaus. The study population was composed of patients regularly enrolled in this service. For the purposes of data analysis and systematization, the patients were allocated, forming groups according to the vascular access that allows the interface with the dialysis machine. The patients interviewed responded to a quality of life questionnaire, the Kidney Disease and Quality-of-Life Short Form 36 (KDQOL-SF36). A total of 187 individuals were interviewed, of which 68% were in the vascular access group due to simple arteriovenous fistula, 13% of the vascular access group due to complex arteriovenous fistula with basilic vein superficiality, 12% of the group with vascular access through a double lumen catheter, 5 % of the group with vascular access through a long-stay catheter of the permcath type and 2% with arteriovenous fistula with prosthesis. **RESULTS:** The results obtained had their internal validity tested by Cronbach's Alpha, which revealed a value higher than 0.7, demonstrating the credibility of the information collected. The results obtained through the analysis of KDQOL-SF36, showed that there is a difference in patients' perception of quality of life, depending on the type of vascular access used for hemodialysis. The assessed dimension in which the superiority of one type of access over the other was most evident was the "list of symptoms and problems" in which simple AVF, with 93.75% versus 55.5% of the permcath patient group, judged to have good QV, with a p value of 0.008. **CONCLUSIONS:** It was concluded that among the possibilities of vascular access existing for hemodialysis, simple AVF was what provided better parameters of quality of life for patients.

Keywords: Quality of Life; Renal chronic insufficiency; Arteriovenous fistula; Dialysis renal.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Cirurgia para confecção de FAV simples	19
Figura 2	Cirurgia para confecção de FAV simples	19
Figura 3	Cirurgia para confecção de FAV complexa – superficialização de veia basílica	20
Figura 4	Implante de cateter de curta permanência – CDL	21
Figura 5	Cateteres do tipo <i>Permcath</i> para hemodiálise	21
Figura 6	Cirurgia para confecção de FAV com prótese	22

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Estágios da insuficiência renal	16
Quadro 2	Dimensões relativas à DRC do KDQOL-SF36 por tipo de acesso vascular para hemodiálise	31
Quadro 3	Dimensões relativos a parte genérica do KDQOL-SF36 por tipo de acesso vascular para hemodiálise	32
Quadro 4	Dimensões relativos a parte genérica do KDQOL-SF36 por tipo de acesso vascular para hemodiálise	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CDL	Cateter de Duplo Lúmen
CEHMO	Centro de Hemodiálise Francisco de Assis Farias Rodrigues
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DRC	Doença Renal Crônica
DRCEF	Doença Renal Crônica em Estágio Final
FAV	Fistula Arteriovenosa
FHAJ	Fundação Hospital Adriano Jorge
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRC	Insuficiência Renal Crônica
ITU	Infecções do Trato Urinário
KDQOL-SF	Kidney Disease and Quality-of-Life Short Form
NYHA	New York Heart Association
OMS	Organização Mundial de Saúde
PTFE	Politetrafluoroetileno Expandido
QV	Qualidade de Vida
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
TRS	Terapia Renal Substitutiva

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Porcentagem
<i>p</i>	Probabilidade de Significância
™	Trade Mark (outro símbolo para “Marca Registrada”)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1	Insuficiência renal crônica	16
2.2	Terapia de substituição renal	17
2.3	Acessos vasculares para hemodiálise	19
2.4	Qualidade de vida	22
3	JUSTIFICATIVA	24
4	OBJETIVOS	25
5	METODOLOGIA	26
5.1	Tipo de estudo	26
5.2	Considerações e aspectos éticos	26
5.3	Riscos e benefícios	26
5.4	Critérios de inclusão	27
5.5	Critérios de exclusão	27
5.6	Caracterização da amostra	28
5.7	Instrumento de coleta	28
5.8	Análise estatística dos dados	30
6	RESULTADOS	31
7	DISCUSSÃO	37
8	CONCLUSÃO	43
	REFERÊNCIAS	44
	APÊNDICES	51
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO – TCLE	52
	ANEXOS	53
	ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES - KDQOL-SF	54
	ANEXO B – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO PARA ENTREVISTA COM PACIENTES	71
	ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA DA DIREÇÃO DO HOSPITAL	72
	ANEXO D – PARECER DO CEP	73
	ANEXO E - FORMULÁRIO CURTO DE DOENÇA RENAL DA VIDA (KDQOL-SF), VERSÃO 1.3: MANUAL DE USO E ESCORE	76

1 INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) se tornou um problema de saúde pública, segundo o censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia – SBN (SBN, 2017). No Brasil há 126.583 pacientes em hemodiálise, sendo que esse número praticamente triplicou nos últimos 17 anos. Quando relacionado à totalidade da população brasileira que é de 209,07 milhões de habitantes, equivale a 0,06% dos brasileiros (IBGE, 2018).

A disfunção renal é multifatorial, atinge todas as classes sociais, sem distinção em relação a gênero ou a raça, com elevada taxa de morbi-mortalidade (SESSO *et al.*, 2017). É caracterizada pela incapacidade dos rins de realizar as suas funções de depuração do que é resíduo durante o metabolismo, bem como o controle da quantidade de líquidos no organismo (PEREIRA *et al.*, 2014). É caracterizada por uma síndrome que progressivamente leva a deterioração renal (BARROS, 1999).

A vida da pessoa acometida é sensivelmente modificada por causa da DRC, após o diagnóstico, frequentemente alterações sociais e psíquicas ocorrem, fazendo com que o indivíduo busque o isolamento social e com isso surge a depressão (BITTENCOURT, 2003).

Em função da DRC ser de surgimento e progressão silenciosa, a maioria dos pacientes não sabem do problema até que o mesmo já esteja em fase avançada de evolução. O diagnóstico muitas vezes é obtido nos prontos-socorros, quando os acometidos pelo problema já se encontram com alguma urgência dialítica: hipervolemia, hipercalemia, acidose metabólica e azotemia (MALAGUTTI; FERRAZ, 2011).

Seguramente a detecção precoce da insuficiência renal e a tomada de condutas apropriadas poderia diminuir significativamente sua evolução para a doença renal crônica em estágio final (DRCEF) e assim não sobrecarregaria tanto o sistema público de saúde para onde vão a imensa maioria dos pacientes que necessitam de métodos de substituição renal (PINHO; SILVA; PIERIN, 2015).

Como possibilidades terapêuticas temos as chamadas terapias renais substitutivas (TRS), que são a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal. Qualquer um deles deve ser acompanhado por uma equipe, liderada pelo médico nefrologista, visto que a doença renal acomete diversos órgãos e sistemas (COSTA;

COUTINHO; SANTANA, 2014). As indicações para o início da TRS são relacionadas com a piora da qualidade de vida: fadiga, insônia, anorexia, perda de massa muscular e prurido (MORSCH, 2002). No Amazonas, o método de TRS que prevalece é a hemodiálise, apesar dessa forma de tratamento afetar grandemente a qualidade de vida dos pacientes que tem que se deslocar até às clínicas por pelo menos três vezes na semana e permanecer ligados à máquina em média 4 horas, por cada sessão. O que influencia tanto na vida do paciente quanto de toda a sua família, que deverá se adaptar a uma nova rotina de vida (CAIUBY; LEFÊRE; PACHECI, 2004).

O fato de os pacientes precisarem ficar longos períodos de suas vidas em ambiente hospitalar, a incerteza em relação a realização ou não de transplante renal, a dieta restrita, a dependência de médicos e outros profissionais de saúde, afetam sobremaneira a qualidade de vida dos pacientes portadores de doença renal crônica em estágio final (DRCEF) (HIGA *et al.*, 2008).

É largamente aceito que instrumentos avaliativos da qualidade de vida são importantes para o embasamento de decisões clínicas e posteriormente a criação de medidas públicas que beneficiem o grupo pesquisado. Cada vez mais, a qualidade de vida é tema de investigação em estudos de saúde (MORENO *et al.*, 2006).

Estudos corroboram que o acesso vascular que possibilita melhor qualidade de vida para os nefropatas é a fístula arteriovenosa com menores taxas de morbidade e mortalidade quando comparados aos outros tipos de acesso vascular (FISSEL *et al.*, 2013).

Os pacientes com DRCEF de acordo com o tipo de acesso vascular apresentam determinado grau de satisfação em relação a qualidade de vida e isso pode mudar drasticamente a evolução e desfecho da doença (SRIDHARAN *et al.*, 2018). Daí a importância de se estudar a questão da qualidade de vida relacionada ao tipo de acesso utilizado para tais pacientes.

2 REVISAO DE LITERATURA

2.1 Insuficiência renal crônica

A entidade responsável no estudo das doenças renais, *Kidney Disease Outcome Quality Initiative* (KDOQI), publicou uma diretriz sobre DRC. Nesse documento, que é aceito por nefrologistas do mundo todo, ficou definido que essa doença é baseada em três componentes: 1. anatômico ou estrutural (marcadores de dano renal, dentre eles: cilindrúria, proteinúria, US anormal e alterações anatomopatológicas observadas após biópsia renal); 2. funcional (leva em consideração a taxa de filtração glomerular (TFG) $<60\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$; e 3. o tempo superior a três meses (NKF-K/DOQITM, 2017). Esse consenso foi importante porque padronizou a comunicação entre os profissionais da saúde, facilitando o diagnóstico da doença (JOHNSON; FEEHALLY; FLOEGE, 2016).

A TFG é obtida através da equação de Cockcroft-Gault, publicada originalmente em 1973, é demonstrada a seguir: $[\text{140} - \text{idade} \times \text{peso (Kg)}] / [\text{Creatinina} \times 72]$, quando em pessoas do sexo feminino o valor encontrado é multiplicado por 0,85.

Segundo NKF-K/DOQITM, em 2017, a classificação da DRC é dividida em 5 estágios funcionais, conforme o Quadro 1:

Quadro 1 - Estágios da insuficiência renal

Estágio	Descrição	Taxa de Filtração Glomerular (TFG em $60\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$)*
1	Afecções renais (por exemplo, proteína na urina) com TFG normal	90 ou acima
2	Afecções renais com leve redução na TFG	60 a 89
3	Redução moderada da TFG	30 a 59
4	Redução grave da TFG	15 a 29
5	Falência renal	Menos de 15

* O número da TFG informa ao médico o nível da função renal. À medida que a insuficiência renal progride, o número da TFG diminui.

Fonte: NKF-K/DOQITM (2017).

Portanto, quando o indivíduo atinge o estágio 5 , após geralmente uma perda progressiva da função renal, ele é considerado portador de doença renal cronicamente avançada, significando que está com um taxa de filtração glomerular inferior a 15%. Para tornar mais simples o entendimento, seria como se o indivíduo apresentasse apenas 15% da função renal considerada normal. Nesse estágio, necessitará de alguma modalidade de terapia renal substitutiva (TRS). Como já referimos existem disponíveis: hemodiálise, diálise peritoneal e o transplante renal (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2003).

As principais causas de DRCEF são a hipertensão arterial sistêmica e o *diabetes mellitus*, sendo que no mundo, os países com maior número de pacientes portadores de nefropatia crônica são os Estados Unidos da América e o Japão, isso se deve provavelmente a maior expectativa de vida das pessoas nesses países (RIELLA, 2003; DUNCAN *et al.*, 2013).

No Brasil, o índice de pessoas com hipertensão arterial permaneceu estável, atingindo 24,1% da população em geral. No que tange o *diabetes mellitus*, houve um crescimento do número de pacientes acometidos, passando de 5,5% para 6,9% ao ano segundo dados cadastrados no programa HiperDia do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

2.2 Terapia renal substitutiva

Com o avançar da história natural da doença, faz-se necessário a escolha, em função de diversas condições do paciente, da melhor forma de TRS para o caso (REIS; GUIRARDELLO; CAMPOS, 2008). Após ter o diagnóstico da DRC, o paciente deverá ser acompanhado por um nefrologista, para se possível, postergar ou evitar a evolução para o estágio mais avançado da doença, em que necessariamente deverá ser instituída a conduta dialítica, a fim de evitar complicações mais graves da doença e/ou até mesmo a morte do paciente (BARBOSA *et al.*, 2006).

A diálise peritoneal é uma modalidade em que se utiliza o próprio peritônio como membrana de diálise. É feita através da introdução de um cateter de *Tenckoff* no abdome, e por meio dele é colocado um líquido dentro da cavidade. Devido a sua osmolaridade aumentada, ocorrem os fenômenos de difusão e convecção. Pode ser realizado de forma manual (CAPD) ou automatizada. Tem como vantagens a

melhora da anemia, mais evidente que na hemodiálise, a manutenção da hemodinâmica e a preservação dos acessos vasculares do paciente. E como desvantagem o risco de infecção grave, peritonite, quando mal manuseada a solução de diálise (RIELLA, 2003).

A hemodiálise é uma forma de terapia renal substitutiva que demanda uma adesão do paciente e familiares, em função da quantidade de tempo exigido, deslocamento até a clínica, dor devido as múltiplas punções, etc (MADEIRO *et al.*, 2010). É um método no qual o sangue circula por fora do corpo através de uma máquina que realiza as funções de filtração, depuração e exclusão de substâncias tóxicas que o rim nativo já não realiza (MALAGUTTI; FERRAZ, 2011).

Trata-se de um procedimento em que se utiliza um acesso vascular, confeccionado pelo cirurgião vascular ou pelo nefrologista, o qual pode ser desde uma fístula arteriovenosa (FAV), até outros cateteres específicos colocados em veias centrais. O sangue sai do paciente através da linha venosa, passa sob pressão no dialisador, conhecido também por capilar, sofre os processos de ultrafiltração e diálise, eliminando os metabólitos tóxicos e o excesso de líquido e retorna ao organismo do paciente por meio da via arterial (RIELLA, 2003).

A homeostase do indivíduo sofre um processo adaptativo durante a sessão de hemodiálise, que deixa o paciente vulnerável a algumas manifestações adversas, sendo as principais, a hipotensão e câimbras (SBN, 2012).

Nos primórdios da hemodiálise, o objetivo era apenas postergar a morte inevitável por distúrbios metabólicos, tais como acidemia, hipercalemia e hipervolemia. Com o desenvolvimento técnico-científico na área, nos dias atuais o objetivo é melhorar a qualidade de vida do paciente, minimizar a morbidade e possibilitar que o paciente tenha uma vida o mais próximo do normal.

A hemodiálise é o método mais rotineiramente utilizado por ser eficaz e de menor custo, porém afeta grandemente a qualidade de vida do paciente. Além disso, exige uma equipe altamente especializada a fim de minimizar os riscos ao paciente e com isso assegurar a melhor assistência possível (SILVA *et al.*, 2011).

2.3 Acessos vasculares para hemodiálise

Para a realização da hemodiálise, é necessário um acesso vascular de alto fluxo, em média 300ml/min. Para isso, pode-se utilizar cateteres de curta permanência, conhecidos como cateteres de duplo lúmen, mais comumente, CDLs; cateteres de longa permanência, dentre eles o mais comum é o *permcath*; fístulas arteriovenosas (FAVs) simples ou complexas, nesse caso devido a impossibilidade de fazer apenas a anastomose de uma veia superficial a uma artéria, é necessário a superficialização de uma veia um pouco mais profunda, e isso significa que a mesma se encontra a uma distância superior a 0,6cm de profundidade da pele (BRITO, 2002).

Às vezes, faz-se necessário o uso de próteses como substituto do conduto biológico, no caso a veia, em função da impossibilidade do uso das mesmas, pelo diâmetro reduzido, geralmente menor que 0,3cm; ou devido a não existência de perviedade nas veias superficiais, em função de processo inflamatório ocasionado por múltiplas punções para a coleta de sangue para exames, ou administração de medicamentos (MAFFEI, 2008).

As FAV'S simples são realizadas por um cirurgião vascular, geralmente com anestesia local. É realizada uma pequena cirurgia que objetiva anastomosar uma artéria a uma veia preferencialmente no membro superior não dominante. O ideal é que o paciente possua uma veia periférica com um diâmetro de pelo menos 0,3cm e uma artéria com fluxo trifásico ao doppler (CRONENWETT, 2016).

Figura 1 e 2 - Cirurgia para confecção de FAV simples



Fonte: O autor (2018).

As FAV's complexas são procedimentos de exceção, realizadas quando o paciente não possui as estruturas vasculares, veias ou artérias, em boas condições para a realização de uma fístula para hemodiálise.

São feitas através da anastomose entre uma veia a uma artéria fora do que é considerado convencional, por isso geralmente, necessita de incisões maiores e por muitas vezes de anestesia feita por anestesista, bloqueios loco-regionais, ou até mesmo anestesia geral, a depender do paciente e do local onde será feita a cirurgia. Com maior frequência, é representada pela superficialização de veia basílica (BRITO, 2002).

Figura 3 - Cirurgia para confecção de FAV complexa – superficialização de veia basílica



Fonte: O autor (2018).

Os cateteres de duplo lumen, CDL's, são cateteres de curta permanência, devem ser utilizados por menor tempo e, assim que possível, retirados e/ou substituídos por um acesso permanente.

Figura 4 - Implante de cateter de curta permanência - CDL



Fonte: O autor (2018).

Cateteres do tipo *Permcath* para hemodiálise são cateteres de longa permanência semi-implantáveis, bastante utilizados por terem uma vida útil maior que o CDL.

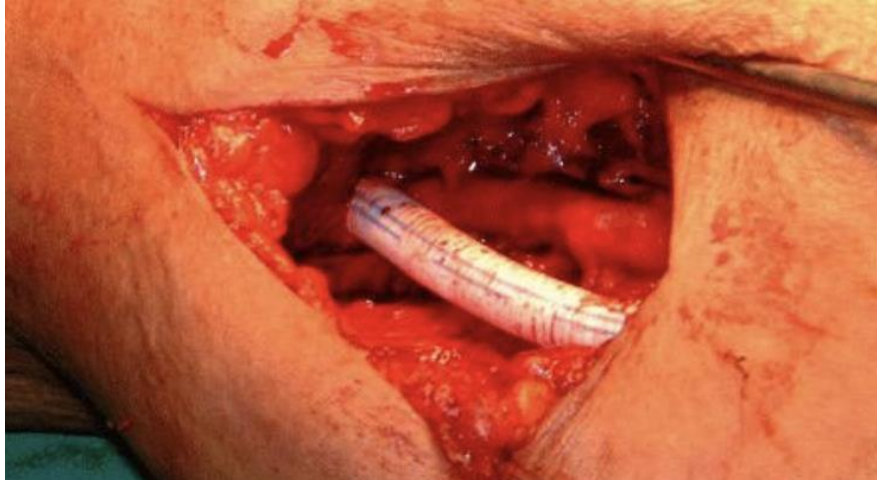
Figura 5 - Cateteres do tipo *Permcath* para hemodiálise



Fonte: O autor (2018).

A FAV com interposição de prótese é usada quando o paciente não dispõe de estruturas vasculares para a realização de FAV, neste caso, faz-se necessário o uso de enxertos protéticos como substitutos, geralmente de politetrafluoretileno expandido (PTFE).

Figura 6 - Cirurgia para confecção de FAV com prótese



Fonte: Ottoni (2013).

2.4 Qualidade de vida

É sabido que o conceito de qualidade de vida é amplo e variado a depender do contexto no qual está inserido. A Organização Mundial de Saúde – OMS, conceitua como sendo a percepção que o indivíduo tem em relação à sua própria vida e isso está diretamente ligado ao contexto cultural e social que o mesmo está inserido, bem como quais são as suas expectativas em relação ao futuro (BITTENCOURT *et al.*, 2004).

Outra forma de se entender o conceito de qualidade de vida é levando em consideração aspectos subjetivos que são percebidos de diferentes modos pelo paciente, e, portanto, englobam aspectos físicos, mental, desempenho em atividades sociais e laborais (MARTINS; CESARINO, 2005; SANTOS *et al.*, 2014).

A DRC coloca o paciente em uma nova perspectiva de vida, com algumas dificuldades e impossibilidades. Esse enfrentamento da realidade pode ser muito traumático caso a abordagem do paciente não seja realizada de maneira eficaz pela equipe multidisciplinar (MACHADO; CAR, 2003; MADEIRO *et al.*, 2010).

As avaliações clínicas e laboratoriais realizadas de rotina, geralmente não conseguem mensurar como a doença afeta funcionalmente o paciente, limitando as suas atividades diárias (GUERRA-GUERRERO; SANHUEZA-ALVARADO; CACERES-ESPINA, 2012). Por isso, a importância de se utilizar questionários e

formulários que captem a essência de sentimentos do paciente frente à situação de ser portador da DRC e suas consequências na vida diária (BITTENCOURT, 2003; MEDEIROS *et al.*, 2015).

A instabilidade frente à condição de saúde do indivíduo, devido às complicações da doença, o risco de ficar sem acesso vascular, a dependência constante de profissionais de saúde, dentre muitas outras limitações, fazem com que o indivíduo fique em permanente estresse (CICONELLI, 1981; ANDING *et al.*, 2015; TERRA, 2007).

3 JUSTIFICATIVA

Estudos sobre a qualidade de vida de pacientes associando ou correlacionando com o tipo de acesso vascular são escassos na literatura nacional e mundial. Mais que uma simples decisão por parte do nefrologista, ou do cirurgião vascular, em realizar determinado tipo de acesso, é de fundamental importância avaliar o impacto que o mesmo terá na qualidade de vida do paciente para que se possa fazer escolhas baseadas em um amplo espectro de variáveis e condições que afetarão o estado de saúde do paciente no futuro.

A motivação para o desenvolvimento desse estudo foi a de analisar qual o tipo de acesso vascular possibilita a melhor qualidade de vida para o paciente em tratamento hemodialítico, pois, a partir da prática profissional do pesquisador, essa é uma questão relevante para a boa condução das intervenções cirúrgicas e seus resultados.

É possível também utilizar as informações obtidas para nortear políticas de saúde na área, uma vez que faltam, especialmente em nossa região, referências técnico-científicas que articulem a questão dos tipos de acesso e as condições de qualidade de vida dos pacientes nefropatas.

4 OBJETIVOS

Geral

Verificar se há associação da qualidade de vida dos nefropatas crônicos com o tipo de acesso vascular utilizado para a hemodiálise.

Específicos

1. Avaliar a qualidade de vida dos pacientes com doença renal crônica entre 18 e 75 anos;
2. Identificar o método de acesso vascular que possibilita melhor qualidade de vida ao paciente renal crônico dialítico;
3. Realizar uma revisão de literatura na área relacionando os tipos de acesso vascular e a qualidade de vida de pacientes nefropatas.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo e analítico com pacientes diagnosticados com doença renal em estágio terminal e necessidade de terapia de substituição renal do tipo hemodiálise. A população do estudo foi composta por 187 pacientes do Centro de Hemodiálise (CEHMO), situada nas instalações da Fundação Hospital Adriano Jorge – FHAJ, no estado do Amazonas.

A coleta de dados aconteceu durante o mês de janeiro de 2018, na ocasião em que os pacientes estavam realizando as sessões de hemodiálise. Durante o estudo, foi aplicado o questionário de qualidade de vida validado, KDQOL-SF36 (ANEXO A). O estudo aconteceu com a anuência da coordenação clínica desse serviço (ANEXO B) e anuência da direção do hospital (ANEXO C).

5.2 Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida, via Plataforma Brasil, para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospital Adriano Jorge e foi aprovada, conforme parecer n. 2.333.590 (ANEXO D) conforme resolução 466 de 2012, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS. Após a aprovação, os pacientes que aceitaram participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A), e somente após foi iniciada a coleta de dados.

5.3 Riscos e benefícios

Esta pesquisa não gerou nenhum custo ao participante, apenas foram necessários alguns minutos para responder o instrumento. Seus resultados não trouxeram benefícios diretos ao participante. Porém tais resultados podem trazer melhorias à sociedade e aos profissionais da saúde, pois possibilitam o melhor conhecimento da realidade local, com vistas à melhoria de cuidados integrativos. A pesquisa contribui, ainda, para o aprimoramento profissional e melhoria das ações de promoção, prevenção, e cuidado da pessoa com doença renal crônica em tratamento hemodialítico, na perspectiva da integralidade do cuidado. Ademais, foi

assegurada a garantia do sigilo que garante a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Bem como, se reconheceu aqui o direito à indenização para reparação de eventuais danos decorrentes da pesquisa, conforme previsto na legislação específica (BRASIL, 2012).

5.4 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo:

- Pacientes identificados clinicamente com DRCEF e necessidade de terapia de substituição renal através de hemodiálise;
- Pacientes que possuíssem pelos menos três meses com determinado tipo de acesso vascular;
- Pacientes de qualquer sexo;
- Pacientes na faixa etária entre 18 e 75 anos.

O tempo de pelo menos três meses como acesso foi utilizado como critério, visto ser o período mínimo de adaptação para que o entrevistado pudesse emitir informações seguras acerca da sua percepção em relação à qualidade de vida, conforme indicado na literatura (WASSE *et al.*, 2007).

5.5 Critérios de exclusão

- Pacientes que se recusaram a assinar o TCLE para realização da pesquisa;
- Pacientes menores de 18 anos e maiores de 75 anos;
- Pacientes com diagnóstico de transtornos psiquiátricos;
- Pacientes indígenas foram excluídos por haver um protocolo de pesquisa específico para essa população.

Foram excluídos os extremos de idade, no caso dos menores de 18 anos em função da necessidade da autorização de um responsável; e os maiores de 75 anos devido fatores como a senilidade e à presença de outras doenças crônicas degenerativas, que por si, já afetam grandemente a qualidade de vida dos mesmos.

5.6 Caracterização da amostra

A partir da observância desses critérios, o presente estudo foi composto por pacientes com doença renal em estágio terminal e necessidade de terapia de substituição renal, através do método hemodialítico.

A amostra foi composta por conveniência e acessibilidade, a partir do total de 210 pacientes da clínica de hemodiálise, distribuídos nos três turnos de diálise. , Foram aplicados 187 formulários conforme critérios adotados (inclusão/exclusão).

Dentre os 33 pacientes excluídos, 3 se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; 18 possuíam menos de 3 meses de acesso vascular atual; 2 eram indígenas; 2 portadores de deficiência mental; 6 maiores de 75 anos e 2 menores de 18 anos.

Dos remanescentes foram formados grupos de acordo com o acesso vascular que os pacientes possuíam, totalizando cinco grupos:

- 1) Fístula arteriovenosa simples (rádio-cefálica, braquio-cefálica)
- 2) Fístula arteriovenosa complexa com superficialização de veia basílica
- 3) Fístula arteriovenosa com uso de prótese
- 4) Cateter venoso central de curta permanência do tipo CDL
- 5) Cateter venoso central de longa permanência do tipo *Permcath*

5.7 Instrumento de coleta

O instrumento escolhido para a avaliação da qualidade de vida, foi o *Kidney Disease and Quality-of-Life Short Form 36* (KDQOL-SF36). É um instrumento específico que avalia a qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica terminal, sendo aplicável a pacientes que realizam algum programa dialítico. Este questionário foi validado para o Português através de um estudo da Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP (DUARTE *et al.*, 2003).

O KDQOL-SF36 inclui o questionário SF-36 mais 43 itens sobre DRC. O SF-36 é composto de 36 itens, divididos em oito dimensões:

1. Funcionamento físico (dez itens),
2. Limitações causadas por problemas da saúde física (quatro itens),
3. Limitações causadas por problemas da saúde emocional (três itens),
4. Funcionamento social (dois itens),

5. Saúde mental (cinco itens),
6. Dor (dois itens),
7. Vitalidade (quatro itens),
8. Percepções da saúde geral (cinco itens)

O estado de saúde atual é comparado ao de um ano atrás (um item), que é computado à parte.

A parte específica sobre a DRC, inclui itens divididos em onze dimensões, quais sejam:

1. Sintomas e problemas (doze itens),
2. Efeitos da doença renal sobre a vida diária (oito itens),
3. Sobrecarga imposta pela doença renal (quatro itens),
4. Condição de trabalho (dois itens),
5. Função cognitiva (três itens),
6. Qualidade das interações sociais (três itens),
7. Função sexual (dois itens)
8. Sono (quatro itens);

Inclui também três escalas adicionais:

9. Suporte social (dois itens),
10. Estímulo da equipe da diálise (dois itens)
11. Satisfação do paciente (um item).

O KDQOL-SF36 pode ser aplicado como um questionário, e nesse caso ele é autoaplicável, portanto, após receber instruções básicas pelo pesquisador, o próprio entrevistado o preenche. Assim como ele também foi concebido para ser utilizado sob a forma de um formulário, na nossa pesquisa em questão, foi essa a forma utilizada. Ou seja, o próprio pesquisador realizou as entrevistas com os pacientes.

Inicialmente foram aplicados cinco formulários, como piloto, para estimar o tempo de execução e o entendimento por parte dos entrevistados, chegou-se a um tempo médio de aplicação do instrumento de 22 minutos. Optou-se por utilizá-lo como formulário, em função de diminuir os vieses de interpretação e também possibilitar que pacientes analfabetos e com diminuição da acuidade visual pudessem participar da pesquisa.

O instrumento de coleta tem o formato de uma escala do tipo *Likert*, muito utilizada em pesquisas de opinião e que consegue avaliar o grau de concordância que o entrevistado tem em relação às perguntas que estão sendo feitas. Além disso, é segura em obter a resposta mais fidedigna, isto porque a mesma pergunta é realizada ao longo do formulário, mais de uma vez e em formato diferente.

Após se chegar a uma pontuação inicial em valores que variam de 0 a 100 para cada dimensão analisada, a interpretação desses dados é realizada, levando-se em consideração que quanto maior o valor numérico alcançado, melhor será considerada a qualidade de vida do paciente, conforme pode ser verificado no Anexo E.

O somatório das pontuações do KDQOL-SF36 é feito por dimensão, sendo analisada cada dimensão separadamente. Portanto, não existe um único valor para a avaliação global da qualidade de vida, e sim escores para cada dimensão.

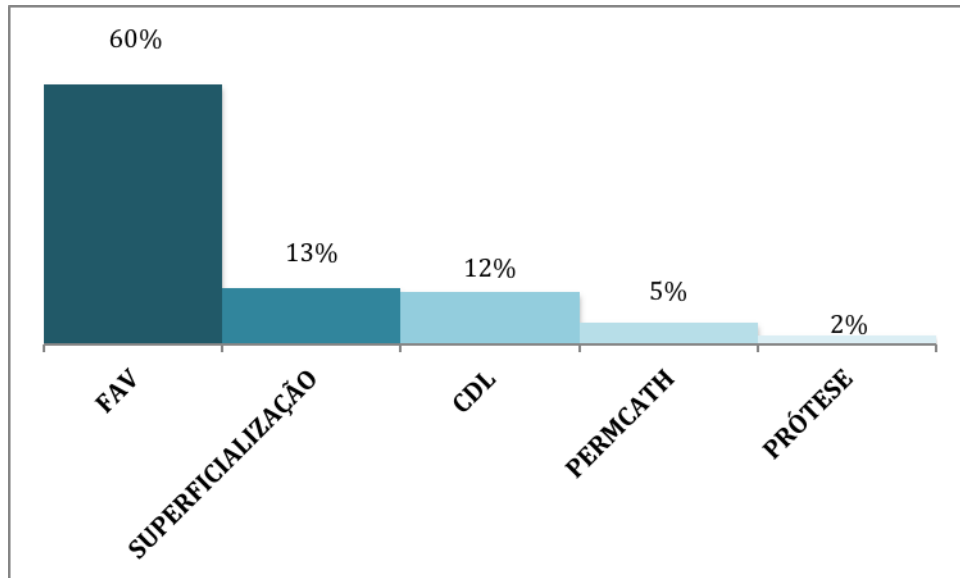
5.8 Análise estatística dos dados

O número de 187 pacientes entrevistados foi utilizado para a análise estatística. Para se avaliar comparativamente os cinco grupos no que tange a qualidade de vida em relação ao tipo de acesso vascular. Os dados foram tabulados no programa Excel e analisados no pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 21 para Windows. Os resultados foram apresentados em tabelas de distribuição de frequências e gráficos. Para a verificação do limite inferior da consistência interna da escala KDQOL-SF36 foi utilizado o teste alfa de Cronbach, considerado como satisfatório, quando os valores calculados indicam acima de 0,6 (MAROCO; GARCIA-MARQUES, 2006). Na análise estatística, o nível de significância adotado para a rejeição da hipótese de nulidade foi de 5% ($p < 0,05$), pelo teste de qui quadrado de Pearson.

6 RESULTADOS

A amostra foi composta por 187 pacientes, assim distribuídos: 128 FAV simples, 25 FAV complexa (superficialização), 22 cateter duplo-lúmen (CDL), 9 cateter *permcath* e 3 FAV com prótese, como demonstrado no Quadro 1.

Quadro 2 – Distribuição percentual dos pacientes por tipo de acesso vascular (n=187)



Nota: FAV - fístula artério-venosa; CDL - cateter duplo-lúmen; Superfície - superficialização de veia basílica; *Permcath* - cateter de longa permanência do tipo *Permcath*; Prótese - fístula artério-venosa com prótese.

Fonte: O autor (2018).

No Quadro 2, estão representados percentualmente a distribuição dos entrevistados durante a realização do estudo. A maior parte dos pacientes realizam hemodiálise através de fístulas arteriovenosas simples (FAV), seguidos por cateteres de curta permanência (CDL), fístulas arteriovenosas complexas através da superficialização de veias basílicas (superficialização), cateteres de longa permanência (*permcath*) e fístulas arteriovenosas com próteses de PTFE (próteses).

A consistência interna calculada através do teste do alfa de Cronbach que revelou um valor superior a 0,7, demonstrando que existe uma boa confiabilidade nas informações obtidas através do KDQOL-SF36.

O Quadro 3 mostra a análise separando por tipos de acesso vascular utilizados para que o paciente realize a hemodiálise. Dessa forma, foram categorizados em 5 grupos, a saber: Fístula arteriovenosa Simples (FAV), cateter de

curta permanência do tipo duplo-lumen (CDL), fístula artério-venosa complexa (SUPERFICIALIZAÇÃO), cateter de longa permanência (*PERMCATH*) e fístula artério-venosa com prótese (PRÓTESE).

Quadro 3 - Dimensões relativas à DRC do KDQOL-SF36 por tipo de acesso vascular para hemodiálise

DRC		GRUPOS						p valor ^a
		FAV	CDL	Superf	Permcath	Prótese	Total	
Lista de sintomas e problemas	QV baixa	8 (6,25%)	6 (27,2%)	9 (36,0%)	4 (44,4%)	1 (33,3%)	23	0,008
	QV boa	120 (93,75%)	16 (72,7%)	16(64,0%)	5 (55,5%)	2 (66,6%)	164	
Sobrecarga da doença renal	QV baixa	33 (25,7%)	14 (63,3%)	12(48,0%)	5 (55,5%)	2 (66,6%)	66	0,001
	QV boa	95 (74,2%)	8 (36,3%)	13 (52,0%)	4 (44,4%)	1 (33,3%)	121	
Trabalho	QV baixa	39 (30,4%)	14 (56,0%)	10 (40,%)	3 (33,3%)	3 (100%)	69	0,008
	QV boa	89 (69,5%)	8 (44,0%)	15 (60,0%)	6 (66,6%)	0 (0%)	118	
Função cognitiva	QV baixa	8 (6,2%)	9 (40,9%)	5 (20,0%)	3 (33,3%)	1 (33,3%)	26	0,800
	QV boa	120 (93,7%)	13 (59,1%)	20 (80,0%)	6 (66,6%)	2 (66,6%)	161	
Qualidade das interações sociais	QV baixa	16 (12,5%)	8 (36,3%)	6 (24,0%)	3 (33,3%)	1 (33,3%)	34	0,035
	QV boa	112 (87,5%)	14 (63,6%)	19 (76,0%)	6 (66,6%)	2 (66,6%)	153	
Função sexual (n=155)	QV baixa	18 (17,1%)	8 (42,1%)	7 (36,8%)	3 (33,3%)	1 (33,3%)	37	0,002
	QV boa	87 (82,8%)	11 (57,8%)	12 (63,1%)	6 (66,6%)	2 (66,6%)	118	
Sono	QV baixa	53 (41,4%)	17 (77,2%)	18 (72%)	7 (77,7%)	2 (66,6%)	79	0,001
	QV boa	75 (58,5%)	5 (22,7%)	7 (28%)	2 (22,2%)	1 (33,3%)	108	
Suporte social	QV baixa	104 (81,2%)	20 (90,9%)	17 (68%)	8 (88,8%)	3 (100%)	152	0,001
	QV boa	24 (18,7%)	2 (9,1%)	8 (32%)	1 (11,1%)	0 (0%)	35	

Nota: FAV - fístula artério-venosa; CDL - cateter duplo-lúmen; Superf - superficialização de veia basilica; *Permcath* - cateter de longa permanência do tipo *Permcath*; Prótese - fístula artério-venosa com prótese.

^a Diferenças entre os tipos de acesso vascular usando o teste de Qui quadrado para comparar as proporções.

Fonte: O autor (2018).

No que tange a parte do instrumento KDQOL-SF36 que trata especificamente da DRC, temos oito dimensões. Começando pelo “lista de sintomas e problemas”, nele vemos que o grupo que melhor pontuou foi o da FAV simples, com 93,75% qualificando como boa a sua QV e apenas 6,25% como baixa QV. Em contrapartida, o grupo do cateter *permcath* foi o que mais apresentou entrevistados com baixa QV.

Os grupos do CDL, FAV complexa e prótese apresentaram valores intermediários, tendendo mais para a QV boa. Esses resultados tiveram significância estatística com um p valor de 0,008.

Quando analisamos os efeitos da “sobrecarga da doença renal” em relação a QV, a significância estatística foi confirmada com um p valor de 0,001, nessa dimensão vimos que 74,2% dos entrevistados do grupo da FAV se julgavam com boa QV. O grupo dos portadores de CDL para hemodiálise teve a maioria dos que responderam o formulário, 63,3%, com QV baixa, após a interpretação do domínio. Fato semelhante ocorreu com quem utilizava para a interface com a máquina de hemodiálise o *permcath* e a prótese, os quais tiveram a maioria dos formulários preenchidos, após a interpretação, com escores de QV boa, apesar de a diferença ser pequena em relação aos que se julgaram com QV baixa.

Em se tratando da análise da relação dos nefropatas dialíticos entrevistados com o “trabalho”, com um p valor de 0,008, foi visto que o grupo da FAV apresentou 69,5% considerando a sua QV como boa e 30,4%, como baixa. Curiosamente, 100% dos que possuem prótese como forma de acesso se avaliaram com QV baixa. O grupo de pessoas com CDL também teve a maioria com resultados indicando QV baixa.

Quando avaliamos a situação da “função cognitiva”, todos os pacientes se consideraram como QV boa, porém não houve significância estatística.

A “qualidade das interações sociais” apresentou um $p = 0,035$, indicando que todos possuíam QV boa. O grupo dos pacientes com FAV foi aquele em que o valor obtido foi maior, 87,5% e o grupo que utilizava o CDL, menor, com 63,6%.

Para a “função sexual” tivemos, dos 187 sujeitos apenas 155 respostas, portanto 32 se abstiveram de falar a respeito do assunto. Entre os formulários respondidos, todos julgaram possuir QV boa, sendo o grupo dos usuários de CDL os que tiveram menor QV, com um p valor de 0,002 para essa dimensão.

Em relação à qualidade do “sono”, com um p valor de 0,001, dos 128 entrevistados no grupo FAV simples, 75 possuíam QV boa e apenas 53 dos entrevistados QV baixa. Todos os demais avaliados durante a pesquisa apresentaram QV baixa.

No que tange o apoio recebido pelos pacientes avaliados pela dimensão “suporte social”, todos consideraram ter QV baixa, com pior resultado o grupo dos

pacientes com FAV confeccionada com prótese, seguido de perto pelo grupo com CDL. Esse resultado foi corroborado por um p valor de 0,001.

Quadro 4 - Dimensões relativos a parte genérica do KDQOL-SF36 por tipo de acesso vascular para hemodiálise

SF-36		GRUPO						p valor ^a
		FAV	CDL	Superf	Permcath	Prótese	Total	
Funcionamento físico	QV baixa	36 (28,1%)	14 (63,6%)	9 (36%)	4 (44%)	2 (66,6%)	65	0,008
	QV boa	92 (71,8%)	8 (36,3%)	16 (64%)	5 (55%)	1 (33,3%)	122	
Função física	QV baixa	42 (32,8%)	12 (54,5%)	14 (56%)	6 (66,6%)	3 (100%)	77	0,001
	QV boa	86 (67,1%)	10 (45,4%)	11 (44%)	3 (33,3%)	0 (0%)	110	
Dor	QV baixa	72 (56,2%)	14 (63,6%)	17 (68%)	6 (66,6%)	2 (66,6%)	111	0,001
	QV boa	56 (43,7%)	8 (36,3%)	8 (22%)	3 (33,3%)	1 (33,3%)	76	
Bem-estar emocional	QV baixa	24 (18,7%)	4 (18,1%)	5 (20%)	4 (44,4%)	1 (33,3%)	38	0,001
	QV boa	104(81,3%)	18 (81,9%)	20 (80%)	5 (55,5%)	2 (66,6%)	149	
Função emocional	QV baixa	19 (14,8%)	8 (36,3%)	6 (24,0%)	3 (33,4%)	1 (33,4%)	37	0,008
	QV boa	109(85,2%)	14 (63,6%)	19 (76%)	6 (66,6%)	2 (66,6%)	150	
Função social	QV baixa	55 (42,9%)	12 (54,5%)	12 (48%)	4 (44,4%)	1 (66,6%)	84	0,005
	QV boa	73 (57,1%)	10 (45,5%)	13 (52%)	5 (56,6%)	2 (33,4%)	103	
Energia/ Fadiga	QV baixa	44 (34,3%)	14 (63,6%)	11 (44%)	6 (66,6%)	2 (66,6%)	77	0,003
	QV boa	84 (65,7%)	8 (36,3%)	14 (56%)	3 (33,4%)	1 (33,3%)	110	

Nota: FAV - fístula artério-venosa; CDL - cateter duplo-lúmen; Superf - superficialização de veia basílica; *Permcath* - cateter de longa permanência do tipo *Permcath*; Prótese - fístula artério-venosa com prótese.

^a Diferenças entre os tipos de acesso vascular usando o teste de Qui quadrado para comparar as proporções.

Fonte: O autor (2018).

A parte do instrumento KDQOL-SF36 destinada às dimensões presentes no SF-36 está apresentada no quadro 4. Em relação ao “funcionamento físico”, apenas os grupos dos pacientes com FAV, superficialização e *permcath* apresentaram QV considerada boa maior na maioria dos entrevistados, com valores percentuais de 71,8; 64 e 55. Dado com significância estatística, comprovada por um p valor de 0,008. Enquanto que os dois outros grupos, CDL e *permcath* foram analisados com QV baixa pela maior parte dos usuários desses tipos de acessos.

A questão que trata da “função física” propriamente dita foi descrita da seguinte forma pelos entrevistados durante a pesquisa. O único grupo que julgou possuir QV boa foi o da FAV, com 67,1% de quem participou do preenchimento do formulário. Os demais 32,8% desse mesmo grupo foram classificados como QV baixa. Nos grupos CDL, superficialização, *permcath* e prótese, vimos que a maioria com valores entre 54,5% e 100% possuíam QV baixa, sendo que o grupo com unanimidade dos entrevistados com QV baixa foi o do que utiliza prótese de PTFE para a realização da hemodiálise, com um número absoluto de 3 participantes. Nesse caso, o p valor foi de 0,001.

Quando analisado o domínio “dor”, com p valor de 0,001, pudemos perceber que todos os grupos, FAV, CDL, superficialização, *permcath* e prótese, apresentaram-se com a QV baixa na maioria das pessoas que participaram da pesquisa. Os grupos que apresentaram maiores valores relativos de entrevistados com QV baixa foram a superficialização e o *permcath*, com 68% ambos. Já o grupo que apesar da maioria também se considerar com QV baixa em relação ao quesito dor, mas que apresentou um número proporcionalmente maior de pessoas com QV boa quando correlacionados com os demais grupos conforme o tipo de acesso foi o da FAV, com 43,7% dos participantes julgando possuírem QV boa.

A avaliação do “bem-estar emocional” revela que os grupos de FAV, CDL, superficialização, *permcath* e prótese apresentam predominantemente participantes do estudo com QV boa. De maneira discriminada temos: o grupo da FAV com 81,3%, do CDL com 81,9%, superficialização com 80%, *permcath* 55,5% e o da prótese com 66,6%. Quando vemos os grupos em relação a QV baixa pudemos notar que o grupo com maioria das respostas que levaram a essa classificação desfavorável, encontra-se no grupo de quem utiliza como interface com a máquina de hemodiálise, o cateter de *permcath*, com 44,4%, sendo o p valor de 0,001 para essa dimensão.

Ainda com significância estatística, com um p valor de 0,008, as questões referentes à dimensão da “função emocional”, apresentaram-se semelhantemente ao parágrafo anterior, com todos os grupos analisados com valores de QV após a interpretação do instrumento KDQOL-SF36 com conceito de boa. Com o grupo de participantes com FAV apresentando a melhor QV em relação aos demais tipos de acesso vascular para hemodiálise pesquisados, com 85,2% das pessoas afirmando possuir nessa questão, função emocional, QV boa.

Foi observado, com um p valor de 0,005, que quando se trata de “função social”, o grupo da FAV também apresenta melhores indicadores de QV que os outros, com 57,1% de QV boa e 42,9% de QV baixa. Seguido pelos que se utilizam de *permcath*, com um valor relativo muito próximo quando comparado com o da FAV, 56,6%; com QV boa e 44,4% com QV baixa. Os portadores de FAV com prótese formam o grupo dos que tiveram o pior marcador para QV nesse domínio, isso porque, 66,6% dos participantes da pesquisa se avaliaram como tendo QV baixa.

Por último quesito de domínio avaliado pelo SF36 temos a “energia/fadiga”. Nesse tópico, mais uma vez houve a predominância de melhor avaliação da QV pelos pacientes do grupo que utiliza FAV, seguido pelos que também usam FAV confeccionadas a partir da superficialização de veia basílica, com 67,7% e 56%, respectivamente. Se analisarmos sob a ótica dos que apresentaram pior QV, temos que os grupos com *permcath* e prótese empataram com 66,6% dos entrevistados julgando-se com QV baixa. Bem como observado nas outras dimensões avaliadas nessa parte do formulário, também houve significância estatística nesse quesito, com um p valor de 0,003.

7 DISCUSSÃO

O estudo foi pioneiro no Brasil em associar a qualidade de vida dos pacientes nefropatas crônicos com o tipo de acesso vascular utilizado para a hemodiálise. O primeiro estudo, em nível mundial, realizado focando esse tema foi nos EUA, no estado da Geórgia (WASSE *et al.*, 2007).

Como já visto em outra publicação, a maior parte dos pacientes, atualmente, realiza hemodiálise por meio de FAV, assim como foi observado por nós (SRIDHARAN *et al.*, 2017; HAIMANOT *et al.*, 2007). Apesar de terem regiões nos EUA, nas quais, ainda, o tipo de acesso vascular para hemodiálise predominante é a FAV com prótese (PISONI *et al.*, 2002). Durante a pesquisa, evidenciou-se que o grupo de pacientes com FAV representou 68% do total de pacientes, seguido pelo grupo de FAV por meio de superficialização de alguma veia, geralmente a basílica, com 13%. Os demais tipos de acessos e seus respectivos percentuais encontrados na pesquisa foram: CDL, com 12%; *permcath* com 5% e FAV confeccionada por meio da interposição de prótese com 2%.

O próprio manual que versa sobre o tema relativo a escolha dos acessos vasculares para a hemodiálise, o NF- KDOQI, coloca a FAV como o melhor tipo, visto que geralmente é a que tem uma perviedade e por isso duração maior, bem como apresenta menos complicações, como a formação de trombos e infecções. O ideal seria que o paciente realizasse a confecção da FAV enquanto ainda estivesse no período pré-dialítico, isso devido a necessidade de 1 a 4 meses de maturação para o uso da mesma, assim sendo, o paciente jamais necessitaria do uso de cateteres e por conseguinte teria melhor QV (NF- KDOQI, 2017).

A análise da dimensão “lista de sintomas e problemas” inclui sintomas como dor de cabeça, vômitos, falta de ar, bem como, se houve algum problema com a sua via de acesso vascular. Notamos que o grupo que apresentou melhor QV foi o da FAV, com 93,75%. Isso já fora demonstrado em estudo anterior realizado num hospital universitário em Pittsburgh, nos Estados Unidos (SRIDHARAN *et al.*, 2017). É possível que esse fato se justifique devido haver melhor diálise por meio da FAV em relação a outros tipos de acesso, informação essa comprovada por melhores valores de hemoglobina, ferritina, controle eletrolítico e metabólico dos pacientes (NOGUEIRA *et al.*, 2018). Quando analisamos os demais grupos do CDL, superficialização e prótese apresentaram valores intermediários, tendendo mais para

a QV boa. Já o grupo do cateter *permcath* foi o que mais apresentou entrevistados com baixa QV.

O segundo domínio a ser discutido foram os efeitos da “sobrecarga da doença renal” em relação a QV, nele estamos aferindo o quanto a DRCEF impacta na vida diária, através de perguntas acerca da dieta, diminuição de líquidos ingeridos, capacidade de viajar, dependência de profissionais de saúde, aparência pessoal e vida sexual. Pudemos observar que 95 dos 121 entrevistados do grupo da FAV se julgavam com boa QV. O grupo dos portadores de CDL para hemodiálise teve a maioria dos que responderam o formulário, 14 dos 22 pacientes, com QV baixa, após a interpretação dessa dimensão. Situação semelhante ao grupo de pessoas com prótese, em que também a maioria apresentou QV baixa. Podemos analisar que isso provavelmente ocorre em função de que os pacientes com FAV são pacientes com menos tempo de DRC que os pacientes com prótese, cuja indicação só é feita após inúmeras tentativas de outros acessos, e portanto, vários procedimentos cirúrgicos que causam expectativas e estresse emocional. (HAIMANOT *et al.*, 2007) E quando comparado ao grupo do CDL, os pacientes que se utilizam de FAV, tem geralmente, um período de adaptação à doença maior, visto que já foram, na sua grande maioria, pacientes que utilizaram CDL por algum período de sua evolução natural da doença (WASSE *et al.*, 2007).

A pesquisa também avaliou a satisfação do entrevistado quanto ao “trabalho”, para isso, foram feitos questionamentos sobre se o entrevistado teve trabalho remunerado nas últimas 4 semanas e se a doença em si o impossibilitou de ter um trabalho na concepção dele. A partir daí, notou-se que o grupo das FAV apresentou 69,5% considerando a sua qualidade de vida como boa, e 30,4%, como baixa. Curiosamente, 100% dos que possuem prótese como forma de acesso, avaliaram-se com QV baixa. Outros trabalhos científicos já haviam observado que a DRCEF altera muito a rotina diária do paciente, períodos de internação hospitalar, o fato de pelo menos três vezes na semana ter que ir à clínica e lá permanecer por 3 ou 4 horas no processo hemodialítico, além da diminuição de energia e vitalidade que também foram comprovadas em nosso estudo (RUDNICKI, 2014; GONÇALVES *et al.*, 2015). A conjunção dessas condições faz com que esses pacientes tenham mais dificuldade em conseguir e manter seus empregos. Talvez a performance dos usuários de FAV seja melhor em relação a uma QV mais favorável nesse assunto, devido eles terem menos morbidade que os demais pacientes com outros tipos de

acesso (SILVEIRA *et al.*, 2010).

A “função cognitiva” dos pacientes com DRCEF frequentemente permanece sem muitas alterações, os problemas físicos são bem mais evidentes que os problemas relacionados à capacidade de organização dos pensamentos e ideias (MINGARDI *et al.*, 1999). Essa dimensão do estudo é pesquisada através de indagações sobre o tempo de reação do paciente aos eventos que foram ditos ou aconteceram com ele e se o mesmo estava tendo dificuldade para se concentrar, ou apresentando confusão mental. Após a análise estatística desses dados obtidos por meio do instrumento de coleta, verificamos um valor de p superior a 0,05, indicando que não houve significância. Porém pudemos aferir que em todos os grupos por tipo de acesso para hemodiálise, a maioria dos entrevistados, jugaram-se com QV boa em relação a função cognitiva, fato esse condizente com o estudo citado anteriormente (MINGARDI *et al.*, 1999).

Para a dimensão “qualidade das interações sociais”, também pesquisada em nosso estudo, os resultados indicam que todos possuíam QV boa, sendo o grupo dos pacientes com FAV aquele que obteve a melhor pontuação, e o do CDL a pior em relação à QV. Para tanto, foram questionados se houve isolamento, ou irritação ao lidar com outras pessoas. Esse resultado já fora encontrado quando analisado um grupo de pacientes idosos, porém sem que houvesse a estratificação dos mesmos por tipo de acesso vascular (PILGERI *et al.*, 2017).

A “função sexual” tema de discussão geralmente sensível, por se tratar de algo constrangedor de ser falado abertamente, em vários países de cultura ocidental (DA SILVA *et al.*, 1970). Apresentou resultados que revelaram um fato curioso, apenas 155 dos 187 entrevistados responderam o que lhes foi perguntado, se os mesmos haviam tido relação sexual nas últimas quatro semanas e se tinham obtido excitação e satisfação com a mesma. Porém, curiosamente entre os formulários respondidos, todos julgaram possuir QV boa, sendo o grupo dos usuários de CDL os que tiveram os menores escores.

A avaliação da “qualidade do sono” revelou que somente o grupo composto pelos que utilizam FAV possuíam QV boa. Todos os demais participantes tiveram majoritariamente QV baixa. Já havia sido relatado em uma tese de doutorado em Nefrologia que os nefropatas em hemodiálise convencional (aproximadamente 4 horas, três vezes por semana) têm um QV em relação ao sono pior que de outras pessoas consideradas saudáveis. Esse fato foi explicado com o argumento que esse

grupo de pacientes apresentam maior risco de um sono menos reparador, menos tempo de sono, maior dificuldade de retomar o sono após um despertar e, portanto, uma maior chance de ter insônia e suas consequências (SANTOS, 2016; HARRIS *et al.*, 2012).

A avaliação do quesito relativo ao “suporte social” revelou uma triste realidade vivida pelos pacientes com DRCEF, o abandono social sofrido pelos mesmos. (CAVALCANTE *et al.*, 2013) A maioria dos entrevistados relataram ter QV baixa, independentemente do grupo por tipo de acesso vascular, sendo o pior resultado, representado pelo o grupo dos pacientes com FAV confeccionada com prótese. Talvez esse fato se justifique por conta do tempo de evolução da doença, que faz com que o indivíduo que utiliza a prótese, frequentemente, seja aquele com mais tempo de DRC dialítica, e assim em função de um maior tempo enfermo, tenha tido um isolamento social maior e por conseguinte tenha a percepção de ter menos suporte por parte das pessoas com as quais convive (MADALOSSO; MARIOTTI, 2013). Em contradição ao encontrado no nosso estudo, uma publicação em revista latino-americana de Enfermagem conclui que os pacientes portadores de nefropatia crônica dialítica, quer sejam adultos jovens ou idosos, apresentam bom suporte social (SILVA; BRABIANA, 2016).

Quando avaliamos a parte do instrumento KDQOL-SF36 que trata dos itens relativos ao SF36, olhamos para os aspectos mais relacionados à saúde propriamente dita dos entrevistados, e não enfocamos tanto a doença renal.

A primeira dimensão abordada do SF36, trata do “funcionamento físico”, as perguntas aqui são relativas ao que o indivíduo consegue fazer habitualmente num dia normal, por exemplo, tomar banho e se vestir, ou carregar as compras do supermercado. Nele vimos que apenas os grupos dos pacientes com FAV, superficialização e *permcath* apresentaram QV boa, em nível maior, para a maioria dos entrevistados. Já os pacientes com CDL ficaram com a pior média de pontuação neste quesito. Fato semelhante já havia sido relatado em outros estudos (SRIDHARAN *et al.*, 2017).

A dimensão “função física” integra a questão relativa a se o entrevistado teve alguma dificuldade por problemas em sua saúde física para desempenhar atividades no trabalho, tal como a necessidade de empregar mais energia no desenvolvimento das suas atividades habituais, etc. A partir do instrumento KDQOL-SF36 pudemos constatar que o único grupo que julgou possuir QV boa foi o da FAV. Os demais

foram classificados como QV baixa, sendo que o grupo com pior resultado foi o que utiliza a prótese. A explicação para isso se deve ao fato, já comentado anteriormente, que a indicação de prótese para fazer a interposição entre uma veia e uma artéria, só é indicada pelo cirurgião vascular em situações de exceção, quando as demais possibilidades de acesso vascular, mais definitivo, já estão esgotadas, visto que é um tipo de FAV na qual a incidência de infecção é maior, e o tempo de perviedade é menor que os de uma FAV autóloga (NEVES *et al.*, 2013). Isso faz com que os pacientes que são selecionados para a realização de FAV com próteses, sejam já muito manipulados, com várias tentativas cirúrgicas, muitas vezes sem sucesso algum, para a obtenção de acesso definitivo. Tudo isso, gera uma expectativa e ansiedade no paciente, que ainda teme por evoluir para a completa incapacidade de obtenção do acesso para realizar hemodiálise, situação conhecida por falência de acesso vascular, a qual, é sinônimo de evolução para o óbito, caso o paciente não consiga migrar para uma das outras duas formas de terapia renal substitutiva, que são a diálise peritoneal ou transplante renal (CABRAL *et al.*, 2013).

Quando analisado a dimensão “dor”, pudemos perceber que todos os grupos, FAV, CDL, superficialização, *permcath* e prótese, apresentaram QV baixa, para a maioria dos pacientes que participaram da pesquisa. Isso reflete o fato de que a dor, como indicado no formulário, seja genérica, não relacionada ao tipo de acesso vascular. Por exemplo, dor nas costas, ou de cabeça, que podem estar relacionadas a qualquer outra situação que não seja consequência da DRC, é considerada nas respostas. Outros estudos já estudaram a dor e a qualidade de vida de pacientes nefropatas crônicos e também chegaram em uma incidência alta nessa população (MARQUES *et al.*, 2016; MYAHIRA *et al.*, 2016).

O “bem-estar emocional” foi avaliado por meio de perguntas que avaliaram como estava o humor dos pacientes, se existia ansiedade ou depressão. O estudo revelou que os grupos de FAV, CDL, superficialização, *permcath* e prótese apresentam predominantemente participantes do estudo com QV boa. Se analisarmos de forma pormenorizada temos nessa ordem decrescente de QV os seguintes tipos de acesso no que se refere a esse tema: o grupo da FAV, do CDL, da superficialização, do *permcath* e o da prótese. Sendo o grupo das pessoas com prótese o de pior avaliação. Outros estudos corroboram esses dados a respeito do bem-estar emocional de pacientes em hemodiálise e a sua relação com o tipo de acesso vascular empregado (SANTOS, 2016; WASSE *et al.*, 2007).

Diferentemente da dimensão anterior, a função emocional trata especificamente do enfoque de quanto os problemas emocionais afetam o desenvolvimento das atividades do cotidiano do paciente (OTTAVIANI *et al.*, 2016). Mais uma vez, todos os grupos analisados apresentaram valores de QV favoráveis. Com o grupo de participantes com FAV apresentando a melhor QV em relação aos demais tipos de acesso vascular para hemodiálise, com a maioria absoluta dos entrevistados classificados em QV boa. Assim como em outros estudos e especialmente num realizado na Universidade de Basra, a FAV demonstrou ser superior aos demais acessos vasculares (ALHAJIM, 2017; ALMEIDA; MELEIRO, 2000).

Quando avaliamos a relação dos entrevistados com a comunidade através da dimensão “função social”, mais uma vez encontramos o grupo da FAV com os melhores indicadores de QV. Os integrantes do grupo das próteses foram o que menos pontuaram, e por isso tiveram a menor QV, ficando com o conceito de QV baixa. Corroborando esse dado, temos o trabalho de Oliveira que mostrou que a DRC leva ao isolamento social e depressão (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Muitos fatores presentes na síndrome, que efetivamente constituem a DRC, contribuem para uma pior QV dos pacientes (EVERLING *et al.*, 2016; GUERRA-GUERRERO; SANHUEZA-ALVARADO; CACERES-ESPINA, 2012). Especialmente a falta de energia para o desenvolvimento de atividades laborais, ou mesmo do cotidiano (OTTAVIANI *et al.*, 2016). A dimensão “energia/fadiga” avaliou essa situação e demonstrou ser a FAV o acesso que possibilita maiores escores de QV para o nefropata. Os que menos pontuaram, e, portanto, foram considerados como QV baixa, foi o grupo de entrevistados com uso de prótese e *permcath*. Confirmando o resultado obtido em nosso estudo, temos publicação recente de um trabalho realizado na Universidade de Pittsburgh (SRIDHARAM *et al.*, 2018).

8 CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo comprovam que existe diferença na percepção de qualidade de vida por parte dos pacientes a depender do tipo de acesso vascular utilizado para realização de hemodiálise.

Através da avaliação das dimensões do KDQOL-SF36, instrumento validado para avaliação da qualidade de vida de nefropatas crônicos dialíticos, encontramos os melhores escores de pontuação para os grupos, em ordem decrescente: FAV simples, FAV complexa com superficialização de veia basílica, cateter de longa permanência do tipo *permcath*, cateter de curta permanência do tipo CDL e FAV com interposição de prótese, respectivamente.

A FAV simples demonstrou promover melhor qualidade de vida para o paciente, por apresentar a maior parte das dimensões mensuradas com escores acima dos demais grupos, indicando, portanto, que o nível de satisfação dos entrevistados em relação ao tema, é maior com esse tipo de acesso vascular.

Não ignoramos que o presente estudo apresentou diversas limitações. Pelo fato de ser observacional, fatores não diretamente relacionados ao tipo de acesso vascular podem ter influenciado as respostas dos entrevistados, como por exemplo, as comorbidades que por si só já prejudicam a qualidade de vida dessas pessoas.

É importante ressaltar a relevância de mais pesquisas acerca do assunto, em função da importância para a sociedade como um todo. Os resultados apresentados demonstraram a influência na qualidade de vida dos pacientes, dependendo do tipo de acesso vascular para hemodiálise, e portanto, a necessidade de instituir protocolos de atendimento.

De um modo geral, em nosso estudo e na revisão bibliográfica realizada, verificou-se que a qualidade de vida dos nefropatas foi considerada relativamente boa.

REFERÊNCIAS

- ALHAJIM, S. A. Assessment of the quality of life in patients on haemodialysis in Iraq. **Eastern Mediterranean Health Journal**, v. 23, n. 12, 2017.
- ALMEIDA, A. M.; MELEIRO, A. M. A. S. Revisão: depressão e insuficiência renal crônica: uma revisão. **J Bras Nefrol**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 192-200, 2000.
- ANDING, K.; BÄR, T.; TROJNIAK-HENNIG, J.; KUCHINKE, S.; KRAUS, R.; ROST, J. M. A structured exercise programme during haemodialysis for patients with chronic kidney disease: clinical benefit and long-term adherence. **BMJ Open**, v. 5, p. 1-10, 2015. Disponível em: <http://bmjopen>. Acesso em: 22 jun. 2018.
- BARBOSA, D. A.; GUNJI, C. K.; BITTENCOURT, A. R. de C.; BELASCO, A. G. S.; DICCINI, S.; VATTIMO, F.; VIANNA, L. A. C. Co-morbidade e mortalidade de pacientes em início de diálise. **Acta Paul Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 304-9, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a08v19n3>. Acesso em: 20 jul. 2017.
- BARROS, E. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- 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**. 2003. Tese (Doutorado) - Unicamp, 2003. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/313455>. Acesso em: 26 out. 2017.
- BITTENCOURT, Z. Z. L. de C.; ALVES FILHO, G.; MAZZALI, M.; SANTOS, N. R. dos. Qualidade de vida em transplantados renais: importância do enxerto funcionante. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 732-4, 2004. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2004.v38n5/732-734/pt>. Acesso em: 11 jan. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF: CNS; 2012. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acesso em: 22 maio 2017.
- BRASIL. **Programa HiperDia**. 2010. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br>. Acesso em: 2 dez. 2017.
- CABRAL, L. da C.; TRINDADE, F. R.; CASTELO BRANCO, F. M. F.; BALDOINO, L. S.; SILVA, M. L. R. da; LAGO, E. C. A percepção dos pacientes hemodialíticos frente à fístula arteriovenosa. **R.Interd.**, Piauí, v. 6, n. 2, p. 15-25, abr./jun. 2013.
- CAIUBY, A.; LEFÊRE, F.; PACHECI, S. A. Análise do discurso dos doadores renais: abordagem da psicologia social. **J. Bras. Nefrol.**, 2004, v. 26, n. 3, p. 137-44, 2004. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&as_vis=1&q=Caiuby.+An%C3%A1lise+do+discurso+dos+doadores+renais&btnG=. Acesso em: 2 dez. 2017.

CAVALCANTE, M. C. V.; LAMY, Z. C.; FILHO, F. L.; FRANÇA, A. K. T. C.; SANTOS, A. M.; THOMAZ, E. B. A. F. Factors associated with the quality of life of adults subjected to hemodialysis in a city in northeast Brazil. **J Bras Nefrol.**, v. 35, n. 2, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20130014>. Acesso em: 06 jul. 2018.

CICONELLI, M. I. R. de O. **O paciente com insuficiência renal crônica em hemodiálise**: descrição do tratamento e problemas enfrentados pelo paciente, sua família e equipe de saúde. 1981. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 1981.

COSTA, F. G.; COUTINHO, M. da P. de L.; SANTANA, I. O. de. Insuficiência renal crônica: representações sociais de pacientes com e sem depressão. **Rev. Psico-USF**, v. 19, n. 3, p. 387-398, set./dez. 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4010/401041442003.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2017.

CRONENWETT, J. **Rutherford cirurgia vascular**. 8. ed. [S.l.]: Elsevier, 2016.

DA SILVA, L. C.; MENEZES, A. L. C.; CORDEIRO, L. M.; MANZINI, C. S. S.; SAY, K. G.; ORLANDI, F. de S. Qualidade de vida e sexualidade de pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Arquivos de Ciências da Saúde**, [S.l.], v. 24, n. 1, p. 52-58, jan. 1970. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/807>. Acesso em: 17 dez. 2018.

DAUGIRDAS, J. T.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. **Manual de diálise**. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

DUARTE, P. S.; MIYAZAKI, M. C. O. S.; CICONELLI, R. M.; SESSO, R. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos KDQOL-SF TM. **Rev Assoc Med Bras.**, v. 49, n. 4, p. 375-81, 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302003000400027>. Acesso em: 14 abr. 2018.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J.; GIUGLIANI, C. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

EVERLING, J.; GOMES, J. S.; BENETTI, E. R. R.; KIRCHNER, R. M.; BARBOSA, D. A.; STUMM, E. M. F. Eventos associados à hemodiálise e percepções de incômodo com a doença renal. **Av Enferm.**, v. 34, n. 1, p. 48-57, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.41177>. Acesso em: 22 abr. 2018.

FISSEL, R.B.; FULLER, D.S.; MORGSTERN, H.; GILLESPIE, B.W.; MENDELSSON, D.C.; RAYNER, H.C. *et al.* Hemodialysis patient preference for type of vascular access: variation and predictors across countries in the DOPPS. **J. Vasc. Access**, v. 14, p. 264-72, 2013.

GONÇALVES, F. A.; DALOSSO, I. F.; CAMARGO, J. M.; PRADO, N. M. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise ou diálise peritoneal: estudo comparativo em um serviço de referência de Curitiba – PR. **J. Bras. Nefrologia**, v. 37, n. 4, p. 467-74, out-dez., 2015.

GUERRA-GUERRERO, V.; SANHUEZA-ALVARADO, O.; CACERES-ESPINA, M. Qualidade de vida de pessoas em hemodiálise crônica: relação com variáveis sociodemográficas, médico-clínicas e de laboratório. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 20, p. 838-46, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000500004>. Acesso em: 17 ago. 2018.

HAIMANOT, W.; NANCY, K.; ZHANG, R.; HUANG, Y. **Association of Initial Hemodialysis Vascular Access with Patient-Reported Health Status and Quality of Life.** **CJASN**, v. 2, n. 4, p. 708-14, july 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.2215/CJN.00170107>. Acesso em: 22 jun. 2018.

HARRIS, T. J.; NAZIR, R.; KHETPAL, P.; PETERSON, R. A.; CHAVA, P.; PATEL, S. S. Pain, sleep disturbance and survival in hemodialysis patients. **Nephrol Dial Transplant.** v. 27, n. 2, p. 758-65, 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov.ez18.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC3283168/pdf/gfr355.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2017.

HIGA, K.; KOST, M. T.; SOARES, D. M.; MORAIS, M. C. de; POLINS, B. R. G. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. **Acta Paul Enferm.**, v. 21, n. especial, p. 203-6, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21nspe/a12v21ns>. Acesso em: 10 dez. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 22 set. 2018.

JOHNSON, R.; FEEHALLY, J.; FLOEGE, J. **Nefrologia clínica**. 5. ed. São Paulo: Elsevier, 2016.

MACHADO, L. R. C.; CAR, M. R. A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica: entre o inevitável e o casual. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 37, n. 3, p. 27-35, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n3/04>. Acesso em: 20 mar. 2017.

MADALOSSO, F. D.; MARIOTTI, M. C. Terapia ocupacional e qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Cad Ter Ocup.**, v. 21, n. 3, p. 511-20, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/cto.2013.053>.

MADEIRO, A. C.; MACHADO, P. D. L. C.; BONFIM, I. M.; BRAQUEAIS, A. R.; LIMA, F. E. T. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. **Acta Paul Enferm.**, v. 23, n. 4, p. 546-51, 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3070/307023863016/>. Acesso em: 11 jan. 2017.

MAFFEI, F. H. A. **Doenças vasculares periféricas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

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

MAROCO, J.; GARCIA-MARQUES, T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? **Lab. de Psicologia**, v. 6, n. 1, p. 65-90, 2006.

MARQUES, V. da R.; BENETTI, P. E.; BENETTI, E. R. R.; ROSANELLI, C. L. S. P.; COLET, C. de F.; STUMM, E. M. F. Avaliação da intensidade da dor de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. **Rev. Dor**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 96-100, June 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132016000200096&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 dez. 2018.

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, p. 670-676, 2005.

MEDEIROS, R. C.; SOUSA, M. N. A. S.; NUNES, R. M. V.; COSTA, T. S.; MORAES, J. C.; DINIZ, M. B. Health-related quality of life of individuals under hemodialysis. **J Nurs UFPE**, v. 9, Suppl. 9, p. 1018-27, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.8808-76748-1-SM.SM.0909supl201513>. Acesso em: 22 jan. 2018.

MINGARDI, G.; CORNALBA, L.; CORTINOVIS, E.; RUGGIATA, R.; MOSCONI, P.; APOLONE, G. Health-related quality of life in dialysis patients. A report from an Italian study using the SF-36 Health Survey. DIA-QOL Group. **Nephrol Dial Transplant.**, v. 10, p.1503-10, 1999.

MIYAHIRA, C. K.; MARTINS, M. R. I.; RIBEIRO, R. de C. H. M.; CESARINO, C. B. Avaliação da dor torácica, sono e qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica. **Arquivos de Ciências da Saúde**, [S.l.], v. 23, n. 4, p. 61-66, dez. 2016. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/486>>. Acesso em: 18 dez. 2018.

MORENO, A. B.; FAERSTEIN, E.; WERNECK, G. L.; LOPES, C. S.; CHOR, D. Propriedades psicométricas do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde no estudo pró-saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2585-2597, dez. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2006.v22n12/2585-2597/pt>. Acesso em: 20 jun. 2017.

MORSCH, C. M. F. **Avaliação da qualidade de vida e de indicadores assistenciais de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico**. 2002. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/5735>. Acesso em: 20 jun. 2017.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION – NKF-K/DOQI. Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. New York: K/DOQI, 2002. **Am J Kidney Dis.**, v. 39, Suppl 2, p. S1-266, fev. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11904577>. Acesso em: 20 jun. 2017.

NEVES JUNIOR, M. A. das; PETNYS, A.; MELO, R. C.; RABBONI, E. **Acesso vascular para hemodiálise: o que há de novo?** **J. Vasc Bras.**, v. 12, n. 3, p. 221-25, jul.-set. 2013.

NOGUEIRA, I. L. A.; TINÔCO, J. D. de S.; PAIVA, M. das G. M. N. de P.; TRINDADE, A. de O. P.; LIRA, A. L. B. de C.; CRUZ ENDERS, B. Aspectos sociodemográficos e clínicos relacionados à qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. **Rev Min Enferm.**, v. 22, p. 1080, 2018.

OLIVEIRA, A. P. B.; SHIMIDT, D. B.; ANATNEEKS, T. M.; SANTOS, J. C.; CAVALLET, L. H. R.; MICHEL, R. B. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e sua relação com mortalidade, hospitalizações e má adesão ao tratamento. **J Bras Nefrol.**, v. 38, n. 4, p. 411-20, 2016.

OTTAVIANI, A. C.; BETONI, L. C.; PARAVINI, S. C. I.; SAY, K. G.; ZAZZETTA, M. S.; ORLANDI, F. S. Associação entre ansiedade e depressão e a qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Texto Contexto Enferm.**, v. 25, n. 3, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016000650015>. Acesso em: 07 jun. 2018.

OTTONI, G. F. S. **Fisioterapia voltada para fístula arteriovenosa.** 2013. Disponível em: fisiofistula.blogspot.com. Acesso em: 20 ago. 2018.

PAGANI, T. C.; PAGANI JUNIOR, C. R. **Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde.** 2006. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/171798/MARIA%20DE%20FATIMA%20DO%20NASCIMENTO%20SILVA%20DELFINO-DCNT-TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 2 fev. 2017.

PEREIRA, E. R.; RIBEIRO, I. M. L.; RUAS, E. de F. G.; SILVA, P. L. N. da; GONÇALVES, R. P. F.; DIAMANTINO, N. A. M. Análise das principais complicações durante a terapia hemodialítica em pacientes com insuficiência renal crônica. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 4, n. 2, 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/603>. Acesso em: 22 ago. 2017.

PILGER, C.; SANTOS, R.; LENTSCK, M. H.; MARQUES, S.; KUSUMOTA, L. Spiritual well-being and quality of life of older adults in hemodialysis. **Rev Bras Enferm.**, v. 70, n. 4, p. 689-96, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0006>. Acesso em: 22 ago. 2018.

PINHO, N. A.; SILVA, G. V.; PIERIN, A. M. Prevalence and factors associated with chronic kidney disease among hospitalized patients in a university hospital in the city of São Paulo, SP, Brazil. **J. Bras. Nefrol.**, v. 37, n. 1, p. 91-7, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20150013>. Acesso em: 22 ago. 2017.

PISONI, R.L.; YOUNG, E.W.; DYKSTRA, D.M.; GREENWOOD, R.N.; HECKING, E.; GILLESPIE, B. Vascular access use in Europe and the United States: results from the DOPPS. **Kidney Int** ., v. 61, p. 305-16, 2002.

REIS, C. K. dos; GUIRARDELLO, E. de B.; CAMPOS, C. J. G. O indivíduo renal crônico e as demandas de atenção. **Rev. Bras. de Enferm.**, v. 61, n. 3, p. 336-41, maio/jun. 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2670/267019606010/>. Acesso em: 14 jun. 2017.

RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

RUDNICKI, T. Doença renal crônica: vivência do paciente em tratamento de hemodiálise. **Contextos Clínic.**, v. 7, n. 1, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2014.71.10>. Acesso em: 22 ago. 2017.

SANTOS, G. D.; CASTILHO, M. S.; VISO, B. F.; CARREIRA, G. F. QUEIROZ, M. I. P.; MELLO, T. R. C. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise na cidade de Mogi das Cruzes. **Diagn Tratamento**, v. 19, n. 1, 2014.

SESSO, R. C.; LOPES, A. A.; THOMÉ, F. S.; LUGON, J. R.; MARTINS, C. T. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016. **J Bras Nefrol.**, v. 39, n. , p. 261-66, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20170049>. . Acesso em: 22 ago. 2017.

SILVA, G. E.; ARAUJO, M. A. N. de; PEREZ, F.; SOUZA, J. C. **Qualidade de vida do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico em Dourados-MS**. 2011. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0,5&as_vis=1&q=TRATAMENTO+HEMODIAL%C3%8DTICO+EM+DOURADOS,+2011. Acesso em: 22 mar. 2017.

SILVA , S. M. da; BRABIANA, N. F. Suporte social de adultos e idosos renais crônicos em hemodiálise. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, 2016. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em: 22 ago. 2018.

SILVEIRA, C.B.; PANTOJA, I.; MARQUES, S.; SILVA, A.; AZEVEDO, R.N.; SÁ, N.B.; TURIEL, M. G. P.; NUNES, M. B. G. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise em um hospital público de Belém – Pará. **J Bras Nefrol**, v. 32, n. 1, p. 39-44, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA - SBN. Censo Geral 2017. 2017. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/pdf/censo2017publico.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2017.

SRIDHARAN, N. D.; FISH L.; YU, L.; WEISBORD, S. JHAMB, M.; MAKAROUN, M. S.; YUO, T. H. The associations of hemodialysis access types and access satisfaction with health-related quality of life. **Journal of Vascular Surgery**, v. 67, n. 1, p. 229-235, jan. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28822665>. Acesso em: 25 jun. 2018.

TERRA, F.S. **Avaliação da qualidade de vida do paciente renal crônico submetido à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico em uso diário.** Alfenas, MG: Universidade José de Rosário Vellano, 2007.

WARE, J. E.; SNOW, K. K.; KOSINSKI, M.; GANDEK, B. **SF-36 Health survey: manual and interpretation guide.** Boston: The Health Institute, 1993.

WASSE, H.; KUTNER, N.; ZHANG, R.; HUANG, Y. Association of initial hemodialysis vascular access with patient-reported health status and quality of life. **Clin J Am Soc Nephrol.**, v. 2, n. 4, p. 708-714, jul. 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

Convidamos o (a) Sr (a), através do consentimento do seu responsável legal, para participar da Pesquisa AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES NEFROPATAS CRÔNICOS NAS DIVERSAS MODALIDADES DE ACESSO VASCULAR PARA HEMODIÁLISE NO ESTADO DO AMAZONAS, sob a responsabilidade do pesquisador Enio Barreto Carneiro, o qual pretende demonstrar o grau de satisfação do paciente em relação às diversos acessos vasculares para a realização de hemodiálise, bem como o impacto da doença na sua qualidade de vida. Sua participação é voluntária. Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, porém por se tratar de uma pesquisa através de perguntas e respostas que seguem um questionário pré-estabelecido não incorrerá em riscos à saúde do participante. Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Está assegurado o direito a indenizações e cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante voluntário. (resolução CNS 466/12). O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço rua Atenas, quadra 07, n.08, Planalto, pelo telefone (92) (981918011), ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FHAJ – Av. Carvalho Leal, 1778 – Cachoeirinha, CEP 69065-001.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Voluntário

Data: ___/___/___

Pesquisador

ANEXOS

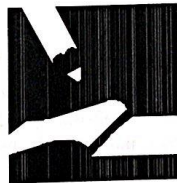
**ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES –
KDQOL-SF**

Versão Conciliada por Priscila Silveira Duarte e colaboradores.

Sua Saúde – e – Bem-Estar

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

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



Obrigado por completar estas questões!

ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA PARA PACIENTES EM DIÁLISE

Qual é o objetivo deste estudo?

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

O que queremos que você faça?

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

E o sigilo em relação às informações?

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

De que forma minha participação neste estudo pode me beneficiar?

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

Eu preciso participar?

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

Sua Saúde

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- | | Sim | Não |
|---|--|--|
| a. Reduziu a <u>quantidade de tempo</u> que passa trabalhando ou em outras atividades | <input type="checkbox"/> 1..... <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1..... <input type="checkbox"/> 2 |
| b. <u>Fez menos</u> coisas do que gostaria..... | <input type="checkbox"/> 1..... <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1..... <input type="checkbox"/> 2 |
| c. Trabalhou ou realizou outras atividades com menos <u>atenção do que de costume</u> | <input type="checkbox"/> 1..... <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1..... <input type="checkbox"/> 2 |

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

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

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

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

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

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

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

Durante as 4 últimas semanas, quanto tempo...

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

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

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

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

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

Sua Doença Renal

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

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

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

a Quanto tempo durante as **4 últimas semanas**...

	Nenhum momento	Uma pequena parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma boa parte do tempo	A maior parte do tempo	Todo o tempo
a	▼	▼	▼	▼	▼	▼
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
b						
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
c						
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
d						
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
e						
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
f						
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6

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

Não me incomodei de forma alguma	Fiquei um pouco incomodado	Incomodei -me de forma moderada	Muito incomodado	Extremamente incomodado
▼	▼	▼	▼	▼

„Dores musculares?..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

„Dor no peito?..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

„Cãibras?..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

„Coceira na pele?..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

„Pele seca?..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

„Falta de ar?..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

„Fraqueza ou tontura?.... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

„Falta de apetite?..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

„Esgotamento (muito cansaço)?..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

„Dormência nas mãos ou pés (formigamento)?.... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

„Vontade de vomitar ou indisposição estomacal?..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

(Somente paciente em hemodiálise)

Problemas com sua via de acesso (fístula ou cateter)?..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

„(Somente paciente em diálise peritoneal)

Problemas com seu catéter?..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

Efeitos da Doença Renal em Sua Vida Diária

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

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

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

16. Você teve alguma atividade sexual nas 4 últimas semanas?

(Circule Um Número)

Não 1

→

Se respondeu não, por favor pule para a Questão 17
--

Sim 2

Nas últimas 4 semanas você teve problema em:

Nenhum problema	Pouco problema	Um problema	Muito problema	Problema enorme
▼	▼	▼	▼	▼

- a. Ter satisfação sexual? 1 2 3 4 5
- b. Ficar sexualmente excitado (a)? 1 2 3 4 5

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

	Nenhum momento	Uma pequena parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma boa parte do tempo	A maior parte do tempo	Todo o tempo
a. Acordou durante a noite e teve dificuldade para voltar a dormir?.....	▼	▼	▼	▼	▼	▼
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
b. Dormiu pelo tempo necessário?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input checked="" type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
			82			
c. Teve dificuldade para ficar acordado durante o dia?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
			101,3333			

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

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

Satisfação Com O Tratamento

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

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

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

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

Obrigado por você completar estas questões!

ANEXO B – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO PARA ENTREVISTA COM PACIENTES



Manaus, 20 de setembro de 2017.

Ao Sr. Ênio Barreto Carneiro

Médico Cirurgião

O CENTRO DE HEMODIÁLISE ARI GONÇALVES – Cehmo, situado nas dependências da Fundação Hospital Adriano Jorge – FHAJ, vem por meio desta informar que o projeto de pesquisa intitulado **"AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES NEFROPATAS CRÔNICAS NAS DIVERSAS MODALIDADES DE ACESSO VASCULAR PARA HEMODIÁLISE NO ESTADO DO AMAZONAS"**, tendo como orientador Responsável Prof.^a Dra. Denise Machado Duran Gutierrez, tem autorização para realizar entrevistas com os pacientes deste Centro de Hemodiálise.

Estas entrevistas serão realizadas durante o tratamento dialítico de cada paciente, na sala de hemodiálise. Informamos, também, que este Centro de Hemodiálise atende o total de 170 (cento e setenta) pacientes, que são atendidos 3 vezes na semana, distribuídos em 3 (três) turnos.

Atenciosamente,

DENISE BARRETO
Administradora - Cehmo
CPF 181.795.092-49
CNPJ 13.536.655/0002-01

DENISE DO SOCORRO BARRETO
Administradora – Cehmo
CPF 181.795.092-49
CNPJ 13.536.655/0001-20

Centro de Hemodiálise Ari Gonçalves – Cehmo

CNPJ: 13.536.655/0002-01

Rua Salvador, nº 120 Edifício Vieira Alves Business, Sala 207 (2º andar) - Adriadópolis - CEP 69.057-040 - Manaus - AM
Fones: (92) 99282.8176

ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA DA DIREÇÃO DO HOSPITAL



CARTA DE ANUÊNCIA Nº. 095/2017

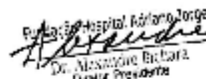
Utilizo-me desta para informar que o projeto de pesquisa intitulado "**AValiação DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES NEFROPATAS CRÔNICAS NAS DIVERSAS MODALIDADES DE ACESSO VASCULAR PARA HEMODIÁLISE NO ESTADO DO AMAZONAS**", tendo como orientador Responsável Prof.ª Dra. **Denise Machado Duran Gutierrez**, tem autorização para realizar coleta de dados nesta Fundação.

Informamos ainda que a referida pesquisa só **deverá ser iniciada após parecer de aprovação emitida pelo CEP ao qual foi submetido e a cópia do Parecer Consubstanciado** deverá ser encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa desta Fundação para apreciação e outras providências.

A Fundação Hospital Adriano Jorge não será responsável pelos custos da pesquisa e todos os procedimentos referentes à mesma serão de responsabilidade do Pesquisador e das instituições de vínculo.

O Pesquisador Responsável também se compromete, mediante esta autorização, enviar ao Comitê de Ética em Pesquisa desta Fundação **os resultados finais referentes à pesquisa realizada e, sempre que necessário, deverá responder quaisquer questionamentos** sobre a mesma.

Manaus, 17 de agosto de 2017.

Fundação Hospital Adriano Jorge

 Dr. Alexandre Bichara
 Diretor Presidente

ALEXANDRE BICHARA DA CUNHA
 Diretor Presidente

Avenida Carvalho Leal, 778 - Cachoeirinha
 Manaus - AM - CEP: 69065-000
 Telefone: (92) 3612-2200
www.fhamaz.gov.br / fham@fhamaz.gov.br



FUNDAÇÃO HOSPITAL
ADRIANO JORGE

SECRETARIA DE
 ESTADO DE SAÚDE

ANEXO D – PARECER DO CEP

FUNDAÇÃO HOSPITAL
ADRIANO JORGE - FHAJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES NEFROPATAS CRÔNICOS NAS DIVERSAS MODALIDADES DE ACESSO VASCULAR PARA HEMODIÁLISE NO ESTADO DO AMAZONAS.

Pesquisador: ENIO BARRETO CARNEIRO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 74301317 6 0000 0007

Instituição Proponente: Diretoria de Ensino e Pesquisa - DPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.333.590

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto idealizado para fins de Mestrado do programa de pós-graduação em cirurgia da Universidade Federal do Amazonas. O tema é amplo, de importância social e pouco discutido na literatura local. O trabalho escrito demonstra atenção às normativas éticas, e apresenta os elementos mínimos para a avaliação.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa visa avaliar a qualidade de vida dos pacientes com doença renal em estágio terminal e dependentes de terapia de substituição renal nos diversos acessos vasculares que fazem a interface com a máquina de diálise utilizando-se de aplicação do questionário KDQOL-SF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa apresenta como risco em potencial o doente nefropata crônico sentir-se constrangido em responder um questionário acerca da sua qualidade de vida. E como Benefícios: A pesquisa trará como benefício subsídios para implementação de políticas públicas, visando a melhoria da qualidade de vida dos nefropatas crônicos em hemodiálise no Amazonas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo relevante para a região, com a problematização de um tema real e pouco discutido no Amazonas. Sobre os aspectos científicos, após revisão do texto, e adequações

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1778
Bairro: Cachoeirinha
UF: AM **Município:** MANAUS
Telefone: (92)3612-2604

CEP: 69.065-001

E-mail: cep@fhaj.am.gov.br

FUNDAÇÃO HOSPITAL
ADRIANO JORGE - FHAJ



Continuação do Parecer 2.333.590

recomendadas pelo CEP, estão claras e dirimidas as dúvidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão de acordo com as normativas da Resolução CNS 466/12.

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram sanadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P RQJET0_884213.pdf	21/08/2017 09:42:00		Aceito
Outros	KDQOL.pdf	21/08/2017 09:40:50	ENIO BARRETO CARNEIRO	Aceito
Outros	declaracao.pdf	21/08/2017 09:39:54	ENIO BARRETO CARNEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	21/08/2017 09:38:09	ENIO BARRETO CARNEIRO	Aceito
Outros	Carta.pdf	23/08/2017 11:10:10	ENIO BARRETO CARNEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	23/08/2017 11:08:20	ENIO BARRETO CARNEIRO	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	23/08/2017 10:47:13	ENIO BARRETO CARNEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Cavalo Leal, 1778
Bairro: Cachoeirinha
UF: AM Município: MANAUS
Telefone: (92)3612-2604

CEP: 69.085-001

E-mail: cep@fhaj.am.gov.br

Página 02 de 02

FUNDAÇÃO HOSPITAL
ADRIANO JORGE - FHAJ



Continuação do Parecer 2.333.690

MANAUS, 17 de Outubro de 2014

~~Fundação Hospital Adriano Jorge~~

~~Prof. Dr. Antônio Queiroz Mendes~~

~~Diretor de Ensino e Pesquisa~~

Assinado por:

Andréia Santos Cavalcante
(Coordenador)

Endereço: Av. Cavallotti Leal, 1778
Bairro: Cachoeirinha
UF: AM Município: MANAUS
Telefone: (02)3612-2604

CEP: 66.066-001

E-mail: cep@fhaj.am.gov.br

ANEXO E - FORMULÁRIO CURTO DE DOENÇA RENAL DA VIDA (KDQOL-SF), VERSÃO 1.3: MANUAL DE USO E ESCORE

Os itens direcionados à doença KDQOL-SF 1.3 focalizam preocupações específicas relacionadas à saúde de indivíduos com doença renal e em diálise: Sintoma / problemas (12 itens), Efeito da doença renal na vida diária (8 itens), Carga de doença renal (4 itens), status de trabalho (2 itens), função cognitiva (3 itens), qualidade de interação social (3 itens), função sexual (2 itens) e sono (4 itens). Também estão incluídas três outras escalas de qualidade de vida: apoio social (2 itens), incentivo à equipe de diálise (2 itens) e satisfação do paciente (1 item). O KDQOL-SF 1.3 também inclui uma pesquisa de saúde de 36 itens (RAND 36-Item Health Survey 1.0 ou SF-36) como o núcleo genérico, limitações de função causadas pelo estado de saúde física e mental: funcionamento físico (10 itens), limitações causada por problemas de saúde física (4 itens), limitações de função causadas por problemas emocionais de saúde (3 itens), funcionamento social (2 itens), bem-estar emocional (5 itens), dor (2 itens), energia / fadiga (4 itens)) e percepções gerais de saúde (5 itens). O item final, o item de avaliação geral de saúde, pede aos entrevistados que classifiquem sua saúde em uma escala de resposta de 0 a 10, variando de "pior possível (ruim ou pior do que morta)" até "melhor saúde possível".

Os 80 itens do KDQOL-SF 1.3 (veja os itens 1-24b no Apêndice) levam cerca de 16 minutos para serem concluídos. Um conjunto de recomendações de itens de fundo também é fornecido (consulte 25-38 no Apêndice).

As estimativas de confiabilidade de consistência interna (Cronbach, 1951) para as escalas KDQOL-SF e as correlações dessas escalas abreviadas com suas correspondentes escalas KDQOL nas duas amostras divididas são fornecidas na Tabela 2.

REGRAS DE PONTUAÇÃO

Valores numéricos pré-codificados para respostas em alguns itens do KDQOL-SF estão na direção em que um número maior reflete um estado de saúde mais favorável. Por exemplo, uma resposta de "Nenhuma das vezes" para o item 10 corresponde a um valor pré-codificado de "5". No entanto, os valores pré-codificados para alguns dos itens do KDQOL-SF estão na direção em que um número menor reflete um estado de saúde mais favorável. Por exemplo, uma resposta de "Nem um pouco" para o item 6 é um estado mais favorável e corresponde a um valor pré-codificado de "1".

O procedimento de pontuação do KDQOL-SF primeiro transforma os valores numéricos pré-codificados brutos dos itens em um intervalo possível de 0 a 100, com maiores pontuações transformadas sempre refletindo melhor qualidade de vida. Cada item é colocado em uma faixa de 0 a 100, de modo que a pontuação mais baixa e mais alta possível seja alcançada. A Tabela 3 fornece a recodificação necessária para a maioria dos itens do KDQOL-SF.

Quatro dos itens do KDQOL-SF (não listados na Tabela 3) requerem instruções adicionais. Os itens 17 e 22 precisam ser multiplicados por 10 para colocar o intervalo de 0 a 100 possíveis. O item 23 está em um intervalo pré-codificado de 1-7. Para recodificar este item, subtraia 1 (mínimo possível) do valor pré-codificado, divida a diferença por 6 (diferença entre máximo e mínimo possíveis) e multiplique por 100. O item 16 precisa ser considerado para criar a escala de função sexual (ver abaixo).

Na segunda e última etapa do processo de pontuação, os itens da mesma escala são calculados em média para criar as pontuações da escala. Assim, as pontuações da escala representam a média de todos os itens na escala respondida pelo entrevistado. Se a resposta ao item 16 for "não", a função sexual deve ser codificada como ausente.

Como mostrado na Tabela 5, as estimativas de confiabilidade de consistência interna para as escalas direcionadas à doença renal KDQOL-SF foram de 0,80, com duas exceções (0,68 para função cognitiva, 0,61 para qualidade de interação social). Os valores médios para as escalas direcionadas à doença renal variaram de 25,26 (status de trabalho, DP = 37,82) a 79,11 (função cognitiva, DP = 19,75) na porcentagem do total de escores possíveis (0-100). As estimativas de confiabilidade para as oito escalas do questionário de saúde de 36 itens também foram bastante aceitáveis e variaram de 0,78 a 0,92. As estimativas de confiabilidade e escores médios para as escalas de 36 itens da pesquisa de saúde dor e saúde geral foram muito semelhantes quando os escores foram obtidos usando os algoritmos RAND (1993) de SF-36 (1993), embora a pontuação RAND tenha dado valores para a escala de dores, anteriormente anotado (HAYS, 1993, 1994).

Tabela 3 – Passo 1 – Recodificando itens		
Número do Item	Resposta Original da Categoria [a]	Valor de recodificação
4a-d, 5a-c, 21	1	0
	2	100
3a-j	1	0
	2	50
	3	100
19a, b	1	0
	2	33,33
	3	66,66
	4	100
10, 11a, c, 12a-d	1	0
	2	25
	3	50
	4	75
	5	100

9b, c, f, g, i, 13e, 18b	1	0
	2	20
	3	40
	4	60
	5	80
	6	100
20	1	100
	2	0
1-2, 6, 8, 11b, d, 14a-m, 15a-h, 16a-b, 24a-b	1	100
	2	75
	3	50
	4	25
	5	0
7,9a, d, e, h, 13a-d, f, 18a, c	1	100
	2	80
	3	60
	4	40
	5	20
	6	0

Tabela 4: Passo 2 - calcular a média de itens para formar escalas		
Escala	Número de Itens	Após a recodificação por tabela 3, calcule os seguintes itens
<i>DRC – áreas segmentadas</i>		
<i>Lista de sintomas e problemas</i>	12	14a-k, 1
<i>Efeitos da doença renal</i>	8	15a-h
<i>Sobrecarga da doença renal</i>	4	12a-d
<i>Trabalho</i>	2	20, 21
<i>Função Cognitiva</i>	3	13b, d, f
<i>Qualidade das interações sociais</i>	3	13a, c, e
<i>Função Sexual</i>	2	16a, b
<i>Sono</i>	4	17, 18a-c
<i>Suporte social</i>	2	19a, b
<i>Incentivo da equipe de diálise</i>	2	24a, b
<i>Satisfação do paciente</i>	1	23
<i>SF-36 (pesquisa de saúde)</i>		
<i>Funcionamento físico</i>	10	3a-j

<i>Função física</i>	4	4a-d
<i>Dor</i>	2	7, 8
<i>Saúde Geral</i>	5	1, 11a-d
<i>Bem-estar emocional</i>	5	9b, c, d, f, h
<i>Função emocional</i>	3	5a-c
<i>Função Social</i>	2	6, 10
<i>Energia/fadiga</i>	4	9a, e, g, i