

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM (PPGEnf)

ELIZA DAYANNE DE OLIVEIRA CORDEIRO

QUALIDADE DE VIDA DO RECEPTOR DE TRANSPLANTE RENAL

Análise através de instrumento específico

MANAUS

2019

ELIZA DAYANNE DE OLIVEIRA CORDEIRO

QUALIDADE DE VIDA DO RECEPTOR DE TRANSPLANTE RENAL

Análise através de instrumento específico

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – área de concentração: Enfermagem no contexto da sociedade amazônica – da Universidade Federal do Amazonas (PPGenf/UFAM) em associação plena com a Universidade Estadual do Pará (UEPA), como requisito para aprovação do título de Mestre em Enfermagem. Linha de Pesquisa 1: Enfermagem em Saúde Pública e Epidemiologia de Doenças da Amazônia.

ORIENTADOR(A): DRA. GILSIRENE SCANTELBURY DE ALMEIDA

MANAUS
2019

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Catálogo online na fonte pela Biblioteca Central da Universidade Federal do Amazonas através do Sistema de Bibliotecas

C794q Cordeiro, Eliza Dayanne de Oliveira
Qualidade de vida do receptor de transplante renal : Análise através de instrumento específico / Eliza Dayanne de Oliveira Cordeiro. 2019
112 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Gilsirene Scantelbury de Almeida
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Transplante de Rim. 2. Qualidade de Vida. 3. Doença Renal Crônica. 4. Avaliação em Saúde. 5. Assistência ao Paciente. I. Almeida, Gilsirene Scantelbury de II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

ELIZA DAYANNE DE OLIVEIRA CORDEIRO

QUALIDADE DE VIDA DO RECEPTOR DE TRANSPLANTE RENAL

Análise através de instrumento específico

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – área de concentração: Enfermagem no contexto da sociedade amazônica – da Universidade Federal do Amazonas (PPGenf/UFAM) em associação plena com a Universidade Estadual do Pará (UEPA), como requisito para aprovação do título de Mestre em Enfermagem. Linha de Pesquisa 1: Enfermagem em Saúde Pública e Epidemiologia de Doenças da Amazônia.

Aprovada em vinte e cinco de agosto de dois mil e dezenove.

BANCA EXAMINADORA

.....
Prof^a Dr^a. Gilsirene Scantelbury de Almeida, Presidente
Universidade Federal do Amazonas

.....
Prof^a Dr^a. Noeli das Neves Toledo, Membro Interna
Universidade Federal do Amazonas

.....
Prof^a Dr^a. Priscilla Mendes Cordeiro, Membro Externa
Universidade Federal do Amazonas

*A Deus,
ao meu filho,
aos doentes crônicos renais
e às minhas amigas e professoras enfermeiras,
que me inspiraram durante
o desenvolvimento deste trabalho.*

AGRADECIMENTOS

*Ao meu Deus que me acompanha, me guia e fortalece
por todos os caminhos e jornadas aos quais me proponho;*

*À minha querida orientadora pela sua gentileza, sabedoria, empatia e
dom de educar, se tornando espelho e fonte de calma;*

*Ao meu marido, por todo o apoio e segurança
que me ofereceu ao longo desta trajetória;*

*Ao Davi, meu amado filho, por precisar compreender
meus períodos de ausência e ser minha grande fonte de
estímulo em busca de evolução pessoal e de um futuro melhor;*

*À Universidade Federal do Amazonas por me recolher
enquanto aluna e pelas oportunidades oferecidas;*

*À Fundação Hospital Adriano Jorge e às enfermeiras do ambulatório
de transplante que estiveram de portas abertas e solícitos durante
todo o desenvolvimento desta pesquisa;*

*À Coordenação Estadual de Transplantes do Amazonas,
à Associação de Transplantados Renais do Amazonas
e a todos os participantes da pesquisa que contribuíram
para a execução deste trabalho;*

*Às minhas amigas de profissão e de turma
que me apoiaram e incentivaram a todo momento.*

RESUMO

QUALIDADE DE VIDA DO RECEPTOR DE TRANSPLANTE RENAL

Análise através de instrumento específico

Introdução: Junto ao desenvolvimento das sociedades e a evolução da medicina moderna vem ocorrendo um aumento da expectativa de vida das pessoas e das doenças crônicas. Esses males costumam afetar de maneira significativa a qualidade de vida dos acometidos e, nesse sentido, podemos destacar a doença renal crônica que costuma levar os pacientes a depender de processos dialíticos para sobrevivência. Dentre as terapias renais substitutivas, a hemodiálise é uma das mais utilizadas, deixando o paciente “preso à máquina” por várias horas, 3 dias por semana, até o fim de suas vidas, ou até que alcancem um transplante renal, quando elegíveis, e dependendo da disponibilidade de órgão compatível nas centrais de transplante ou entre familiares voluntários. Mensurar a Qualidade de vida desses pacientes em todos os estágios e períodos da doença é imprescindível na medida em que possibilita avaliar a eficácia dos regimes e recursos terapêuticos empregados; também servindo como auxílio à profissionais de saúde e usuários na escolha do tratamento. **Objetivo:** analisar a qualidade de vida dos receptores de Transplante Renal no Amazonas. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo-analítico, de abordagem quantitativa. A coleta de dados ocorreu entre junho/18 e fevereiro/19, em um ambulatório de uma instituição pública e uma clínica privada de saúde em Manaus. A população foi de 284 usuários cadastrados. Utilizamos um questionário sociodemográfico e de histórica clínica e o *Kidney Disease Quality of Life – Short Form*, que é um instrumento específico para avaliar a qualidade de vida de pacientes renais crônicos, traduzido e validado no Brasil. A análise dos dados foi feita através de estatística descritiva e a relação entre as dimensões de qualidade de vida mais comprometidas foi investigada através do teste de correlação de *Pearson*. Valores de $p < 0.05$ foram considerados significativos. O coeficiente α de Cronbach foi usado para verificar a confiabilidade e consistência interna do instrumento. **Resultado:** 222(78,1%) participantes, com idade 45,2(\pm 12,8) anos, homens (60,4%), casados (45,5%), pardos (74,3%), residentes na Capital (87,4%), receptores de rim de doadores vivos (65,3%). Os escores de qualidade de vida específicos da doença renal foram superiores aos dos domínios genéricos. As dimensões mais afetadas foram “situação de trabalho” (36,5 \pm 40,0), “sono” (53,7 \pm 17,3), “função física” (52,4 \pm 39,7) e “função emocional” (55,1 \pm 43,5). **Conclusão:** A qualidade de vida do transplantado renal no Amazonas é boa, principalmente no que se refere aos domínios específicos da doença. Porém, maior atenção deve ser dada ao comprometimento físico, emocional e psicológico da clientela, além da qualidade do sono, e das perspectivas e possibilidades de retorno ao mercado de trabalho e práticas de exercícios físicos. Espera-se que este trabalho contribua para o incentivo ao Transplante renal no Amazonas e na Região Norte e que auxilie a tomada de decisão e a assistência ao transplantados.

Palavras-chave: Transplante de Rim. Qualidade de Vida. Insuficiência Renal Crônica. Avaliação em Saúde. Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

QUALITY OF LIFE OF KIDNEY TRANSPLANTATION RECEIVER

Analysis by specific instrument

Background: Along with the development of societies and the evolution of modern medicine have been occurring an increase in the life expectancy of people and chronic diseases. These represent a high cost for public coffers and for health systems. In addition, chronic diseases usually affect drastically the quality of life of those affected and, in this sense, we can highlight chronic kidney disease. Irreversible kidney disease usually leads patients, in the later stages of pathology, to rely on dialysis to survive. Among renal replacement therapies, hemodialysis is one of the most currently used, leaving the patient "attached to the machine" for several hours 3 days a week (usually) until the end of their lives or until they reach a kidney transplant, when eligible, and depending on the availability of a compatible organ at transplant centers. Measuring the quality of life of these patients at all stages and periods of the disease is of paramount importance insofar as it makes it possible to evaluate the efficacy of the therapeutic regimens and resources used. Knowing the quality of life of patients in the different types of dialysis and post-transplantation can also serve as an aid to health professionals and users in choosing the ideal treatment for each case. **Objective:** to analyze the quality of life of renal Tx receptors in Amazonas. **Method:** it is a descriptive, cross-sectional and quantitative study. The collection took place between June / 18 and February / 19, in a public outpatient clinic and a private health clinic that offer renal post-Tx follow-up to those transplanted in the capital Manaus. The collection was between June / 18 and February / 19, in a public outpatient clinic and a private health clinic that offer renal post-Tx follow-up to those transplanted in the capital Manaus. The population was composed of 284 registered users in these services. During the interviews, a socio-demographic and clinical historical questionnaire was used and the Kidney Disease Quality of Life - Short Form (SF-KDQOL). The KDQOL-SF is an instrument composed of Likert-type scales created to evaluate the quality of life of chronic kidney patients, translated and validated in Brazil. Data analysis, interpretation and presentation were done through descriptive statistics (measures of central tendency, dispersion and variance, absolute and relative frequencies), and the relationship between the most compromised quality of life dimensions was investigated through the Pearson correlation test. Values of $p < 0.05$ were considered significant. Cronbach's α coefficient was used to verify the reliability and internal consistency of the instrument. **Results:** 222 (78.1%) participants, with $45.2 (\pm 12.8)$ years, men (60.4%), married (45.5%), browns %, residents in the Capital (87.4%), kidney recipients of live donors (65.3%). The results of the study indicated higher specific of CKD QOL scores than those of the generic domains. The most affected dimensions were "work situation" (36.5 ± 40.0), "sleep" (53.7 ± 17.3), "physical function" (52.4 ± 39.7) and "emotional function" (55.1 ± 43.5); moderately correlated ($r > 0.3$) with each other ($p < 0.01$). The instrument was reliable in the studied group ($\alpha = 0.95$). **Conclusion:** the QOL of the renal transplant recipient in Amazonas is good, especially with regard to the specific domains of the disease. However, greater attention should be given to the physical, emotional and psychological impairment of the clientele, as well as the quality of sleep, and the perspectives and possibilities of returning to the job market and physical exercise practices. It is hoped that this work will contribute to the incentive to renal Tx in Amazonas and in the North Region and that it will help the decision making and the assistance to the transplanted ones.

Keywords: Kidney Transplantation. Quality of Life. Chronic Renal Insufficiency. Health Assessment. Patient Care.

LISTA DE FIGURAS / ILUSTRAÇÕES / GRÁFICOS

Figura 1 – Evolução do número de transplantes por tipo de doador no Brasil de 2008 a 2018.....	14
Figura 2 – Dados gerais dos transplantes no Brasil em 2018.....	19
Figura 3 – Composição da amostra final de transplantados renais no Amazonas.....	29
Figura 4 – Índice de Gini das macrorregiões brasileiras segundo o IBGE/2016.....	31
Figura 5 – Escores de qualidade de vida das dimensões específicas da doença renal através do KDQOL-SF em receptores de transplante renal no Amazonas.....	37
Figura 6 – Escores de qualidade de vida das dimensões genéricas (SF-36) da doença renal através do KDQOL-SF em receptores de transplante renal no Amazonas.....	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas e econômicas dos receptores de transplante renal no Amazonas.....	29
Tabela 2 – Características de saúde dos receptores de transplante renal no Amazonas.....	32
Tabela 3 – História da doença renal crônica (DRC) dos receptores de transplante renal no Amazonas.....	34
Tabela 4 – Características e história do transplante renal em receptores do Amazonas.....	35
Tabela 5 – Análise descritiva e univariada das condições sociodemográficas e econômicas dos receptores de Tx-renal em cada domínio específico do KDQOL.....	42
Tabela 6 – Análise descritiva e univariada das características de saúde dos receptores de Tx-renal em cada domínio específico do KDQOL.....	46
Tabela 7 – Análise descritiva e univariada do histórico da doença renal dos receptores de Tx-renal em cada domínio específico do KDQOL.....	49
Tabela 8 – Análise descritiva e univariada das características e histórico do transplante em receptores de rim em cada domínio específico do KDQOL.....	52
Tabela 9 – Análise descritiva e univariada das condições sociodemográficas e econômicas dos receptores de Tx-renal em cada domínio genérico de QV do KDQOL (SF-36).....	55
Tabela 10 – Análise descritiva e univariada das características de saúde dos receptores de Tx-renal em cada domínio genérico de qualidade de vida do KDQOL (SF-36).....	58
Tabela 11 – Análise descritiva e univariada da história da doença renal dos receptores de Tx-renal em cada domínio genérico de qualidade de vida do KDQOL (SF-36).....	60
Tabela 12 – Análise descritiva e univariada das características e histórico do transplante em receptores de rim em cada domínio genérico de qualidade de vida do KDQOL (SF-36).....	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABTO	Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature</i>
DM	Diabetes Mellitus
DP	Diálise Peritoneal
DRC	Doença Renal Crônica
DRT	Doença Renal Terminal
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HD	Hemodiálise
KDQOL-SF	<i>Kidney Disease Quality of Life – Short Form (Questionário)</i>
LILACS	Literatura-Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PD	Potencial Doador
QV	Qualidade de Vida
RLAE	Revista Latino Americana de Enfermagem
RIL	Revisão Integrativa da Literatura
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SF-36	<i>Medical Outcomes Survey 36 Item Short-Form</i>
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science (software estatístico)</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
TRS	Terapias Renais Substitutivas
Tx	Transplante
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

LISTA DE SIMBOLOS

α – alfa

\pm – Desvio Padrão

r – coeficiente de correlação

p – p-valor de teste estatístico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1. A Doença Renal Crônica (DRC)	17
2.2. O transplante renal (Tx).....	18
2.3. Qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS)	20
2.4. O instrumento KDQOL-SF.....	21
2.5. O uso do KDQOL-SF em receptores de Tx.....	22
3 ASPECTOS METODOLÓGICOS	24
3.1. Tipo de Estudo.....	24
3.2. Local de estudo	24
3.3. População de estudo.....	24
3.4. Amostra.....	24
3.7. Instrumento para coleta de dados.....	25
3.8. Procedimento de coleta de dados	27
3.9. Análise dos dados	27
4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	29
4.1. Descrição da população.....	29
4.2. Qualidade de Vida específica dos receptores de Tx (KDQOL)	37
4.3. Qualidade de Vida genérica dos receptores de Tx (SF-36)	38
4.4. Fatores relacionados à qualidade de vida em transplantados renais.....	40
5 CONCLUSÃO	66
REFERÊNCIAS	68
APÊNDICE A – FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO	74
APÊNDICE B - TCLE (Via do pesquisador)	78
APÊNDICE C - TCLR (Via do participante)	80
ANEXO A – Nº DE TRANSPLANTES RENAIIS NO AMAZONAS	82
ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA	83
ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA	84
ANEXO D – KDQOL-SF –NA VERSÃO TRADUZIDA E VALIDADA NO BRASIL	85
ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	104
ANEXO F – ARTIGO SUBMETIDO A RLAE	107

1 INTRODUÇÃO

O número conhecido de pessoas com doença renal em estágio terminal no mundo está crescendo rapidamente. Estudo publicado em 2017 estimou de 3 a 6 milhões de brasileiros seriam portadores de doença renal crônica (DRC) e que pouco mais de 100 mil recebiam terapia dialítica (MARINHO, A. W. G. B. *et al.*, 2017).

Segundo o inquérito brasileiro de diálise crônica de 2016, realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), o número total estimado de pacientes em diálise naquele ano foi de 122.825, desses, 92% estavam em hemodiálise (HD), 8% em diálise peritoneal (DP) e 24% em fila de espera para transplante (Tx). A taxa de mortalidade bruta foi de 18,2% (SESSO *et al.*, 2017).

O Tx renal é considerado a mais completa alternativa de terapia renal substitutiva (TRS), a própria SBN aponta como principal vantagem a melhoria significativa da qualidade de vida (QV), pois essa modalidade garante mais liberdade no dia-a-dia do paciente (SBN, 2019).

Um estudo multicêntrico realizado no Brasil com 3.036 doentes crônicos renais, em HD, DP ou Tx, demonstrou que o transplante é significativamente superior às diálises no que se refere à QV dos usuários, tendo a diálise peritoneal os piores resultados em todas as dimensões de qualidade de vida (ALVARES *et al.*, 2013).

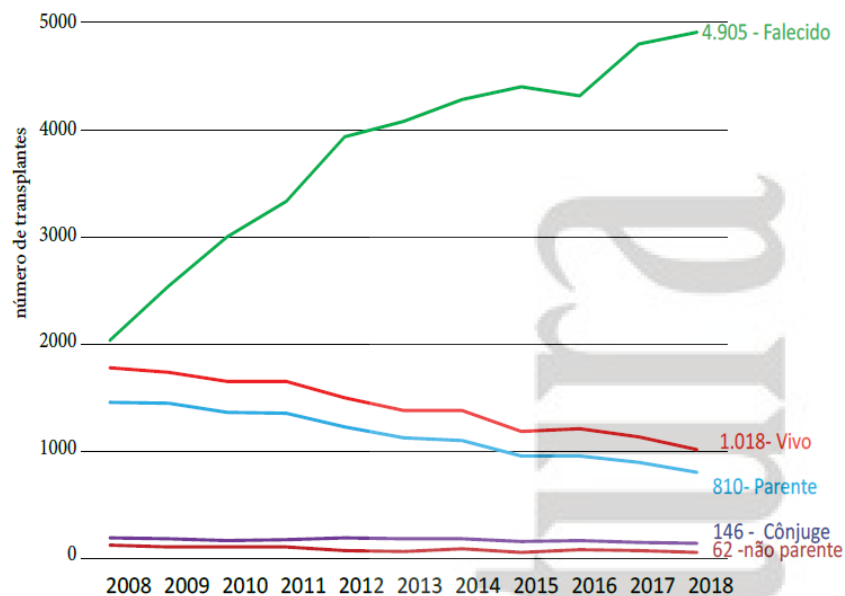
O Brasil continua ocupando o 2º lugar mundial em número absoluto de transplantes, e realizou 5923 Tx-renais em 2018. Já em relação ao número proporcional, o Brasil desce pra 25º no mundo quanto à taxa de Tx-renais, que ficou em 28,5 no mesmo ano. Apesar disso, havia no ano passado uma necessidade estimada de 12.460 transplantes renais, sendo realizados apenas 47,5% (ABTO, 2018).

Embora os benefícios do Tx sejam conhecidos e alcançados através da expansão do acesso e redução dos custos gerais para o tratamento bem-sucedido da doença (GARCIA; HARDEN; CHAPMAN, 2011), o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) convive com diversos problemas de natureza gerencial, de qualidade, da atualização tecnológica dos procedimentos médicos e da garantia da prestação de tratamento tempestivo e equitativo ao seu público (MARINHO, A.; CARDOSO; ALMEIDA, 2010).

Segundo a ABTO (2018) a taxa de Tx renais vem se mantendo inalterada no Brasil durante os últimos 6 anos (28,5pmp). O Tx renal com doador falecido cresceu apenas 10,3% enquanto com doador vivo continua caindo (32,9%). Segundo a associação, um dos fatores implicados nessa estagnação é o fato de seis estados da federação praticamente não estarem realizando transplantes renais, dentre eles o Amazonas (ABTO, 2018). Através da figura a

seguir, podemos acompanhar a evolução do transplante renal por tipo de doador ao longo dos últimos anos (Figura 1).

Figura 1 – Evolução do número de transplantes por tipo de doador no Brasil de 2008 a 2018



Fonte: ABTO, 2018

Ressalta-se que o transplante renal no Amazonas não ocorre de maneira regular há pelo menos dois anos; questões políticas e administrativas são alegadas pelos órgãos responsáveis como justificativa. Em 2016, apenas 16 (1,8pmp) transplantes foram realizados no estado, ficando o Amazonas em 20º lugar, dos 22 estados que registraram Tx renal naquele ano (ABTO, 2016). Em determinado período do ano de 2017, até mesmo o acompanhamento ambulatorial dos usuários ficou suspenso no hospital particular credenciado, que alegava falta de repasse de verbas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Tudo isso, provavelmente, afetou os usuários do serviço, que dependem do acompanhamento ambulatorial pós-Tx para obtenção de receitas dos imunossupressores, avaliação e manutenção de sua saúde assim como a manutenção do enxerto funcionante.

Após a realização do transplante, todos os receptores precisam de acompanhamento multiprofissional, exames periódicos e de um serviço hospitalar para suporte (ABTO, 2009; SOUSA *et al.*, 2010). Ressalta-se que os receptores devem ser avaliados periodicamente em ambulatório, mesmo que haja funcionalidade estável do enxerto; por tempo indeterminado.

O Tx de órgão é um procedimento complexo que visa à manutenção da vida e sua melhoria; todavia, além da utilização de recursos tecnológicos sofisticados, é imprescindível o resgate e a valorização do receptor enquanto indivíduo, na sua forma singular de pensar, agir e

sentir (GARCÍA-PRADO *et al.*, 2009). A enfermagem, nessa perspectiva, lida diariamente com as ações de promoção e proteção à saúde, cuidando do ser humano de maneira singular e holística. Está mais próxima dos aspectos relevantes, como condições sociopolíticas, materiais e culturais de cada comunidade e da subjetividade do indivíduo facilitando assim a promoção da qualidade de vida (QV) da clientela.

O processo de doação/transplante é complexo e envolve muitos fatores; porém não se encerra com a implantação do órgão e sim com a avaliação e acompanhamento dos resultados posteriores, considerando-se a perspectiva do indivíduo receptor. A mensuração da Qualidade de Vida dos receptores corresponde a uma das maneiras de avaliar o resultado dos transplantes (ABTO, 2004).

Diversos instrumentos já foram criados no intuito de mensurar a QV, um constructo abstrato e multidimensional. Existem hoje questionários de QV relacionada à saúde considerados genéricos, pois podem ser aplicados em qualquer indivíduo, e os específicos, destinados a grupos específicos da população, com necessidades e características peculiares de saúde, como é o caso dos portadores de doenças crônicas.

Um dos instrumentos genéricos de QV relacionada à saúde amplamente utilizados na atualidade é o *Short Form Health Survey 36* (SF-36) devido sua facilidade de compreensão, rapidez de aplicação. Devido a isso, há um número crescente de estudos publicados através de sua utilização ou da sua tradução e validação em outros países e contextos culturais (LAGUARDIA *et al.*, 2013).

Do SF-36 derivou-se o *Kidney Disease Quality of Life – Short Form* (KDQOL-SF), instrumento específico que avalia a QV em doentes renais crônicos em tratamento dialítico. Publicado em 1997, seu uso vem crescendo ao redor do mundo. O KDQOL-SF foi traduzido e validado no Brasil em 2003 (DUARTE *et al.*, 2003) e validado para uso em transplantados renais em 2006 (BAROTFI *et al.*, 2006); trata-se de um dos instrumentos mais completos para a avaliação em saúde desse público.

Apesar disso, ainda são raros os estudos atuais que demonstram a qualidade de vida dos transplantados renais através de instrumentos específicos para a doença. Dentre esses estudos, predominam aqueles realizados no continente europeu (BAKEWELL; HIGGINS; EDMUNDS, 2001) (JANSZ *et al.*, 2018).

Apenas uma pesquisa utilizando o KDQOL-SF em transplantados foi realizada no Brasil, com apenas 24 participantes no estado do Rio Grande do Sul, extremo oposto geográfico do estado do Amazonas, e com realidade discrepante no que se refere ao programa de

transplantes, com taxas de Tx-renal de 49,1pmp e 4,4pmp respectivamente(BEBER, 2017)(ABTO, 2018).

Hoje, não existem pesquisas, dados ou relatórios publicados que demonstrem os resultados e evolução dos pacientes que receberam transplante renal no Amazonas, muito menos que avaliem a sua qualidade de vida atual. Segundo o Folha de São Paulo, os primeiros transplantes realizados no Amazonas datam de 1995(S.PAULO, 1995); no entanto, nem mesmo a secretaria estadual saúde ou a coordenação estadual de transplantes têm dados consolidados e fidedignos referentes ao número de transplantados vivos no estado, e as características dessa clientela; já que contamos ainda com falhar nos registros e subnotificação da realização de terapias renais na Região.

Destaca-se que essa mensuração pode servir de incentivo na busca de recursos e soluções que impactem positivamente, priorizando essa modalidade de tratamento em nosso Estado. Ao mesmo tempo em que pode melhor nortear os profissionais de saúde no manejo e tratamento dos pacientes e famílias que continuam a sofrer com a doença renal e as terapias dialíticas.

Diante do exposto, o trabalho aqui apresentado teve como objetivo geral: analisar a qualidade de vida dos receptores de transplante renal do Amazonas por meio de um instrumento específico para DRC; e como objetivos específicos: caracterizar aspectos sociodemográficos, clínicos e histórico da DRC nos receptores de Tx renal; mensurar a QV dos receptores de Tx renal; buscar relação entre os escores de QV e os aspectos sociodemográficos e clínicos dos receptores de transplante renal.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1. A Doença Renal Crônica (DRC)

A DRC consiste na perda progressiva e irreversível da função renal, tendo como causas mais frequentes diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e glomerulonefrite (MORSCH; VERONESE, 2011). É também considerada um problema de saúde pública devido à sua grande incidência e prevalência no mundo, e do seu significativo impacto na morbimortalidade das pessoas acometidas (MARINHO, C. L. A. *et al.*, 2018).

Segundo Lugon (2009), o mundo está enfrentando uma epidemia da DRC. O potencial para crescimento do número desses pacientes é maior em países em desenvolvimento. O autor traz, através da análise de dados secundários uma estimativa de 390 pacientes em diálise por milhão da população (pmp) no ano de 2007. Agregando-se a esse valor os pacientes transplantados com enxerto funcionante no mesmo período (dado estimado), a prevalência de pacientes com DRC terminal no Brasil chega a 540pmp no referido ano (LUGON, 2009).

A Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) classifica a DRC em 6 estágios, determinados com base no nível de função renal, independentemente do tempo ou origem da doença, sendo eles (JUNIOR, 2004):

- Estágio 1 – função renal normal sem lesão renal: inclui pessoas integrantes do chamado grupo de risco para o desenvolvimento da DRC, que ainda não desenvolveram lesão renal;
- Estágio 2 – lesão com função renal normal: fases iniciais, com taxa filtração glomerular (TFG) preservada ($\geq 90\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$);
- Estágio 3 – insuficiência renal funcional ou leve: início da perda da função renal. Não há sinais ou sintomas clínicos importantes. TFG entre 60 e 89ml/min/1,73m²;
- Estágio 4 – insuficiência renal laboratorial ou moderada: sinais e sintomas de uremia podem estar presentes de maneira discreta. Exames laboratoriais já mostram níveis elevados de uréia e creatinina plasmáticas. TFG entre 30 e 59ml/min/1,73m²;
- Estágio 5 – insuficiência renal clínica ou severa: paciente apresenta sinais e sintomas marcados de uremia. TFG entre 15 e 29ml/min/1,73m²;

- Estágio 6 – doença renal terminal (DRT): os rins perdem o controle do meio interno, tornando-se alterado ao ponto de ser incompatível com a vida. TFG < 15ml/min/1,73m².

Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento da doença mais apontados pela literatura podemos citar: HAS, DM, idade avançada, história familiar de doença renal, doenças cardiovasculares, obesidade, etc. (DELGADO *et al.*, 2017; JUNIOR, 2004; SMELTZER *et al.*, 2011). A DRC pode causar complicações em todos os sistemas do organismo, sendo os sinais e sintomas geralmente mais precoces: anemia, hipertensão, edema, fraqueza, mal-estar, sintomas digestivos (JUNIOR, 2004; MORSCH; VERONESE, 2011).

As limitações físicas, sociais e emocionais do paciente acometido possuem grande interferência na sua qualidade de vida; além disso a DRC representa altos custos para o sistema de saúde anualmente. Isso acontece pois, quando a doença atinge seu estágio terminal, são necessárias terapias renais substitutivas (TRS) como a diálise peritoneal (DP), a hemodiálise (HD) ou o transplante (Tx) renal (MARINHO, C. L. A. *et al.*, 2018).

2.2. O transplante renal (Tx)

O Tx renal vem sendo reconhecido como um grande avanço da Medicina, fornecendo aos pacientes com doença renal irreversível, por todo o mundo, anos de vida com qualidade (GARCIA; HARDEN; CHAPMAN, 2011). Todavia, esse avanço enfrenta diversas dificuldades, como a disparidade crescente entre o número de pacientes em lista de espera e o número de órgãos disponíveis para transplante (MARINHO, A.; CARDOSO; ALMEIDA, 2010).

O Brasil possui um dos maiores programas públicos de transplantes de órgãos e tecidos do mundo, ficando em 2º lugar em número absoluto de transplantes renais em 2017 (entre 35 países). Porém, quando se considera a proporção populacional, o país desce para 25º lugar (entre 50 países) com uma taxa de 28,8pmp, tornando este cenário de acesso aos transplantes bastante desigual. Segundo a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), em 2018 a necessidade de transplantes renais foi estimada em 12.460, sendo efetivados apenas 5.923 transplantes (44,5%). O Amazonas registrou nesse ano somente um (1) transplante renal (0,2pmp)(ABTO, 2018). Na Figura 2, podemos observar as disparidades geográficas do programa nacional de transplante no país.

Figura 2 – Dados gerais dos transplantes no Brasil em 2018



Fonte: ABTO, 2018

Segundo a Coordenação Estadual de Transplantes do Amazonas, em Manaus foram realizados 399 transplantes renais do ano de 2002 até o momento (ANEXO A).

Os transplantes são procedimentos de alta complexidade, exigindo recursos humanos e materiais especializados. Os profissionais envolvidos necessitam de capacitação técnica de alto nível e educação permanente, a fim de aumentar o êxito do transplante (BRASIL, 2005).

Pesquisa realizada no Brasil demonstrou uma economia para os cofres públicos oferecida pelo transplante renal que poderia variar de 5,9 bilhões a 13,2 bilhões de reais quando comparado às diálises no período de 4 anos estudado (SILVA; AFFONSO; ARAÚJO, 2016).

A efetividade do Tx depende do processo de doação em todas as suas etapas. Estas precisam ser bem executadas e articuladas entre si, desde a identificação do Potencial Doador (PD) até o implante do órgão no receptor. Todo esse processo deve ser desenvolvido em poucas horas, para que não haja perda funcional do órgão a ser enxertado (BRASIL, 2017; SANCHO; DAIN, 2008).

Após esse processo, é de suma importância o acompanhamento dos resultados, no intuito de verificar sua efetividade, buscando também informações que subsidiem o

planejamento de ações. Nesse contexto, o acompanhamento dos resultados pode ser observado através da avaliação da QV dos receptores de transplante renal.

2.3. Qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS)

A QV se constitui em um dos objetivos a ser alcançado no presente estágio de desenvolvimento da humanidade, sendo cada vez mais valorizada em detrimento do tempo de vida, que vem se prolongando cada vez mais com o avanço da ciência médica. Essa temática vem se apresentando, frequentemente, como objetivo em ensaios clínicos atuais, buscando novas metodologias para tratamento e prevenção de doenças (NOBRE, 1995).

O termo abrange diversos significados, refletindo conhecimentos, experiências e valores individuais e coletivos que se reportam ao ser humano em épocas diferentes, espaços e histórias variados, sendo, pois, uma construção social relativizada pela cultura de cada indivíduo (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define QV como a percepção que o indivíduo tem de sua posição da vida, na cultura e no sistema de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, padrões, expectativas e apreensões (WHOQOL GROUP, 1995).

Porém, ainda que a QV seja observada e percebida de maneira individual, há indicadores que permitem informar, de forma compreensível, as necessidades em saúde, considerando os parâmetros, objetivos e metas da melhora da QV das pessoas (WEYKAMP *et al.*, 2017). Para tanto, pesquisadores e instituições passaram a criar instrumentos (genéricos e específicos), na tentativa de mensurar esses indicadores relacionados a QV (FARIAS; MENDONÇA, 2009).

Os questionários de qualidade de vida relacionados à saúde proporcionam a avaliação mais completa do impacto da doença e tratamento no cotidiano da vida dos usuários. Os genéricos se aplicam às mais diferentes condições de saúde e refletem variados aspectos da vida dos indivíduos. Já os específicos, são especialmente direcionados aos domínios da QV relevantes aos pacientes que se pretende analisar ou às suas condições particulares (NOBRE, 1995).

Dentre esses instrumentos que vêm sendo amplamente utilizados para mensurar a QV, podemos destacar o criado pela OMS, através do grupo *WHOQOL*(1995), que baseia-se nos pressupostos de que QV é uma construção subjetiva, multidimensional e composta por elementos positivos e negativos. Esse instrumento está disponível em duas versões, uma completa com 100 questões e 6 domínios, e outra abreviada com 26 questões e 4 domínios (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Já o SF-36 (*The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey*) foi criado com a finalidade de ser um instrumento genérico de avaliação de saúde, de fácil implementação e compreensão. Ele é composto por 36 itens em 8 dimensões: funcionamento físico, limitações causadas por problemas da saúde física, limitações causadas por problemas da saúde emocional, funcionamento social, saúde mental, dor, vitalidade (energia/fadiga), percepções da saúde geral, e estado de saúde atual comparado há um ano atrás (computado à parte) (CICONELLI, 1997; DUARTE *et al.*, 2003).

A partir da análise dos dados obtidos através desses instrumentos, existe a possibilidade de detectar as áreas de atenção e os respectivos segmentos da população que necessitam de maiores intervenções e investimentos para o alcance de uma melhor QV (WEYKAMP *et al.*, 2017). Os problemas enfrentados pela sociedade contemporânea e pela modernidade tornam fundamental o estudo das condições de vida das pessoas e comunidades, a fim de entender e zelar pela sua saúde, felicidade e equidade (GONZALEZ, 2002).

2.4. O instrumento KDQOL-SF

O *Kidney Disease Quality-of-Life – Short Form* (KDQOL-SF) é um instrumento autoaplicável para indivíduos com doença renal e em diálise (HAYS *et al.*, 1997). Ele inclui o SF-36 mais 43 itens sobre DRC divididos em 11 dimensões: sintomas/problemas, efeitos da doença renal sobre a vida diária, sobrecarga imposta pela doença renal, condição de trabalho, função cognitiva, qualidade das interações sociais, função sexual e sono; além de três escalas adicionais: suporte social, estímulo da equipe de diálise e satisfação do paciente; um item para avaliação da saúde geral é computado à parte (DUARTE *et al.*, 2003).

Ele foi traduzido e validado para versão brasileira em 2003, e segundo a equipe responsável, trata-se do questionário mais completo disponível atualmente para avaliar a QV de pacientes com DRC, justamente por possuir aspectos genéricos específicos relacionados à doença renal. Podendo inclusive ser útil para pacientes que seriam submetidos ao Tx renal (DUARTE *et al.*, 2003).

Estudos vem demonstrando as diversas possibilidades de uso do instrumento. Alguns mensuram isoladamente a QV da clientela em tratamento dialítico (MARINHO, C. L. A. *et al.*, 2017)(LOPES *et al.*, 2014), outros procuram fatores relacionados às mudanças nessa QV (MARINHO, C. L. A. *et al.*, 2018)(BRAGA *et al.*, 2011). Existem ainda aqueles que comparam a QV entre clientelas diferenciadas como usuários de hemodiálise e diálise peritoneal (ARENAS *et al.*, 2009)(HOSSAIN *et al.*, 2015); outros estudos têm características longitudinais, acompanhando a evolução da QV dos doentes renais ao longo do tempo (KOSTRO;

HELLMANN; KOBIELA, 2016)(ROBERTO; SANSIGOLO, 2007). E assim, seu uso vem sendo amplamente difundido e evidenciado no Brasil e no mundo.

2.5. O uso do KDQOL-SF em receptores de Tx

Em outubro de 2017, realizamos uma revisão integrativa da literatura (RIL) em busca de evidências sobre o uso do instrumento em questão em pacientes receptores de Tx renal. Foram utilizados a palavra-chave “KDQOL-SF”, o descritor do DeCS “transplante” e seu correspondente no MeSH “transplantation” em seis bases de dados virtuais: PubMed, MEDLINE, LILACS, Scopus, Web of Science e CINAHL.

Na amostra final da pesquisa permaneceram 17 dos 148 artigos encontrados, representando aqueles que realmente utilizaram o instrumento em questão em pacientes transplantados renais. Excluímos da pesquisa os artigos indisponíveis na íntegra e os duplicados.

Ao analisarmos esses 17 estudos componentes da amostra final, observamos que a maioria (64,7%) foi publicado nos últimos 5 anos, e mais da metade (52,94%) no continente europeu. Apenas um desses trabalhos foi publicado na América do Sul, tendo o Brasil/Rio Grande do Sul como local de pesquisa (BEBER; FONTELA; HERR, 2017).

Dois artigos componentes dessa revisão tratam de estudos de validação de instrumento, sendo um específico sobre a validação do KDQOL-SF em receptores de transplante renal, concluindo que o KDQOL-SF é confiável e válido para avaliar a QV dessa clientela (BAROTFI *et al.*, 2006; CHOW, 2014).

Outros dois trabalhos trazem a comparação da QV entre doadores-vivos e receptores de transplantes renais e um deles ainda comparavam esses dois grupos com um grupo controle de pessoas saudáveis. Esses estudos evidenciam que a doação de rim melhora a qualidade de vida tanto do doador quanto do receptor, mantendo/igualando-os à população geral saudável (HOSSAIN *et al.*, 2015; JOSHI; ALMEIDA; ALMEIDA, 2013).

Dentre os 17 estudos da revisão, 7 comparavam a QV entre transplantados renais e pacientes em tratamento dialítico (HD e DP). Todas as sete pesquisas constataram maior QV em transplantados do que em HD e DP (BAKEWELL; HIGGINS; EDMUNDS, 2001; CHOW, 2014; CZYŻEWSKI *et al.*, 2014; KOSTRO; HELLMANN; KOBIELA, 2016; LIM *et al.*, 2016; LIPPE *et al.*, 2014; VON DER LIPPE *et al.*, 2016).

Os sete demais artigos da revisão tinham como participantes os pacientes transplantados renais, porém mensuravam sua QV para comparação com outras diversas variáveis, relacionadas aos objetivos específicos de cada pesquisa (ABACI *et al.*, 2015; BEBER;

FONTELA; HERR, 2017; MADARIAGA *et al.*, 2016; MOLNAR *et al.*, 2011; NERI *et al.*, 2011; UJSZASZI; CZIRA, 2012; ZIAJA *et al.*, 2009).

Concluimos com essa RIL que o uso do KDQOL-SF se mostra de grande utilidade. Ele vem evidenciando o Tx renal como tratamento reabilitador, melhorando consideravelmente a QV de seus receptores, algumas vezes aproximando-os da população geral saudável. Talvez sua maior utilidade se faça ao apontar os domínios mais prejudicados da QV desse grupo, que, dentre os estudos levantados, foram os relacionados a saúde física, mental, emocional, condições de trabalho e social, além da percepção geral de saúde.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo-analítico, de abordagem quantitativa.

3.2. Local do estudo

O estudo foi realizado no serviço de Nefrologia de uma instituição pública onde é feito o acompanhamento ambulatorial dos receptores de transplante renal do estado pelo SUS. E uma Clínica Privada, onde é ofertado acompanhamento médico pós-transplante na cidade.

Os dois estabelecimentos disponibilizaram carta de anuência após a ciência do projeto de pesquisa (ANEXOS B e C).

Quando necessário, outros espaços (como residência, local de trabalho e outras clínicas), previamente combinados entre pesquisadora e participante, foram utilizados no intuito de facilitar a participação de alguns transplantados que não puderam ser localizados no dia de suas consultas nos estabelecimentos anteriormente citados.

3.3. População do estudo

Segundo informações fornecidas pela Coordenação Estadual de Transplantes do Amazonas, foram realizados 399 transplantes renais no estado entre os anos de 2002 e 2017. Não se sabe quantos desses receptores ainda vivem no Amazonas com o enxerto renal funcionando. No entanto, todo indivíduo portador de um enxerto renal deve fazer acompanhamento periódico do transplante, e em Manaus apenas os dois locais incluídos no estudo oferecem esse serviço de acompanhamento.

Sendo assim, a população desse estudo foi composta pelos receptores de transplante renal do Amazonas cadastrados na FHAJ (199 usuários) e na Clínica Renal de Manaus (85 usuários), totalizando 285 transplantados.

3.4. Amostra

A amostragem foi, primeiramente, realizada por acessibilidade, incluindo os participantes que compareceram as consultas ambulatoriais de seguimento pós-transplante, no período da coleta de dados (junho de 2018 a fevereiro de 2019).

Busca ativa foi realizada através de ligações telefônicas para todos os cadastrados que não compareciam as consultas no período estimado, ou consultas previamente agendadas. Para cada paciente que disponibilizou número telefônico nas instituições de estudo, foram feitas, no mínimo, três tentativas de contato antes da exclusão.

Posteriormente, utilizamos a técnica amostral não probabilística conhecida como “bola de neve”, que considera a rede social de grupos de difícil de acesso(VINUTO, 2014). Essa

técnica foi empregada no intuito de localizar pacientes cadastrados que não compareciam às consultas no período indicado e/ou não foram localizados via telefonemas.

Uma das “redes sociais” de apoio foi a Associação de Transplantados Renais do Amazonas (ATRA) que forneceu uma lista com 248 nomes e contatos de transplantados oriundos do estado que já tiveram registro na associação. Outros meios de localização utilizados foram grupos virtuais de comunicação e socialização (Facebook, Instagram, WhatsApp etc.). Alguns transplantados que já haviam participado da pesquisa também indicaram contatos e paradeiro de outros receptores não-localizados.

Como critérios de inclusão foram adotados: ser ≥ 18 anos, ter recebido Tx-renal há pelo menos 3 meses, fazer acompanhamento ambulatorial em pelo menos um dos locais de estudo, residir no Amazonas, estar acessível em Manaus em algum momento durante o período da coleta de dados.

Os critérios de exclusão empregados foram: ser indígena (autodeclarado), não ter condições cognitivas/mentais de responder aos questionários, ter perdido a funcionalidade do rim enxertado e/ou estar fazendo uso de terapia dialítica.

Ao fim, 285 pacientes estavam cadastrados nos dois locais de pesquisa (únicos que faziam acompanhamento desta clientela em Manaus/AM no período da coleta), e destes, 222 compuseram a amostra final, como ilustrado na Figura 3.

3.5. Instrumentos de coleta de dados

Foi utilizado um instrumento composto por duas partes. A primeira elaborada pela própria pesquisadora (APÊNDICE A), com perguntas fechadas abordando aspectos sócios demográficos e clínicos do receptor como por exemplo: sexo, idade, escolaridade, religião, renda, ocupação, tempo de DRC, tempo em lista de espera para transplante, tempo de transplante, comorbidades, medicações em uso, quais terapias renais substitutivas fez uso e por quanto tempo, etc.

A segunda parte foi composta pelo instrumento KDQOL-SF (ANEXO D), versão traduzida e validada no Brasil em 2003 (DUARTE *et al.*, 2003). Este instrumento está disponível gratuitamente como domínio público pela *RAND Corporation* tanto na versão original em inglês como nas versões traduzidas para diversos idiomas, sendo dispensadas as solicitações de permissão (RAND HEALTH CORPORATION, [S.d.]). É um instrumento autoaplicável de 80 itens, divididos em 19 escalas, que levam aproximadamente 16 minutos para serem respondidos. O KDQOL-SF inclui o SF-36 como uma medida genérica e é suplementado com escalas do tipo multi-itens, voltadas para as preocupações particulares dos

pacientes renais crônicos (DUARTE *et al.*, 2003). As escalas contidas no instrumento são do tipo *Likert* onde cada item varia de 1 a no máximo 10, indo do extremo negativo ao positivo, ou vice-versa.

O SF-36 é composto de 36 itens, divididos em oito dimensões:

1. funcionamento físico (10 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 (energia/fadiga); (quatro itens),
8. percepções da saúde geral (cinco itens)

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

A parte específica sobre doença renal inclui itens divididos em 11 dimensões:

1. sintomas/problemas (12 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. e sono (quatro itens); inclui também três escalas adicionais:
9. suporte social (dois itens),
10. estímulo da equipe da diálise (dois itens) e
11. satisfação do paciente (um item).

O item contendo uma escala variando de 0 a 10 para a avaliação da saúde em geral é computado à parte (DUARTE *et al.*, 2003).

Para obter uma pontuação final do KDQOL-SF, os dados brutos devem ser codificados em uma escala de 0-100, de modo que os escores mais altos sempre refletem melhor qualidade de vida. Os itens são distribuídos entre as 19 dimensões (8 dimensões do SF-36 + 11 dimensões específicas do KDQOL) e duas questões gerais de saúde, seguindo as orientações dos autores da versão para o português do instrumento. O escore final de cada dimensão é a média aritmética de todos os itens pertencentes à mesma (MOREIRA *et al.*, 2009).

Foram excluídos 5 itens do questionário KDQOL-SF por caracterizarem questões específicas de pacientes que passam por algum tipo de diálise.

3.6. Procedimento de coleta de dados

Após inscrição no Comitê de Ética em Pesquisa da UFAM (CEP-UFAM) sob o CAAE: 88684218.7.0000.5020 e recebimento do parecer “Aprovado” (ANEXO E) em 20 de junho de 2018, deu-se início à coleta de dados que se estendeu até fevereiro de 2019, totalizando aproximadamente 8 meses de duração.

A maioria dos participantes foram entrevistados momentos antes ou após suas consultas rotineiras de acompanhamento pós-transplante, em espaços previamente estabelecidos para essas entrevistas. Apenas 8 participantes foram entrevistados em locais diversos como domicílio, trabalho ou em outro estabelecimento de saúde que frequentava.

Para evitar equívocos de preenchimento e divergências de interpretação, os questionários foram aplicados pela pesquisadora principal ou por auxiliares de coleta (3), essas últimas eram acadêmicas de enfermagem voluntárias, previamente selecionadas, instruídas e treinadas quanto a compreensão dos instrumentos e dos objetivos da pesquisa.

Todos os convidados que aceitaram participar da pesquisa preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) após esclarecimento verbal sobre os objetivos, métodos e riscos da pesquisa além do anonimato garantido e do direito de recusa ou desistência a qualquer momento. Sendo respeitados os requisitos éticos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3.7. Análise dos dados

Para interpretação e análise dos resultados, as variáveis contínuas foram descritas por medidas de tendência central e dispersão (médias, medianas, desvios padrão, intervalos interquartis e valores máximo e mínimo). As variáveis categóricas foram descritas com uso de frequências absolutas e relativas (%).

As médias de cada domínio dos escores de KDQOL ou SF36 – variáveis independentes – foram avaliadas em cada nível das variáveis categóricas de interesse – variáveis dependentes – (sociodemográficas, econômicas, clínicas, antropométricas, cuidados da enfermagem e de estilos de vida). Utilizaram-se testes de hipóteses para avaliar se a distribuição dos escores diferia em cada nível das variáveis. Para comparação de médias entre duas categorias, utilizou-se o teste *t* de *Student*. Para mais de duas categorias, utilizou-se ANOVA.

As análises foram realizadas com auxílio do software *R* 3.5.1. Para os testes de hipótese considerou-se nível de significância de 5% (DOWNING; CLARK, 2010).

A confiabilidade do instrumento KDQOL-SF foi verificada através da consistência interna das respostas medida pelo coeficiente α de *Cronbach*. Foram considerados confiáveis valores do coeficiente $\geq 0,7$ (CRONBACK LJ, 1951).

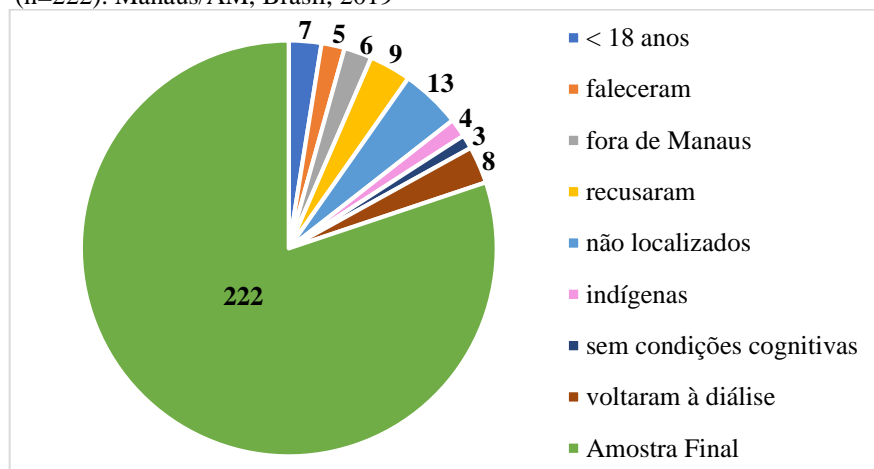
Os dados obtidos tanto no formulário sociodemográfico quanto do KDQOL-SF foram digitados e tabulados no aplicativo *Microsoft Excel* do *Office 365*, e submetidos à análise por uma empresa de consultoria e assessoria estatística (CNPJ: 17.658.737/0001-07).

4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1. Descrição da população

Compuseram a amostra final desta pesquisa 222 transplantados renais, que representam 77,9% da população (N=285) de receptores de enxerto renal cadastrados nos serviços público e privado de acompanhamento do Amazonas no período (Figura 3).

Figura 3 – Composição da amostra final de transplantados renais no Amazonas (n=222). Manaus/AM, Brasil, 2019



Fonte: As autoras (2019)

Através do Formulário em apêndice (apêndice A), foi possível caracterizar a população em estudo composta principalmente por homens, pardos, com parceira conjugal, em idade produtiva, residindo na capital Manaus, com até 9 anos de estudo, sem trabalho ou atividade laboral, com média de 1,9 filhos em média, com acesso à internet (medido indiretamente pela apresentação de e-mail para contato), sem plano ou convênio particular de saúde, residindo com mais duas pessoas na residência, tendo como renda pessoal 2,8 salários mínimos em média (advindos de auxílio doença, aposentadoria por invalidez ou fontes informais de renda), renda familiar de 3,7 salários mínimos em média e religiosos (Tabela 1). Além disso, 34,2% dos que viviam em Manaus moravam na zona norte e 23,8% na zona sul.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e econômicas dos receptores de transplante renal no Amazonas (n=222), Manaus/AM, Brasil, 2019

Variáveis	Total
Sexo, n(%)	
Masculino	134(60,4%)
Feminino	88(39,6%)
Idade, média(±DP)	45,2(±12,8)
Acesso à internet*, n(%)	
sim	106(47,7%)

não	116(52,3%)
Anos de estudo, n(%)	
≤ 9 anos	77(34,7%)
10 a 12 anos	75(33,8%)
≥ 13 anos	70(31,5%)
Cor/Raça, n(%)	
parda	165(74,3%)
outras	57(25,7%)
Cidade de residência, n(%)	
Manaus	194(87,8%)
Interior do estado	28(12,2%)
Tem parceiro(a) conjugal, n(%)	
Sim	132(59,5%)
Não	90(40,5%)
Está trabalhando?, n(%)	
sim	62(27,9%)
não	160(72,1%)
Renda pessoal em salários mínimos**, média(±DP)	2,8(±3,7)
Renda familiar em salários mínimos**, média(±DP)	3,7(±4,3)
Nº de filhos, média(±DP)	1,9(±1,9)
Nº de moradores na residência, n(%)	
até 3 pessoas	136(61,3%)
> 3 pessoas	86(38,7%)
Fé/religião, n(%)	
sim	213(95,9%)
não	9(4,1%)
Possui plano/convênio particular de saúde, n(%)	
sim	68(30,6%)
não	154(69,4%)

*indireto, verificado através de apresentação de e-mail;

** vigente no Brasil em 2018: R\$954,00.

O salário mínimo vigente no período de coleta de dados era R\$954,00 no Brasil. O tempo de estudo prevalente (9 anos) corresponde ao ensino fundamental ou primário como era conhecido anteriormente. O ensino médio corresponde a mais 3 anos de estudo (12 no total), conhecido anteriormente como segundo grau.

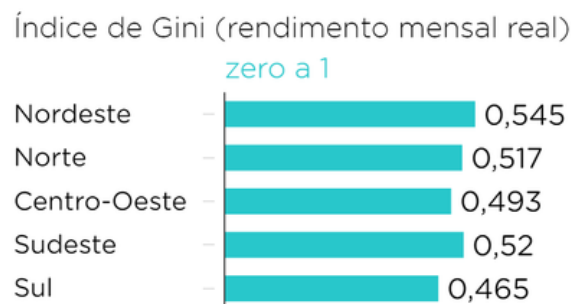
Como é possível observar na Tabela 1, apesar de 72,1% dos participantes informarem não estar trabalhando no momento da entrevista, também relataram renda pessoal de 2,8 salários mínimos em média; variáveis que parecem não corresponderem entre si. Isso ocorreu, pois, uma grande parte dos transplantados renais são beneficiários de auxílio doença ou aposentadoria por invalidez, o que corresponde geralmente a um salário mínimo apenas. No entanto, muitos informaram complementar sua renda com atividades informais. Ainda assim, tinham receio de informar o trabalho e acabarem perdendo o benefício.

Alguns entrevistados chegavam a perguntar diretamente se a resposta ao formulário poderia prejudicar seu benefício. Outros afirmaram não conseguir trabalho formal pois não “poderiam” ter a carteira de trabalho de trabalho assinada, já que eram beneficiários do auxílio.

O desvio padrão dessa variável foi de 3,7; mediana 1,3 e valores mínimos e máximo de 0 e 30,1 respectivamente. O que reflete a desigualdade na distribuição de renda entre a população, comum no país e principalmente na Região Norte.

Segundo o IBGE, em 2016 o ganho médio de uma pessoas que integra o grupo de 1% mais rico da população (889 mil pessoas) era equivalente a 36 vezes o ganho de uma pessoa que integra o grupo da metade mais pobre do país (44,4 milhões de pessoas), que ganhavam em média R\$747 por mês, menos que um salário mínimo. O índice de Gini, que é usado para medir a desigualdade e varia de 0 a 1, ficou em 0,525 no país em 2016. Já em relação as regiões do Brasil, a norte ficou em 2º lugar no quesito desigualdade, com índice de Gini igual a 0,517, enquanto a região com melhor índice foi a Sul com 0,465(VENTURINI, 2017).

Figura 4 – Índice de Gini das macrorregiões brasileiras segundo o IBGE/2016



Fonte: Jornal Nexo (2017).

Também foi possível observar, empiricamente (informalmente, no discurso dos participantes durante as entrevistas), que alguns receptores de enxerto renal acreditam não terem mais condições de saúde para o retorno a vida laborativa normal. Alguns verbalizaram durante as entrevistas que não poderiam retornar ao trabalho pois não devem fazer esforço físico, subir escadas, carregar peso, e acharem que trabalhar de forma regular pode oferecer riscos de perda da funcionalidade do enxerto.

Essas informações e receios são incondizentes com a literatura que aponta o transplante renal como medida terapêutica que mais aproxima o doente renal de uma vida normal, podendo voltar quase sempre as suas atividades rotineiras após a recuperação pós-cirúrgica e estabelecimento completo das funções do enxerto. A própria ABTO recomenda em seus manuais pós-Tx a execução lenta e progressiva de atividades físicas, sob orientação profissional, para uma melhor saúde e melhor funcionamento do enxerto, diminuindo os índices de rejeição e diminuindo a necessidade de imunossupressores. Em boa parte dos casos, os pacientes podem voltar a praticar inclusive musculação, devendo evitar principalmente esportes

em equipe, violentos e/ou traumáticos que possam provocar choques na região abdominal (ABTO, 2004) (ABTO, 2015).

Quanto a isso, destaca-se a importância da educação em saúde através da escuta e da detecção de demandas, buscando encontrar as necessidades de cada indivíduo e seu conhecimento sobre a patologia e suas perspectivas terapêuticas e prognósticas.

O formulário criado pelas autoras também foi utilizado para identificar características de saúde geral dos entrevistados, que pudessem estar relacionadas à sua qualidade de vida como observadas na Tabela 2. Essas informações foram coletadas apenas de forma autorrelatada, no intuito de padronizar os dados, visto que não haviam em todos os locais de entrevista instrumentos ou condições adequadas para a mensuração direta das variáveis.

Sendo assim, o IMC foi calculado a partir da altura e peso autorrelatados de cada entrevistado, e para sua classificação foram adotados os critérios do ministério da saúde (MS) onde $IMC \leq 18,5$ corresponde a baixo peso, IMC entre 18,5 e 24,9 corresponde a peso adequado, IMC entre 25 e 29,9 sobrepeso e $IMC \geq 30$ corresponde à obesidade (MS, 2009). Foi classificada como atividade física regular a prática de exercícios físicos pelo menos 3 vezes por semana. Já o consumo de bebidas alcoólicas só foi contabilizado quando a frequência era igual ou superior à uma vez por semana.

Para possibilitar a análise, os medicamentos utilizados rotineiramente além dos imunossupressores, foram classificados em categorias (Tabela 2) de acordo com a sua finalidade, já que foram coletados pelo nome (substância ativa ou marca comercial) que os entrevistados verbalizaram.

Tabela 2 - Características de saúde dos receptores de transplante renal no Amazonas (n=222), Manaus/AM, Brasil, 2019

Variáveis	Total
Foi internado no último ano?, n(%)	
sim	35(15,8%)
não	187(84,2%)
Índice de Massa Corpórea (IMC)*, média(±DP)	26,3(±4,6)
Classificação do IMC, n(%)	
Baixo peso	10(4,5%)
Peso adequado	84(38%)
Sobrepeso	77(34,8%)
Obesidade	50(22,6)
Classificação da última pressão arterial (PA) aferida*, n(%)	
Normal	113(52%)
Hipertensão	102(47,4%)
Pratica atividade física regularmente?, n(%)	
Sim	82(36,9%)
Não	140(63,1%)
Fuma?, n(%)	
Sim	0 (0%)
Não	222 (100%)

Consome bebidas alcoólicas?, n(%)	
Sim	16(7,2%)
Não	206(92,8%)
Comorbidades referidas, n(%)	
HAS	100(45%)
DM	51(23%)
Lupus	11(4,9%)
Perda visual	9(4,1%)
Psiquiátricas	8(3,6%)
Dislipidemia	7(3,2%)
Perda óssea	7(3,2%)
Nº de comorbidades, média(\pm DP)	1,2(\pm 1,3)
Categorias dos outros medicamentos utilizados, n(%)	
DM	45(20,3%)
Dislipidêmicos	31(14%)
Protetor gástrico	17(7,7%)
Cardíacos	13(5,9%)
Renais	11(5%)
Diuréticos	11(5%)
Psiquiátricos	8(3,6%)
Anticoagulantes	6(2,7%)
Anemia	4(1,8%)
HAS	4(1,8%)
Nº de outros medicamentos, n(%)	
Não faz uso de outros medicamentos	57(25,8%)
1 a 2 medicamentos	91(41,2%)
\geq 3 medicamentos	73(33%)
<hr/>	
*medidas autorreferidas	

Como é possível observar, a maioria (84,2%) dos transplantados renais não foi internada nos 12 meses que antecederam a data da entrevista, não fumavam (100%) e não consumiam bebidas alcólicas (92,8%). Porém, a mediana do IMC encontrada foi 25,7 tendo 16 e 42,3 como valores mínimo e máximo respectivamente, com isso, 38% tinham peso adequado e 57,4% (sobrepeso + obesidade) estavam acima do peso para a altura apresentada.

A média de comorbidades foi 1,2 com desvio padrão de 1,3, e dentre as comorbidades mais comuns destacam-se Hipertensão, Diabetes e Lupus. Com isso, 74,2% dos participantes faziam uso de medicamentos além dos imunossupressores. Dentre os medicamentos mais utilizados destacam-se aqueles para diabetes, dislipidemia, proteção gástrica e cardíacos.

Apesar de a maioria (52%) ter tido a última PA autorrelatada dentro dos padrões de normalidade, outros 47,4% tiveram a PA acima dos limites ideais. Mostrando que a hipertensão, uma das principais causas de doença renal crônica, ainda é um mal que acomete e demanda atenção entre os receptores de transplante renal.

A maioria dos entrevistados (63,1%) não praticavam atividade física, podendo corresponder à observação do receio de esforço físico comprometer o enxerto.

Em relação as características e história da doença renal crônica de cada participante do estudo, foram avaliados o tempo de DRC, a origem da doença, o tipo e o tempo de terapia

dialítica utilizada pré-Tx e se participava de algum grupo de apoio relacionado a doença renal no período da pesquisa. Os dados estão descritos na tabela a seguir (Tabela 3).

Tabela 3 – História da doença renal crônica (DRC) dos receptores de transplante renal no Amazonas (n=222), Manaus/AM, Brasil, 2019

Variáveis	Total
Tempo de DRC em anos, média(\pm DP)	13,5(\pm 6,7)
Classificação do tempo de DRC, n(%)	
\leq 10 anos	84(37,8%)
11 a 20 anos	104(46,8%)
\geq 21 anos	34(15,3%)
Origem da DRC, n(%)	
HAS	72(32,4%)
DM	11(5%)
HAS+DM	6(2,7%)
Nefropatia	38(17,1%)
Desconhecida	29(13,1%)
Outras	66(29,7%)
Fez diálise peritoneal (DP)?, n(%)	
Sim	37(16,7%)
Não	185(83,3%)
Tempo de diálise peritoneal, n(%)	
Não fez DP	185(83,3%)
Até 1 ano de DP	21(9,5%)
> 1 ano de DP	16(7,2%)
Fez hemodiálise (HD)?, n(%)	
Sim	208(94,1%)
Não	13(5,9%)
Tempo de hemodiálise, n(%)	
Até 1 ano de HD	80(36,2%)
1 a 3 anos de HD	85(38,5%)
> 3 anos de HD	56(25,3%)
Tempo total de diálise (HD+DP) em meses, média(\pm DP)	36,3(\pm 37)
Categorização do tempo total de diálise, n(%)	
Até 1 ano de diálise	62(28,1%)
1 a 3 anos de diálise	93(42,1%)
> 3 anos de diálise	66(29,9%)
Participa de algum grupo, associação ou organização comunitária relacionada à doença renal?, n(%)	
Sim	63 (28,4%)
Não	159 (71,6%)

O tempo médio de DRC, que contabiliza o tempo desde o primeiro diagnóstico de doença renal crônica até o momento da entrevista, variou de 2 a 37 anos, com mediana 12,0[8,2;18,0] anos e média de 13,5(\pm 6,7) anos; o que nos mostra a grande variedade de tempo de doença entre os participantes do estudo. Estando a maioria deles (46,8%) no intervalo de 11 a 20 anos de DRC.

A maior parte dos entrevistados teve como origem da doença a hipertensão arterial sistêmica isolada (32,4%) ou associada a DM (2,7%), dado este que corrobora o de diversos outros estudos(ÁLVARES *et al.*, 2012)(LEITE *et al.*, 2018)(ROESLER; BUCCHARLES; PAULA, 2016).

A terapia dialítica mais utilizada anteriormente ao transplante pelos entrevistados foi a hemodiálise (94,1%), apenas 16,7% dos participantes chegou a fazer uso da diálise peritoneal. Uma pesquisa realizada na Polônia demonstrou que apesar de a QV se mostrar superior entre os transplantados, entre os pacientes em diálise, aqueles que faziam uso da DP tinham qualidade de vida superior aos em HD em todos os domínios do SF-36 e em quase todos os domínios do KDQOL, excetuando-se o domínio “situação de trabalho” e “função cognitiva”(CZYŻEWSKI *et al.*, 2014). Contudo, os achados do estudo atual são reflexo da predominância da hemodiálise como terapia dialítica de eleição no cenário brasileiro(ALVARES *et al.*, 2013).

No que se refere ao tempo total de diálise pré-transplante, a mediana foi de 24,0[12,0:48,0] meses, variando no todo entre 0 e 182 meses. Em relação ao tempo em anos, 42,1% dos transplantados tiveram entre 1 e 3 anos de terapia dialítica antes do Tx.

No período da coleta, apesar de haver uma associação estadual de transplantados renais com sede na capital e grupo virtual de apoio por redes sociais, 71,6% dos entrevistados afirmaram não participar de qualquer grupo ou associação no período da pesquisa.

No que se refere ao transplante renal em si, foram avaliadas a idade no momento do transplante (para pacientes que receberam mais de um Tx foi considerado o atual), tempo de transplantado no momento da entrevista, tipo de doador do órgão, tempo em fila de espera para o procedimento cirúrgico, local (Cidade/Estado) de realização do enxerto, tipo e avaliação do serviço que acompanha atualmente o transplante e imunossupressores utilizados (Tabela 4).

Tabela 4 – Características e história do transplante renal em receptores do Amazonas (n=222), Manaus/AM, Brasil, 2019

Variáveis	Total
Idade no momento do transplante, média(±DP)	37,3(±12,2)
Tempo em meses do Tx, média (±DP)	97,9(±61,3)
Tempo em anos do Tx, n(%)	
Até 10 anos de transplantado	157(70,7%)
10 a 20 anos de transplantado	56(25,2%)
> 20 anos de transplantado	9(4,1%)
Tipo de doador do Tx, n(%)	
Familiar	110(49,5%)
Vivo	35(15,8%)
Falecido	77(34,7%)
Tempo de espera para o Tx, n(%)	
Não esperou	96(45,3%)
Até 1 ano de espera	58(27,4%)
1 a 3 anos de espera	29(13,7%)
> 3 anos de espera	29(13,7%)
Principais locais do Tx, n(%)	
Manaus/AM	175(78,8%)
Fortaleza/CE	14(6,3%)
São Paulo/SP	24(10,8%)
Outros	9(4,1%)
Tipo do serviço pós-Tx, n(%)	
Público	171(77%)

Privado	51(23%)
Avaliação do serviço pós-Tx atual, média(\pm DP)	
Público	9,1(\pm 1,2)
Privado	9,2(\pm 1,1)
Uso de imunossuppressores, n(%)	
Azatioprina	52(23,4%)
Micofenolato de Sódio	118(53,2%)
Micofenolato de Mofetila	8(3,6%)
Prednisona	188(84,7%)
Sirolimo	47(21,2%)
Tacrolimo	146(65,8%)
Everolimo	10(4,5%)
Ciclosporina	9(4,1%)
Nº de imunossuppressores, média(\pm DP)	2,8(\pm 0,5)

No que se refere à idade no momento do Tx, os participantes tinham em média 37,3(\pm 12,2) anos quando receberam o enxerto renal. A mediana para esta variável foi de 37,0[27,7;45,3], sendo a menor idade identificada de 12 anos e a maior de 67 anos. Estudo publicado em 2007 demonstrou a importância do fator idade no que se refere as chances de realizar o primeiro transplante e que a cada incremento de 1 ano na idade do doente renal há um aumento de 4% no risco de óbito, mostrando que quanto maior a idade, maior é o risco de falecimento do portador de doença renal crônica em estágio terminal (CUNHA *et al.*, 2007).

Houve uma variância muito grande no que diz respeito ao tempo de transplantado, indo de 3 a 372 meses, com mediana de 81,5[51,5;131,5]. Apesar disso, podemos observar através do quartil Q1 que 75% dos entrevistados tinham pelo menos 4,2 anos de transplante. Isso se deve ao longo período que o serviço estadual de transplante renal do Amazonas vem sendo desestruturado, sem a realização deste tratamento há mais de 2 anos. Apenas 4,1% dos entrevistados tinham mais de 20 anos de transplante. Os transplantes mais recentes encontrados na amostra foram realizados em outras capitais do Brasil, tendo São Paulo/SP sediado 10,8% dos transplantes entre os participantes.

Após o transplante, 77% dos participantes fazem acompanhamento num serviço público de saúde, e quanto à avaliação desses serviços, houve ínfima diferença entre o público e o privado com notas médias de 9,1 e 9,2 respectivamente, segundo os entrevistados.

Entre as drogas mais utilizadas para imunossupressão pós-transplante, com a função de evitar a rejeição do enxerto destacam-se a prednisona (84,7%), o tacrolimo (65,8%) e o micofenolato de sódio (53,2%). Já em relação ao número de imunossuppressores utilizados por cada respondente, 73% faziam uso de 3 drogas concomitantes e 24,2% usavam duas drogas. Estudo realizado em São Paulo entre 2014 e 2015 encontrou valores muito similares no que diz respeito às drogas e ao número de imunossuppressores utilizados (LEITE *et al.*, 2018).

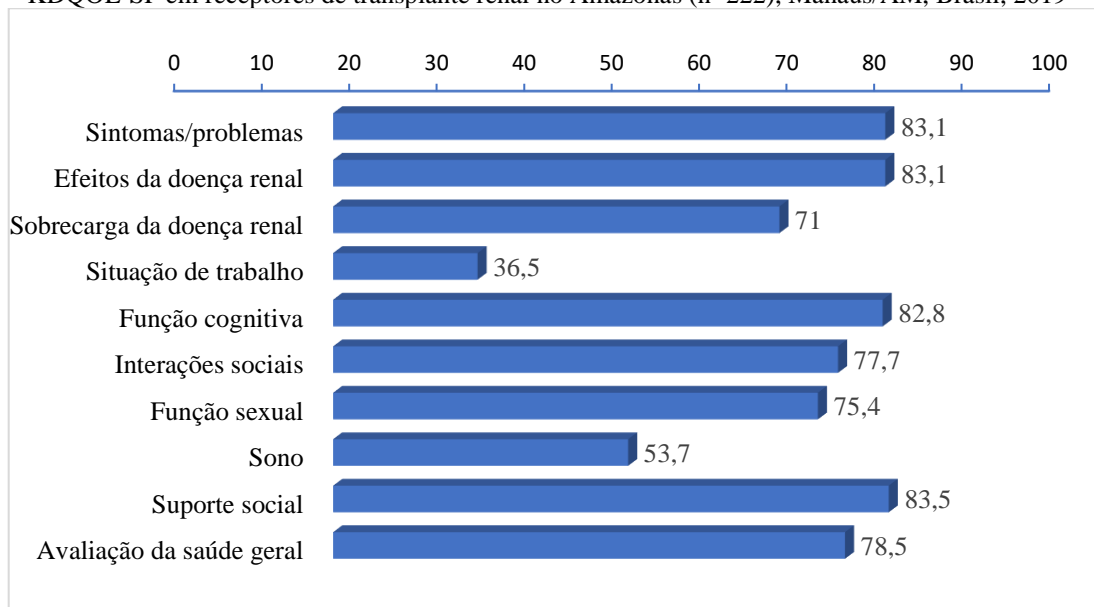
Já outro estudo realizado entre 2010 e 2011 na Noruega encontrou a predominância (43%) do esquema ciclosporina + micofenolato e de mofetila + prednisolona (VON DER LIPPE *et al.*, 2016).

Uma pesquisa chegou a demonstrar que a azatioprina associada ao tacrolimo, em comparação às demais associações, se mostrou superior ($\pm 10\%$) quando analisada a sobrevivência do enxerto entre receptores de rim de doador vivo (SCHOLD; KAPLAN, 2009). No estudo aqui apresentado a azatioprina era utilizada por 23,4% dos transplantados renais.

4.2. Qualidade de Vida específica dos receptores de Tx (KDQOL)

A parte específica do KDQOL-SF é composta por 11 dimensões e 1 escore de avaliação da saúde geral computado a parte. Na Figura 5 são apresentados os escores das 9 dimensões aplicáveis a pacientes pós-Tx e do escore geral de saúde.

Figura 5 – Escores de qualidade de vida das dimensões específicas da doença renal através do KDQOL-SF em receptores de transplante renal no Amazonas (n=222), Manaus/AM, Brasil, 2019



Fonte: As autoras (2019).

Como é possível observar no gráfico anterior (Figura 5), a dimensão específica da DRC mais prejudicada dentre os participantes foi a *Situação de Trabalho* com escore 36,5. Isto condiz com o fato de que 72,1% dos entrevistados afirmaram não estar trabalhando. Os itens que compõem essa dimensão são as perguntas: “Durante as últimas 4 semanas, você recebeu dinheiro para trabalhar?” e “Sua saúde o impossibilitou de ter um trabalho pago?”.

Diversos outros estudos sobre a temática também encontraram a dimensão *Trabalho* entre as mais afetadas em transplantados renais como um realizado no Rio Grande do Sul com escore 45,6 (BEBER; FONTELA; HERR, 2017) e em outros países como Polônia com 53,8

(CZYŻEWSKI *et al.*, 2018), Noruega com 45,0 (VON DER LIPPE *et al.*, 2016) e EUA com 65,6 (MADARIAGA *et al.*, 2016).

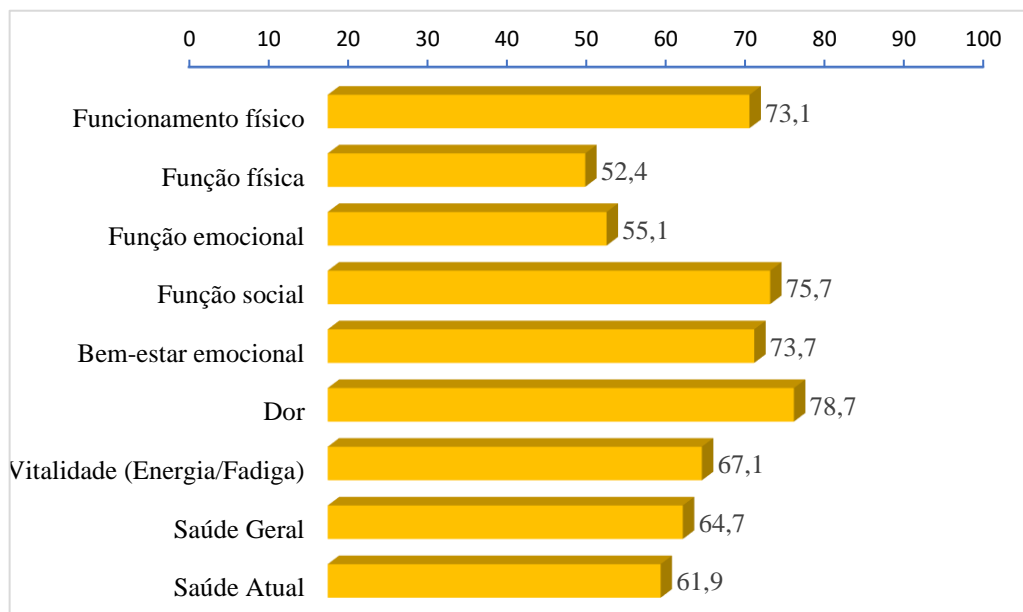
A segunda dimensão mais comprometida foi *Sono* com escore 53,7. Ela é composta por itens formados pelas questões: “Em uma escala de 0 a 10 como você avaliaria seu sono em geral?”, “Durante as 4 últimas semanas, com que frequência você: acordou durante a noite e teve dificuldade para voltar a dormir? Dormiu pelo tempo necessário? Teve dificuldade para ficara acordado durante o dia?”.

Quanto à dimensão *Sono*, o presente estudo teve escore inferior a todos os outros publicados utilizando o KDQOL-SF em transplantados renais, incluindo o outro estudo brasileiro (BEBER; FONTELA; HERR, 2017) e os internacionais (KOSTRO; HELLMANN; KOBIELA, 2016) (JANSZ *et al.*, 2018) (VON DER LIPPE *et al.*, 2016) (UJSZASZI *et al.*, 2012) (BAROTFI *et al.*, 2006) (MADARIAGA *et al.*, 2016) (BAROTFI *et al.*, 2006), dentre os quais, o menor escore observado foi na Inglaterra com 59,0 (BAKEWELL; HIGGINS; EDMUNDS, 2001).

4.3. Qualidade de Vida genérica dos receptores de Tx (SF-36)

A parte genérica do KDQOL-SF que corresponde ao SF-36 é composta por 8 dimensões de qualidade de vida relacionada à saúde e 1 escore que avalia a saúde atual, computado à parte. É um dos instrumentos de QV mais utilizados na atualidade e os resultados de sua aplicação na população de transplantados do Amazonas é descrito a seguir (Figura 6).

Figura 6 – Escores de qualidade de vida das dimensões genéricas (SF-36) da doença renal através do KDQOL-SF em receptores de transplante renal no Amazonas (n=222), Manaus/AM, Brasil, 2019



Fonte: As autoras (2019).

Como podemos observar, de forma geral, os participantes tiveram melhores pontuações nos domínios específicos da DRC do que nos domínios genéricos. Isso nos remete a importância da avaliação de QV através de instrumentos construídos especificamente para populações com peculiaridades em saúde, como é o caso dos portadores de doenças crônicas.

Na parte genérica do instrumento, a dimensão mais comprometida foi a *Função Física* com escore total de 52,4. Essa dimensão é composta por 4 itens formados pelos seguintes questionamentos: “Você tem tido algum dos problemas seguintes com seu trabalho ou outras atividades habituais, devido a sua saúde física: Você reduziu a quantidade de tempo que passa trabalhando ou em outras atividades? Fez menos coisas do que gostaria? Sentiu dificuldade no tipo de trabalho que realiza ou outras atividades? Teve dificuldade para trabalhar ou para realizar outras atividades (precisou fazer mais esforço)?”. Com isso, observa-se que esta dimensão tem relação com o trabalho e atividades rotineiras, e talvez esteja comprometida em consequência da falta de trabalho assim como a dimensão *Situação de Trabalho* da parte específica do instrumento; indicando que possivelmente essas dimensões estejam relacionadas entre si.

Quando comparado este resultado ao de outros estudos semelhantes, observa-se que é comum o comprometimento da *Função Física* em transplantados renais, como foi identificado na Polônia(KOSTRO; HELLMANN; KOBIELA, 2016)(CZYŻEWSKI *et al.*, 2018)(ZIAJA *et al.*, 2009)(CZYŻEWSKI *et al.*, 2014) e na Noruega(LIPPE *et al.*, 2014); assim como um estudo brasileiro realizado no interior de São Paulo(RAVAGNANI; DOMINGOS; MIYAZAKI, 2007) e outro em Teresina/PI(COSTA; NOGUEIRA, 2014).

Excetuam-se à essa situação um estudo realizado em Massachusetts nos EUA(MADARIAGA *et al.*, 2016), outro realizado na Hungria(UJSZASZI *et al.*, 2012), um em Bangladesh(HOSSAIN *et al.*, 2015) e o estudo brasileiro realizado no interior do Rio Grande do Sul(BEBER; FONTELA; HERR, 2017) que alcançou escore 63,0 na dimensão *Função Física*.

Ainda com um escore destoante do demais, podemos observar a *Função Emocional* com pontuação 55,1. Esta dimensão é composta pelos itens das questões: “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): Reduziu a quantidade de tempo que passa trabalhando ou em outras atividades? Fez menos coisas do que gostaria? Trabalhou ou realizou outras atividades com menos atenção do que de costume?”.

Esta função aponta para possíveis prejuízos nas questões emocionais e mentais dos entrevistados. E se faz necessário lembrar que fatores de risco para o acometimento da saúde mental foram identificados durante a caracterização da clientela, como IMC acima do limite esperado (57,4%), PA elevada na última aferição autorrelatada (47,4%) e consumo de bebidas alcoólicas (7,2%) apesar de doença renal crônica. Além disso, 8(3,6%) dos entrevistados afirmaram diagnóstico e utilização de medicamentos psiquiátricos controlados.

Durante a condução da entrevista e do desenrolar das questões envolvendo bem-estar emocional, alguns participantes demonstraram estar em sofrimento, alguns choraram, outros apontaram a necessidade de um serviço de psicologia específico e, ainda de forma mais sutil, demonstraram viver com medo exacerbado. Medo de perder o enxerto, dúvidas sobre o tempo de duração do enxerto, medo do adoecimento e da falta de um serviço de pronto atendimento de referência para os receptores de Tx, medo da falta de medicamentos imunossuppressores – caros e fundamentais para a manutenção do enxerto funcionante, medo de voltar à diálise, dos efeitos colaterais dos medicamentos e do próprio enxerto, entre outros.

Ao comparar o escore da dimensão *Função Emocional* do presente ao dos demais estudos brasileiros encontrados utilizando o SF-36 em transplantados renais, observa-se que o estado do Amazonas possui a menor pontuação: 55,1; enquanto Teresina/PI apresentou escore 56,5(COSTA; NOGUEIRA, 2014), São José do Rio Preto/SP apresentou 60,76(RAVAGNANI; DOMINGOS; MIYAZAKI, 2007) e Ijuí/RS apresentou 70,8 (BEBER; FONTELA; HERR, 2017). A maior parte dos estudos internacionais encontrados também obtiveram pontuação maior à encontrada no Amazonas, com exceção de um realizado em Bangladesh(HOSSAIN *et al.*, 2015) com escore 46 e outro realizado Polônia(CZYŻEWSKI *et al.*, 2014) com escore 37,3.

Em relação a esses dois últimos subtópicos (4.2 e 4.3) descritos neste trabalho, um artigo original foi produzido e submetido à Revista Latino Americana de Enfermagem (ReLAE) sobre a análise descritiva da qualidade de vida dos receptores de transplante renal no Amazonas através do KDQOL-SF (ANEXO F).

4.4. Fatores relacionados à qualidade de vida em transplantados renais

Ainda são poucos os estudos que buscaram descobrir os fatores que influenciam ou estão relacionados à QV em portadores de DRC, principalmente após o Tx, já que a maioria desses estudos tem como foco pacientes em diálise. Esses estudos já demonstraram que o sexo, escolaridade, ocupação, apoio social, prática religiosa, parceiro conjugal, percepção do estado geral de saúde, renda familiar, comorbidades, níveis de hemoglobina/hematócrito e albumina,

etc. estão relacionados à QV dos pacientes renais em diálise(PAN *et al.*, 2019)(GESUALDO *et al.*, 2017) (KEFALE *et al.*, 2019).

Um outro estudo mostrou que sexo, idade elevada, escolaridade, situação financeira, interesse por sexo, aceitação da doença e queixas físicas relacionadas à diálise afetaram o domínio físico de qualidade de vida; enquanto todas essas variáveis excetuando-se o sexo foram relacionadas ao domínio psicológico de QV em pacientes em hemodiálise. A maioria dessas variáveis também influenciou nos domínios social e ambiental, todos medidos pelo *WHOQOL-BREF* da OMS(JANKOWSKA-POLAŃSKA *et al.*, 2016).

Além disso, uma pesquisa utilizando o KDQOL-SF em pacientes em HD observou correlação entre dor, cansaço, falta de bem-estar e depressão com a medida de composição mental; e fadiga e falta de ar com a medida de composição física. Mudanças na depressão, ansiedade, cansaço e na falta de apetite foram associadas a mudanças na QV mental pós-seguimento; e mudanças na dor, cansaço e falta de apetite foram associadas a mudanças no aspecto físico da QV no seguimento após 6 meses(DAVISON; JHANGRI, 2010).

Já outros estudos, geralmente com amostras pequenas, não conseguiram detectar associação entre fatores sociodemográficos e clínicos ou da história da DRC com os valores de QV obtidos, isso provavelmente se deve as amostras de tamanho insuficiente utilizadas nos mesmos, todos com $n < 70$ (TONG *et al.*, 2013)(MADARIAGA *et al.*, 2016)(MADARIAGA *et al.*, 2016)(MENDONÇA *et al.*, 2014).

Partindo desta lacuna e deficiência na literatura, buscou-se, no estudo que aqui se apresenta, identificar fatores sociais, demográficos, clínicos/de saúde e da história da doença renal e do próprio Tx que pudessem estar relacionados a qualidade de vida (genérica e específica) dos receptores de transplante renal no Amazonas.

Nas tabelas 5, 6, 7 e 8 que se seguem são apresentadas as análises univariadas dessas características em relação a cada domínio específico do KDQOL e nas tabelas 8, 9, 10 e 11 dessas mesmas variáveis em relação a cada domínio genérico do KDQOL(SF-36). Teste t foi utilizado quando as variáveis dependentes testadas eram dicotômicas, e ANOVA foi utilizada quando as variáveis eram politômicas. Valores de $p < 0,05$ foram considerados como indicadores de significância estatística ou seja, foi adotado um intervalo de confiança de 95%(FERREIRA; PATINO, 2015).

4.4.1. Análise descritiva e univariada dos domínios específicos do KDQOL

Tabela 5 – Análise descritiva e univariada das condições sociodemográficas e econômicas dos receptores de Tx-renal em cada domínio específico do KDQOL. n=222, Manaus/AM, Brasil, 2019 (Teste t e ANOVA)

Variáveis sociodemográficas e econômicas	Lista de sintomas e problemas	Efeitos da DRC	Sobrecarga da DRC	Situação de Trabalho	Função Cognitiva	Qualidade das Interações Sociais	Função Sexual	Sono	Suporte Social	Saúde Geral
Sexo										
Masculino (n=134)	85,7 (13,5)	84,6 (16)	70,7 (28)	41,0 (39,7)	86,0 (17,4)	79,7 (19,9)	81,4 (23)	54,9 (17,7)	86,6 (19,3)	78,6 (17,7)
Feminino (n=88)	79,1 (15,1)	80,6 (16,4)	71,4 (30,2)	29,5 (39,9)	77,9 (20,9)	74,7 (21,6)	66,2 (26,2)	51,9 (16,4)	78,8 (27,1)	78,4 (15,4)
p	0,001**	0,074	0,866	0,036**	0,002**	0,08	<0,001**	0,197	0,013**	0,94
Faixa etária										
≤40 (n=85)	83,7 (13,9)	82,4 (16,3)	68,2 (29,1)	43,5 (42,1)	80,9 (19,9)	75,8 (21,2)	76,8 (25,3)	52,1 (15,9)	82,0 (22,7)	80,5 (15,9)
41 a 50 (n=65)	82,5 (15,8)	84,3 (16,3)	73,4 (25,1)	35,4 (41,2)	83,1 (20,6)	78,3 (21,1)	80,0 (25)	53,6 (19)	80,5 (25,3)	74,0 (17)
>50 (n=72)	82,9 (14,1)	82,7 (16,4)	72,1 (31,7)	29,2 (35,4)	84,7 (17,2)	79,4 (19,7)	69,6 (25,2)	55,8 (17,1)	88,0 (20,6)	80,3 (17)
p	0,871	0,768	0,505	0,078	0,453	0,553	0,047**	0,399	0,123	0,035**
Acesso à internet										
sim (n=106)	82,1 (14,7)	83,0 (17)	76,5 (24,9)	49,5 (42,3)	80,6 (20,1)	75,8 (20,7)	78,4 (25,7)	53,8 (16,4)	77,4 (25,3)	76,3 (16)
não (n=116)	84,0 (14,3)	83,1 (15,7)	65,9 (31,3)	24,6 (33,9)	84,7 (18,4)	79,4 (20,6)	72,6 (24,9)	53,6 (18,1)	89,1 (19)	80,5 (17,3)
p	0,331	0,936	0,006**	<0,001**	0,115	0,191	0,09	0,935	<0,001**	0,063
Religião										
católica (n=96)	84,5 (15,1)	85,3 (15,8)	70,0 (30,9)	42,2 (40,6)	86,6 (16,8)	78,1 (21,5)	76,6 (23,9)	53,6 (17,2)	85,1 (24,2)	80,0 (16,5)
protestante (n=110)	83,2 (12,4)	82,7 (15,3)	72,2 (27,7)	33,2 (40,2)	80,7 (19,6)	78,0 (18,9)	73,8 (27,1)	55,0 (16,3)	83,2 (20,4)	78,1 (16,7)
espírita (n=5)	90,5 (7,8)	82,5 (32,4)	83,8 (23,6)	50,0 (35,4)	89,3 (20,3)	90,7 (7,6)	75,0 (25)	64,0 (16,2)	90,0 (22,4)	88,0 (13)
sem religião (n=8)	66,2 (19)	62,1 (11,6)	55,5 (22,3)	12,5 (23,1)	69,2 (26,7)	64,2 (33,8)	87,5 (18,9)	34,2 (20)	60,4 (34,4)	63,8 (19,2)
ateu (n=1)	34,1 ()	90,6 ()	75,0 ()	50,0 ()	26,7 ()	46,7 ()	50,0 ()	21,0 ()	83,3 ()	60,0 ()
outra (n=2)	80,7 (11,2)	78,1 (4,4)	78,1 (22,1)	0,0 (0)	80,0 (0)	80,0 (0)	75,0 (35,4)	59,8 (3,9)	100,0 (0)	75,0 (7,1)
p	<0,001**	0,007**	0,589	0,16	0,002**	0,171	0,63	0,005**	0,074	0,076
Fé										
sem fé/religião (n=9)	62,6 (20,8)	65,3 (14,4)	57,6 (21,8)	16,7 (25)	64,4 (28,7)	62,2 (32,1)	83,3 (21,7)	32,8 (19,2)	63,0 (33,1)	63,3 (18)
com fé/religião (n=213)	84,0 (13,6)	83,8 (15,9)	71,5 (29)	37,3 (40,4)	83,5 (18,5)	78,3 (19,9)	75,1 (25,5)	54,6 (16,6)	84,3 (22,1)	79,2 (16,5)
p	<0,001**	0,001**	0,157	0,13	0,003**	0,022**	0,34	<0,001**	0,006**	0,005**
Escolaridade										
Até 9 anos de estudo (n=77)	80,6 (16,1)	82,1 (16,5)	63,8 (31,5)	20,8 (32,8)	82,4 (19,3)	74,6 (23,3)	75,2 (25,8)	52,2 (18,9)	86,1 (19,2)	81,0 (18,5)
10 a 12 anos de estudo (n=75)	83,7 (13,2)	82,2 (15,4)	69,8 (28,7)	30,0 (34,9)	85,6 (16,2)	80,2 (19,5)	74,0 (25,3)	55,8 (16,8)	84,2 (26,3)	76,9 (15,9)
>= 13 anos de estudo (n=70)	85,2 (13,8)	84,9 (17)	80,1 (23,4)	60,7 (41,6)	80,1 (21,8)	78,4 (18,5)	77,1 (25,4)	53,2 (15,8)	79,8 (22,9)	77,4 (15,6)
p	0,139	0,515	0,002**	<0,001**	0,224	0,241	0,756	0,425	0,23	0,26
Cor/raça										
branca (n=37)	86,3 (14,8)	84,9 (14,3)	76,0 (23,9)	43,2 (42,8)	85,0 (22,6)	78,2 (21,6)	72,0 (24,5)	54,7 (16,1)	80,2 (30,1)	75,9 (18,5)

Variáveis sociodemográficas e econômicas	Lista de sintomas e problemas	Efeitos da DRC	Sobrecarga da DRC	Situação de Trabalho	Função Cognitiva	Qualidade das Interações Sociais	Função Sexual	Sono	Suporte Social	Saúde Geral
parda (n=165)	83,2 (13,5)	83,2 (16,7)	70,4 (29,7)	36,1 (40)	82,7 (17,7)	78,9 (19,4)	75,8 (25,2)	53,7 (17,3)	85,2 (20,4)	79,6 (16,7)
preta (n=16)	75,7 (21,1)	80,1 (17,5)	67,2 (31,1)	31,2 (35,9)	85,0 (23,2)	67,1 (26,2)	78,9 (30,2)	53,0 (20)	78,1 (20,8)	75,0 (13,7)
amarela (n=4)	78,4 (13,2)	71,1 (9,3)	64,1 (28,1)	12,5 (25)	55,0 (14,8)	65,0 (29)	75,0 (28,9)	46,8 (20,2)	66,7 (47,1)	70,0 (14,1)
p	0,093	0,367	0,638	0,429	0,028**	0,096	0,796	0,854	0,2	0,344
Município de procedência										
Manaus (n=97)	83,9 (15,9)	82,4 (16)	72,7 (28,5)	42,3 (41,7)	81,7 (20,4)	76,7 (21,2)	75,8 (24,9)	53,4 (17,6)	83,3 (25,5)	77,6 (16,8)
Interior do Amazonas (n=71)	82,2 (13,5)	84,8 (16,1)	69,2 (27,8)	28,2 (38,5)	82,3 (20,5)	80,4 (17,7)	76,9 (24,7)	53,2 (16,3)	86,6 (18,8)	80,7 (17,7)
Outro Munic./Estado (n=54)	82,7 (13,2)	82,0 (17,1)	70,1 (31)	37,0 (37,8)	85,2 (15,2)	75,9 (23,1)	72,7 (27,4)	55,0 (18,1)	79,6 (23)	77,2 (15,6)
p	0,739	0,556	0,713	0,078	0,558	0,405	0,64	0,816	0,242	0,408
Situação Conjugal										
Sozinho (n=90)	81,9 (15)	84,9 (14,8)	74,4 (26,2)	33,9 (38,8)	79,9 (22,5)	75,9 (22,7)	68,8 (24,7)	53,2 (16,9)	82,0 (26,1)	80,4 (16,1)
Com cônjuge (n=132)	83,9 (14,1)	81,8 (17,1)	68,6 (30,4)	38,3 (40,9)	84,7 (16,5)	78,9 (19,2)	79,9 (24,9)	54,1 (17,5)	84,5 (20,6)	77,2 (17,1)
p	0,333	0,172	0,139	0,426	0,063	0,295	0,001**	0,724	0,44	0,157
Está trabalhando?										
Sim (n=62)	85,6 (14,4)	84,6 (16,8)	77,4 (24,1)	73,4 (33,5)	83,8 (19)	81,1 (16,2)	79,2 (25,7)	54,5 (16,3)	82,3 (23,4)	79,8 (14,5)
Não (n=160)	82,1 (14,5)	82,5 (16,1)	68,5 (30,2)	22,2 (32,6)	82,4 (19,4)	76,4 (22)	73,9 (25,2)	53,4 (17,6)	84,0 (22,9)	78,0 (17,6)
p	0,109	0,386	0,038**	<0,001**	0,631	0,129	0,161	0,683	0,622	0,465
Renda pessoal em salários mín.*										
Até 1 salário mínimo (n=71)	79,8 (14,7)	80,1 (15,7)	66,5 (33)	21,8 (35,6)	81,7 (19,8)	75,6 (21,1)	73,9 (26,2)	51,6 (18,2)	81,2 (24,9)	79,0 (18,1)
1 a 3 salários mínimos (n=58)	81,5 (14,5)	82,2 (16,8)	71,7 (29,1)	34,5 (37,7)	80,6 (19,3)	72,4 (22,2)	81,2 (22,1)	51,6 (18,5)	80,7 (26,1)	77,9 (16,3)
>3 salários mínimos (n=50)	84,0 (13,2)	82,2 (18,6)	78,8 (26,3)	60,0 (40,4)	83,7 (17,9)	81,3 (16,4)	77,0 (25,9)	57,1 (13,2)	82,3 (21,1)	76,6 (15,6)
p	0,290	0,718	0,088	<0,001**	0,689	0,075	0,255	0,157	0,942	0,741
Renda familiar em salários mín.*										
Até 1 salário mínimo (n=42)	79,9 (15,5)	79,5 (15,9)	64,1 (32,4)	20,2 (33,2)	79,4 (20,3)	71,7 (24,6)	69,0 (25,2)	50,5 (19,9)	78,6 (27,1)	78,6 (18,4)
1 a 3 salários mínimos (n=75)	80,1 (15,7)	81,5 (16,3)	70,7 (29,5)	32,0 (37,3)	84,2 (17,8)	78,2 (18,5)	80,3 (25,1)	52,1 (18,3)	82,2 (24,6)	77,3 (17)
> 3 salários mínimos (n=67)	84,5 (12,6)	82,6 (18)	78,4 (26,4)	50,7 (42,2)	81,6 (20)	78,6 (18,6)	77,2 (25,5)	55,8 (14,1)	83,3 (19,7)	77,3 (15,9)
p	0,13	0,661	0,043**	<0,001**	0,414	0,17	0,069	0,244	0,579	0,916
Número de filhos										
Sem filhos (n=68)	84,6 (13,2)	84,4 (17)	69,0 (28,6)	35,3 (37,7)	81,4 (19,8)	78,0 (19,4)	75,9 (24,1)	54,9 (16,5)	81,6 (24,5)	78,7 (16,7)
1 a 2 filhos (n=92)	82,5 (15,6)	82,8 (15,6)	72,4 (27,4)	40,2 (42,1)	82,6 (19,6)	77,1 (21,5)	74,7 (27,1)	52,5 (17,4)	82,2 (24,4)	77,3 (17,1)
3 ou mais filhos (n=62)	82,3 (14,3)	81,9 (16,6)	71,1 (31,4)	32,3 (39,6)	84,5 (18,2)	78,2 (21)	75,8 (24,6)	54,3 (18)	87,4 (18,5)	80,2 (16,5)
p	0,603	0,662	0,772	0,463	0,648	0,939	0,948	0,66	0,29	0,579
Nº de moradores na residência										
Até 3 pessoas (n=136)	82,3 (14,3)	81,7 (17,5)	70,2 (29,4)	39,7 (41,3)	83,0 (17,8)	78,2 (21,1)	75,3 (25,8)	53,5 (17,3)	81,2 (24,5)	78,8 (17,4)
> 3 pessoas (n=86)	84,3 (14,8)	85,2 (13,9)	72,2 (28,1)	31,4 (37,6)	82,4 (21,4)	76,9 (20,1)	75,6 (24,8)	54,1 (17,2)	87,0 (20)	78,1 (15,8)

Variáveis sociodemográficas e econômicas	Lista de sintomas e problemas	Efeitos da DRC	Sobrecarga da DRC	Situação de Trabalho	Função Cognitiva	Qualidade das Interações Sociais	Função Sexual	Sono	Suporte Social	Saúde Geral
p	0,322	0,116	0,604	0,132	0,825	0,652	0,931	0,803	0,068	0,792
Possui plano/convênio particular de saúde?										
Sim (n=68)	84,1 (14)	81,8 (17,8)	72,9 (26,8)	52,9 (43,9)	81,2 (20,2)	75,9 (19,4)	80,5 (23,6)	54,3 (16,6)	80,1 (24,5)	75,6 (15,8)
Não (n=154)	82,7 (14,7)	83,6 (15,6)	70,1 (29,7)	29,2 (36)	83,5 (18,8)	78,5 (21,2)	73,1 (25,9)	53,5 (17,6)	85,0 (22,2)	79,8 (17,1)
p	0,509	0,432	0,513	<0,001**	0,416	0,388	0,046**	0,731	0,151	0,084

*salário mínimo vigente no Brasil em 2018: R\$954

**p-valor <0,005

Como é possível observar, a maioria dos fatores sociodemográficos e econômicos foi relacionada à alguma das dimensões de qualidade de vida específicas da doença renal. Dentre essas variáveis, Fé – ter ou não alguma religião ou crença – foi a que influenciou mais domínios (7/10) do KDQOL, excetuando-se os domínios *Sobrecarga da Doença*, *Situação de Trabalho* e *Função Sexual*. Já nos domínios *Lista de sintomas e problemas* e *Sono* os transplantados com alguma fé/religião tiveram pontuações significativamente maiores do que aqueles sem fé/religião com p -valor $<0,001$.

A variável sexo também influenciou metade (5/10) dos domínios, sendo que na *Função Sexual* as mulheres tiveram escores significativamente piores que os homens, com p -valor $<0,001$. Já o município de procedência, o número de filhos e o número de moradores na residência não tiveram associação significativa com nenhum dos domínios específicos do KDQOL nos transplantados renais.

Na tabela 6, são exibidas as associações entre as características de saúde dos entrevistados e os domínios de QV específicos do KDQOL.

Tabela 6 – Análise descritiva e univariada das características de saúde dos receptores de Tx-renal em cada domínio específico do KDQOL. n=222, Manaus/AM, Brasil, 2019 (Teste t e ANOVA)

Características de Saúde	Lista de sint e prob.	Efeitos da DRC	Sobrecarga da DRC	Situação de Trabalho	Função Cognitiva	Qualidade das Inter Sociais	Função Sexual	Sono	Suporte Social	Saúde Geral
Foi internado no último ano?										
Sim (n=35)	78,2 (17,5)	79,4 (15,7)	62,9 (32,5)	30,0 (38,7)	79,2 (21,9)	74,3 (22,2)	66,8 (25,9)	55,5 (17,8)	81,0 (28)	76,0 (16,3)
Não (n=187)	84,0 (13,7)	83,7 (16,3)	72,5 (27,9)	37,7 (40,3)	83,4 (18,7)	78,3 (20,4)	77,0 (25,1)	53,4 (17,2)	84,0 (22)	79,0 (16,9)
p	0,031**	0,146	0,069	0,298	0,239	0,29	0,029**	0,516	0,479	0,335
Classificação do IMC										
Baixo peso (n=10)	86,6 (12)	87,2 (16,2)	78,1 (23,8)	45,0 (36,9)	86,7 (23,1)	74,7 (18,3)	70,0 (25,8)	58,4 (15,5)	95,0 (8,1)	82,0 (15,5)
Peso adequado (n=84)	81,8 (13)	82,9 (14,4)	67,9 (29)	32,1 (39,3)	81,7 (18,8)	77,6 (18,5)	74,1 (24)	54,3 (16,8)	85,9 (21,9)	78,5 (18,1)
Sobrepeso (n=77)	85,9 (14,7)	84,7 (15,9)	75,7 (27,8)	39,6 (39,2)	84,0 (19,7)	79,7 (21,6)	76,3 (26,5)	55,0 (17)	84,6 (21,1)	78,4 (16,5)
Obesidade (n=50)	80,3 (16,6)	79,9 (19,6)	66,9 (30,5)	38,0 (43,5)	82,0 (19,2)	75,3 (23,4)	77,8 (26,4)	50,3 (18,3)	75,7 (27,6)	77,6 (15,2)
p	0,112	0,345	0,195	0,581	0,788	0,673	0,758	0,36	0,023**	0,903
Pressão Arterial										
Normal (n=113)	82,9 (15,2)	83,0 (16,6)	70,9 (29,1)	36,7 (40,1)	81,7 (21,1)	78,7 (20,7)	76,8 (26)	53,2 (17,9)	81,4 (24,5)	80,4 (16,3)
Hipertensão (n=102)	83,0 (14,1)	83,8 (15,8)	71,4 (28,6)	38,2 (40,5)	84,1 (17,5)	76,7 (21,3)	74,1 (24,8)	54,5 (16,9)	85,9 (21,5)	76,1 (16,9)
p	0,953	0,699	0,891	0,784	0,366	0,492	0,45	0,588	0,152	0,055
Prática atividade física?										
Sim (n=82)	84,8 (13,4)	83,2 (18,3)	70,9 (28,8)	43,3 (39,9)	85,2 (18,2)	80,9 (19,8)	83,4 (23,6)	53,2 (17,3)	85,6 (18,8)	81,5 (14,8)
Não (n=140)	82,1 (15,1)	83,0 (15,1)	71,0 (29)	32,5 (39,7)	81,3 (19,8)	75,8 (21)	70,7 (25,3)	54,0 (17,3)	82,3 (25,1)	76,8 (17,6)
p	0,176	0,921	0,972	0,052	0,149	0,077	<0,001**	0,717	0,302	0,045**
Consome bebidas. alcoólicas?										
Sim (n=16)	85,4 (13,6)	89,1 (12,7)	75,8 (29,5)	50,0 (44,7)	85,8 (16,1)	81,7 (18,3)	84,4 (19,6)	51,5 (17)	84,4 (26,2)	82,5 (13,9)
Não (n=206)	82,9 (14,6)	82,6 (16,5)	70,6 (28,8)	35,4 (39,6)	82,5 (19,5)	77,4 (20,8)	74,7 (25,7)	53,9 (17,3)	83,4 (22,8)	78,2 (17)
p	0,515	0,125	0,49	0,162	0,509	0,425	0,142	0,602	0,872	0,325
Nº de comorbidades										
0 (n=81)	87,1 (15,1)	86,8 (15,3)	73,8 (25,4)	35,8 (38,9)	86,6 (18,1)	82,9 (18,9)	79,6 (24,3)	55,8 (15,8)	86,6 (23,6)	82,3 (14,5)
1 (n=64)	81,5 (14)	81,8 (15,5)	65,8 (31)	39,1 (42,2)	81,4 (18,9)	75,8 (21,3)	75,8 (24)	52,6 (17,5)	82,3 (19,9)	77,2 (16,6)
2 (n=46)	81,5 (12,7)	83,8 (15,2)	74,7 (31,7)	35,9 (41,7)	81,0 (21,5)	75,7 (18,6)	72,0 (28)	55,6 (16,6)	88,4 (16,1)	80,4 (17,5)
≥3 (n=31)	78,2 (14,4)	74,7 (18,9)	68,5 (27,8)	33,9 (37,4)	78,3 (18,5)	71,0 (24,2)	68,5 (26)	47,8 (20,4)	70,4 (30,6)	68,4 (17,9)
p	0,01**	0,004**	0,28	0,935	0,133	0,024**	0,149	0,13	0,003	0,001**
Nº de outros medicamentos										
Não faz uso (n=57)	82,9 (17,4)	84,8 (15,6)	70,2 (28,2)	28,9 (35,3)	83,2 (20,6)	79,4 (23)	71,9 (25,8)	55,0 (15,9)	81,9 (24,5)	81,2 (16,8)
1 a 2 medicamentos(n=91)	86,9 (11,9)	86,0 (13,9)	74,7 (27,1)	44,5 (42,5)	84,8 (18,5)	79,3 (17,8)	81,2 (24,3)	55,9 (16,1)	85,9 (20,3)	79,8 (15,6)

Características de Saúde	Lista de sint e prob.	Efeitos da DRC	Sobrecarga da DRC	Situação de Trabalho	Função Cognitiva	Qualidade das Inter Sociais	Função Sexual	Sono	Suporte Social	Saúde Geral
≥ 3 medicamentos (n=73)	78,6 (13,8)	78,0 (18,5)	67,5 (31,1)	32,2 (39,4)	79,8 (19,1)	74,6 (21,9)	70,7 (25,5)	50,7 (18,4)	82,0 (25)	74,5 (17,6)
p	0,001**	0,005**	0,273	0,038**	0,26	0,274	0,016**	0,133	0,452	0,045**

**p-valor <0,005

Entre as variáveis sobre características de saúde, a que se associou significativamente com o maior número (5/10) de domínios específicos do KDQOL foi o nº de medicamentos utilizados, sem considerar os imunossupressores, superando inclusive o nº de comorbidades que foi associado significativamente com 4 dimensões do KDQOL. Apenas pressão arterial, consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo não foram associados com nenhum dos domínios específicos do KDQOL, lembrando que a variável tabagismo não foi apresentada na tabela anterior por não haver, entre os entrevistados, algum que manifestasse o hábito.

Na tabela 7 a seguir, são apresentadas as associações entre a história da doença renal crônica e os domínios de QV específicos do KDQOL.

Tabela 7 – Análise descritiva e univariada do histórico da doença renal dos receptores de Tx-renal em cada domínio específico do KDQOL. n=222, Manaus/AM, Brasil, 2019 (Teste t e ANOVA)

História da DRC	Lista de sint. e prob.	Efeitos da DRC	Sobrecarga da DRC	Situação de Trabalho	Função Cognitiva	Qualidade das Inter. Sociais	Função Sexual	Sono	Suporte Social	Saúde Geral
Tempo de DRC em anos										
≤ 10 anos (n=84)	83,7 (15,7)	85,3 (15)	69,8 (27)	42,3 (41,4)	83,8 (21)	76,3 (22,4)	79,0 (23,7)	52,8 (17,8)	84,9 (22,3)	78,9 (17,3)
11 a 20 anos (n=104)	82,2 (14,3)	82,4 (16)	71,4 (30,1)	33,2 (38,5)	82,9 (18)	78,5 (19,4)	74,2 (25,4)	53,4 (17,1)	84,3 (22,9)	78,8 (15,8)
≥ 21 anos (n=34)	84,2 (12,1)	79,3 (19,6)	72,6 (30,2)	32,4 (40,6)	79,6 (18,6)	78,6 (20,3)	70,2 (28,9)	57,0 (16,4)	77,4 (24,6)	76,5 (18,7)
p	0,691	0,165	0,873	0,245	0,559	0,729	0,186	0,471	0,247	0,744
Origem da DRC										
HAS (n=72)	85,3 (14,6)	83,8 (16,9)	67,5 (29,5)	36,1 (39,6)	86,7 (15,3)	80,9 (19,3)	76,9 (25,5)	55,2 (16,9)	84,5 (23,1)	80,7 (15,3)
DM (n=11)	84,3 (16,2)	82,7 (15,6)	70,5 (31)	31,8 (33,7)	88,5 (16,1)	76,4 (22,8)	72,7 (26,1)	54,5 (17,3)	83,3 (23,6)	69,1 (14,5)
HAS e DM (n=6)	76,1 (18,9)	78,1 (16,1)	29,2 (24,9)	16,7 (25,8)	91,1 (9,1)	77,8 (19,6)	66,7 (25,8)	55,4 (9,1)	97,2 (6,8)	68,3 (20,4)
Nefropatia (n=38)	81,0 (17,4)	79,9 (19,5)	75,5 (28,6)	44,7 (41,6)	76,7 (22,2)	73,0 (23,7)	71,4 (28,9)	54,4 (20,3)	76,8 (26,2)	76,8 (16,5)
Outra (n=29)	77,9 (16,3)	80,1 (15,2)	75,6 (27,7)	22,4 (36,8)	75,2 (28,1)	71,7 (25,7)	70,7 (24,2)	53,4 (14,1)	80,5 (26,4)	78,3 (19,7)
Desconhecida (n=66)	84,6 (10)	85,8 (14)	74,0 (26)	40,9 (42)	83,6 (16,2)	79,7 (16,9)	79,4 (23,6)	51,5 (17,9)	86,4 (19,4)	79,7 (16,8)
p	0,135	0,416	0,006**	0,178	0,018**	0,234	0,465	0,887	0,214	0,179
Fez diálise peritoneal?										
Sim (n=37)	84,8 (13,3)	86,3 (12,7)	67,7 (27,7)	43,2 (44,4)	85,4 (18)	78,2 (18,1)	66,9 (25,2)	58,2 (15,4)	85,1 (23,5)	79,2 (18,3)
Não (n=185)	82,7 (14,7)	82,4 (16,9)	71,6 (29,1)	35,1 (39,1)	82,2 (19,5)	77,6 (21,2)	77,1 (25,2)	52,8 (17,5)	83,2 (22,9)	78,4 (16,5)
p	0,425	0,182	0,456	0,262	0,362	0,87	0,025**	0,085	0,633	0,789
Tempo de diálise peritoneal										
Não fez DP (n=185)	82,7 (14,7)	82,4 (16,9)	71,6 (29,1)	35,1 (39,1)	82,2 (19,5)	77,6 (21,2)	77,1 (25,2)	52,8 (17,5)	83,2 (22,9)	78,4 (16,5)
Até 1 ano de DP (n=21)	84,3 (14)	87,1 (11,3)	72,0 (27,6)	47,6 (43,2)	89,8 (12)	82,5 (14,1)	69,6 (28,7)	61,0 (11,2)	84,1 (23,3)	75,7 (18,6)
> 1 ano de DP (n=16)	85,5 (12,8)	85,4 (14,6)	62,1 (27,5)	37,5 (46,5)	79,6 (22,9)	72,5 (21,5)	63,3 (20,1)	54,5 (19,4)	86,5 (24,5)	83,8 (17,5)
p	0,706	0,391	0,444	0,4	0,182	0,339	0,062	0,119	0,852	0,342
Fez hemodiálise?										
Sim (n=208)	82,7 (14,5)	82,9 (16,4)	70,6 (29)	34,9 (39,6)	82,2 (19,3)	77,4 (20,8)	75,4 (25,6)	53,7 (17,2)	82,9 (23,4)	78,3 (16,7)
Não (n=13)	87,9 (13)	85,8 (15,1)	76,4 (27,5)	61,5 (41,6)	90,8 (18,2)	80,0 (18,3)	74,0 (23,1)	55,7 (18,4)	91,0 (12,9)	80,8 (18,5)
p	0,207	0,533	0,477	0,02**	0,119	0,665	0,856	0,675	0,219	0,611
Tempo de hemodiálise										
Até 1 ano de HD (n=80)	82,9 (15,6)	81,3 (18)	70,0 (25,7)	42,5 (41,4)	81,0 (19,4)	76,5 (21,2)	74,8 (25,3)	51,2 (18,1)	81,0 (23,7)	79,0 (16,8)
1 a 3 anos de HD (n=85)	83,0 (14,7)	84,7 (14,9)	71,2 (29,9)	35,9 (42)	83,6 (21)	78,4 (20,8)	77,9 (25,2)	53,5 (16,9)	83,7 (24)	75,3 (18)
> 3 anos de HD (n=56)	83,2 (12,5)	83,1 (15,8)	71,7 (31,9)	28,6 (34,2)	83,7 (16,1)	78,0 (19,9)	71,9 (25,9)	58,0 (16,2)	86,3 (20,4)	82,5 (14)
p	0,994	0,423	0,938	0,136	0,621	0,837	0,377	0,076	0,418	0,041**
Tempo de TRS (HD+DP)										
Até 1 ano de TRS (n=62)	82,0 (16,4)	79,9 (18,9)	71,4 (24,7)	42,7 (40,3)	80,8 (18,8)	76,9 (21,7)	77,0 (25,8)	49,2 (17,9)	78,8 (23,6)	77,3 (16,5)
1 a 3 anos de TRS (n=93)	83,1 (14,8)	84,6 (15,1)	71,1 (29,9)	36,6 (42,4)	84,0 (20,5)	78,0 (20,8)	77,4 (25,1)	54,2 (16,1)	83,5 (24,5)	75,9 (18,3)

História da DRC	Lista de sint. e prob.	Efeitos da DRC	Sobrecarga da DRC	Situação de Trabalho	Função Cognitiva	Qualidade das Inter. Sociais	Função Sexual	Sono	Suporte Social	Saúde Geral
> 3 anos de TRS (n=66)	83,8 (12,1)	83,9 (15,1)	70,2 (31,4)	30,3 (36)	82,6 (18)	77,7 (19,6)	70,6 (25,2)	57,4 (17,5)	87,6 (19,5)	83,2 (13,8)
p	0,786	0,198	0,969	0,216	0,589	0,947	0,208	0,024**	0,093	0,021**
Participa de grupo/assoc./organ.?										
Sim (n=63)	81,9 (13,5)	81,7 (15,5)	74,1 (26,1)	36,5 (39,4)	76,4 (21)	74,7 (22,5)	76,8 (27,3)	53,9 (16,8)	81,5 (23,2)	78,4 (16,3)
Não (n=159)	83,6 (14,9)	83,6 (16,6)	69,7 (29,8)	36,5 (40,4)	85,3 (18)	78,9 (19,8)	74,8 (24,7)	53,7 (17,5)	84,3 (22,9)	78,6 (17)
p	0,440	0,453	0,309	0,996	0,002**	0,177	0,609	0,936	0,415	0,955

**p-valor <0,005

O histórico da doença renal esteve associado de forma significativa a poucos domínios da QV específicos do KDQOL. O tempo total de doença renal e o tempo em diálise peritoneal não se associaram a QV específica pós-Tx. A causa/origem da DRC esteve associada a *Sobrecarga da Doença*, tendo menores escores entre os portadores simultâneos de HAS e DM. Já na *Função Cognitiva*, os que tinham hipertensão e/ou diabetes previamente à doença renal crônica obtiveram os melhores escores na dimensão.

Aqueles que realizaram diálise peritoneal previamente ao Tx tiveram escores na dimensão *Função Sexual* significativamente piores do que aqueles que nunca realizaram DP. Já os que realizaram hemodiálise previamente ao Tx tiveram maior comprometimento na dimensão *Situação de Trabalho* quando comparados aos que nunca realizaram HD. O tempo total de terapia renal substitutiva (diálise peritoneal + hemodiálise) associou-se de forma significativa e progressiva com a dimensão *Sono*, ou seja, quanto maior foi o tempo de TRS previamente ao Tx-renal, pior foi a qualidade do sono autopercebida pelos transplantados.

Uma associação que chamou atenção foi a de participação em grupos e associações de apoio relacionados a doença renal com a dimensão *Função Cognitiva*. Aqueles que informaram participar desses grupos tiveram escores significativamente piores nesta dimensão. A *Função Cognitiva* é formada por itens compostos pelas seguintes questões: “por quanto tempo durante as 4 últimas semanas: você demorou para reagir às coisas que foram ditas aconteceram? Você teve dificuldade para concentra-se ou pensar? Você se sentiu confuso?”. Talvez esta associação esteja relacionada a necessidade maior de apoio coletivo por aquelas pessoas com algum nível de comprometimento cognitivo.

A seguir, na tabela 8, são apresentadas as associações entre as características e história do transplante renal e os domínios de qualidade de vida específicos do KDQOL.

Tabela 8 – Análise descritiva e univariada das características e histórico do transplante em receptores de rim em cada domínio específico do KDQOL. n=222, Manaus/AM, Brasil, 2019 (Teste t e ANOVA)

Características e História do Transplante	Lista de sintomas e problemas	Efeitos da DRC	Sobrecarga da DRC	Situação de Trabalho	Função Cognitiva	Qualidade das Interações Sociais	Função Sexual	Sono	Suporte Social	Saúde Geral
Idade no dia do Tx										
≤30 anos (n=73)	83,6 (13,9)	83,1 (16,5)	70,5 (27,6)	41,8 (40)	80,5 (20,6)	77,3 (21,3)	75,5 (25,9)	53,3 (16,7)	83,8 (21,7)	79,9 (15,6)
30 a 45 anos (n=90)	83,0 (15,2)	82,6 (16,3)	71,0 (28)	37,2 (42,1)	83,0 (19)	77,0 (21,2)	79,9 (25,5)	53,9 (17,5)	79,8 (25,9)	75,9 (16,9)
≥45 anos (n=59)	82,6 (14,3)	83,6 (16,2)	71,5 (31,9)	28,8 (36,2)	85,3 (17,9)	79,3 (19,2)	68,4 (23,5)	54,0 (17,8)	88,7 (18,7)	80,8 (17,7)
p	0,917	0,941	0,982	0,177	0,353	0,776	0,026**	0,962	0,068	0,148
Locais do transplante										
Manaus/AM (n=175)	82,8 (14,9)	83,0 (16,2)	69,3 (28,9)	34,0 (38,7)	82,5 (19,6)	77,0 (21,1)	76,4 (24,9)	52,7 (17,4)	83,2 (23)	78,6 (16,4)
Fortaleza/CE (n=14)	88,0 (7,7)	83,9 (15,7)	80,4 (29,9)	25,0 (32,5)	85,7 (12,5)	87,1 (14,2)	60,7 (30,6)	61,0 (12,6)	89,3 (19,2)	78,6 (16,6)
São Paulo/SP (n=24)	82,9 (15,5)	83,5 (14,9)	75,5 (25,1)	54,2 (46,4)	82,5 (21,5)	78,6 (19,8)	77,1 (25,4)	58,0 (18,2)	81,9 (26,4)	76,2 (21,6)
Outros (n=9)	81,8 (12,6)	81,6 (24,4)	77,1 (34,1)	55,6 (46,4)	84,4 (17,3)	74,8 (22,8)	73,6 (23,8)	51,0 (15,7)	83,3 (20,4)	82,2 (9,7)
p	0,629	0,988	0,381	0,035**	0,933	0,339	0,163	0,19	0,798	0,831
Tempo de transplantado										
Até 10 anos (n=157)	83,0 (14,9)	84,1 (15,6)	70,6 (28,9)	35,7 (39,7)	83,2 (20,3)	77,8 (20,5)	77,6 (24,2)	53,9 (16,7)	84,6 (22,1)	79,2 (16,9)
10 a 20 anos (n=56)	83,4 (13,6)	81,5 (16,5)	71,3 (29,4)	37,5 (40,7)	81,4 (16,6)	77,9 (21,5)	70,1 (28,2)	52,8 (18,3)	82,7 (23,8)	77,7 (15,6)
> 20 anos (n=9)	82,6 (14,6)	73,6 (23,4)	75,0 (26,5)	44,4 (46,4)	83,0 (17)	74,1 (20,7)	69,4 (24,3)	56,3 (21,1)	68,5 (30,6)	71,1 (20,9)
p	0,975	0,121	0,903	0,797	0,836	0,867	0,126	0,831	0,119	0,337
Tempo de espera para o Tx										
Não esperou (n=96)	82,8 (14)	82,1 (15,5)	73,4 (27,8)	45,3 (42,4)	80,3 (19)	78,1 (19,6)	77,3 (25,3)	51,8 (17,2)	80,4 (23,8)	75,2 (17,8)
Até 1 ano (n=58)	82,6 (14,5)	80,3 (18)	66,6 (28,5)	33,6 (39,1)	83,4 (18,7)	78,5 (19,7)	75,4 (24,6)	52,9 (17,5)	86,8 (19,9)	78,6 (14,8)
1 a 3 anos (n=29)	82,7 (18,8)	84,4 (16,8)	68,5 (33,3)	31,0 (38,8)	87,8 (19,2)	74,5 (25,5)	68,1 (27,5)	52,5 (18,4)	83,3 (27,5)	78,3 (18,3)
> 3 anos (n=29)	85,7 (12,1)	89,5 (14)	74,6 (26,1)	25,9 (34,4)	83,7 (21,4)	77,2 (21,3)	78,4 (25,4)	61,4 (14,3)	90,8 (15,2)	87,2 (12,5)
p	0,782	0,08	0,434	0,063	0,298	0,841	0,346	0,066	0,11	0,009**
Tipo de doador Tx										
Familiar (n=110)	84,6 (14,1)	83,1 (16,7)	73,4 (27,2)	35,5 (40,3)	81,3 (19,6)	79,7 (19,8)	74,9 (26,2)	53,3 (17,8)	83,3 (20,4)	77,5 (16,9)
Vivo (n=35)	80,8 (14,9)	81,0 (15,9)	70,4 (31,8)	50,0 (38,3)	87,0 (16,9)	76,8 (19,3)	77,5 (24)	53,4 (18,8)	82,9 (27,3)	77,1 (19,6)
Falecido (n=77)	82,0 (14,8)	83,9 (15,9)	67,8 (29,8)	31,8 (39,7)	82,9 (19,7)	75,2 (22,3)	75,2 (25,1)	54,5 (15,9)	84,0 (24,5)	80,6 (15,1)
p	0,287	0,676	0,419	0,077	0,312	0,335	0,866	0,887	0,967	0,385
Tipo do serviço pós-Tx										
Público (n=171)	81,4 (14,8)	81,6 (17,1)	70,0 (29,7)	33,6 (39)	81,7 (19,4)	76,8 (20,4)	75,1 (25,7)	53,1 (17,6)	82,2 (24)	77,6 (17,4)
Privado (n=51)	88,7 (12,1)	87,9 (12,3)	74,3 (25,5)	46,1 (42,2)	86,3 (18,6)	80,5 (21,3)	76,2 (24,5)	55,8 (16,2)	87,9 (18,6)	81,6 (14,3)
p	0,002**	0,016**	0,354	0,051	0,138	0,265	0,791	0,326	0,117	0,139
Uso de ciclosporina (Imunossupressor)										
Não (n=213)	83,2 (14,5)	83,5 (16,1)	70,8 (28,7)	35,2 (39,5)	83,1 (19,4)	77,8 (20,6)	75,4 (25,5)	53,8 (17,1)	83,6 (22,9)	78,4 (16,8)

Características e História do Transplante	Lista de sintomas e problemas	Efeitos da DRC	Sobrecarga da DRC	Situação de Trabalho	Função Cognitiva	Qualidade das Interações Sociais	Função Sexual	Sono	Suporte Social	Saúde Geral
Sim (n=9)	79,8 (14,1)	73,6 (18,2)	74,3 (33,6)	66,7 (43,3)	75,6 (15,3)	75,6 (22,4)	75,0 (25)	53,0 (21,7)	79,6 (26,1)	81,1 (17,6)
p	0,488	0,076	0,724	0,021**	0,253	0,753	0,962	0,902	0,609	0,636
Nº de imunossuppressores										
1 ou 2 (n=53)	84,8 (15,3)	83,0 (17,8)	65,7 (30,3)	30,2 (34,4)	86,2 (14)	80,9 (18,2)	75,9 (25,6)	53,7 (16,9)	84,6 (21,6)	76,6 (17,5)
3 ou 4 (n=162)	82,9 (13,6)	82,9 (15,8)	73,0 (28,2)	38,9 (41,7)	81,7 (20,2)	77,0 (20,9)	75,5 (25,5)	53,7 (16,9)	83,3 (23,1)	78,8 (16,3)
p	0,406	0,996	0,11	0,171	0,139	0,233	0,905	0,988	0,727	0,398

**p-valor <0,005

Dentre as características e história do transplante renal avaliadas, o tempo de transplantado, o tipo de doador do órgão (familiar, vivo ou falecido) e o número de imunossuppressores utilizados não tiveram associação significativa com nenhum dos domínios específicos do KDQOL. Os transplantados que faziam acompanhamento pós-Tx no serviço particular de saúde tiveram escores significativamente maiores nos domínios *Lista de Sintomas e Problemas e Efeitos da Doença Renal* em relação aqueles que faziam o acompanhamento do Tx no serviço público. É complexo avaliar esta informação de forma isolada visto que a utilização de um serviço particular de saúde pode estar relacionada a outros fatores que também influenciam na QV como questões econômicas, sociais, culturais, etc. Além disso, alguns participantes indicaram acompanhamento nos dois tipos de serviço ao longo do período pós-Tx, sendo considerado para efeito de cálculos apenas o serviço no qual o paciente foi localizado para a entrevista ou de sua última consulta.

A idade no momento do transplante teve associação significativa com o domínio *Função Sexual*, onde aqueles que receberam o enxerto na idade adulta entre 30 e 45 obtiveram os melhores escores, enquanto aqueles com idade superior a 45 anos no momento do Tx tiveram as piores notas no domínio. A cidade de realização do transplante esteve associada significativamente com a *Situação de Trabalho*, tendo aqueles que realizaram o Tx em Fortaleza/CE os piores escores nesta dimensão.

Um dado curioso se mostrou em relação ao tempo de espera para o transplante, pois aqueles que informaram não ficar em fila de espera, na maioria dos casos por já terem um doador vivo/familiar disponível e compatível no momento da indicação cirúrgica, tiveram menores pontuações no escore de avaliação da *Saúde Geral*, onde o entrevistado atribui uma nota de 0 a 10 para a sua saúde como um todo ao fim do instrumento. As melhores pontuações apresentadas nesta dimensão foram advindas daqueles transplantados que afirmaram passar mais de 3 anos em fila de espera. O que nos mostra que a autopercepção de saúde é subjetiva e peculiar, sendo a saúde mais valorizada por aqueles que já passaram longos períodos sem usufruí-la em sua plenitude, talvez até chegando a perder as esperanças de algum dia alcançar o transplante.

Em relação aos imunossuppressores, não houve associação significativa entre o número deles e os domínios do KDQOL; porém, aqueles que apontaram uso da ciclosporina tiveram escores significativamente superiores na dimensão *Situação de Trabalho*, dimensão de QV mais comprometida do KDQOL-SF neste estudo.

4.4.2. Análise descritiva e univariada dos domínios genéricos do SF-36

Tabela 9 – Análise descritiva e univariada das condições sociodemográficas e econômicas dos receptores de Tx-renal em cada domínio genérico de qualidade de vida do KDQOL (SF-36). n=222, Manaus/AM, Brasil, 2019 (Teste t e ANOVA)

Variáveis sociodemográficas e econômicas	Funcionamento Físico	Função física	Função emocional	Funcionamento Social	Saúde Mental	Dor	Vitalidade (Energia/Fadiga)	Percepção da Saúde Geral	Saúde Atual
Sexo									
Masculino (n=134)	73,2 (28,2)	52,2 (39,3)	58,5 (44,3)	77,7 (27,7)	76,5 (20,2)	80,2 (26,5)	69,5 (20,2)	65,0 (23,9)	63,2 (24,3)
Feminino (n=88)	73,0 (22,8)	52,6 (40,5)	50,0 (42)	72,7 (26)	69,4 (22)	76,5 (23,1)	63,5 (21,9)	64,3 (24,9)	59,9 (27,7)
p	0,952	0,954	0,157	0,181	0,014**	0,284	0,037**	0,847	0,35
Faixa etária									
<=40 (n=85)	81,5 (21)	56,5 (38,2)	54,1 (42,7)	76,8 (25,7)	73,5 (20,6)	80,1 (24,7)	68,1 (19,6)	65,3 (23,4)	65,6 (25,9)
41 a 50 (n=65)	69,7 (27,2)	46,9 (40,9)	54,4 (45,9)	76,0 (26,3)	75,0 (20,8)	72,7 (28,8)	65,4 (23,8)	58,1 (25,4)	55,4 (27,4)
>50 (n=72)	66,2 (28,1)	52,4 (40,3)	56,9 (42,8)	74,3 (29,5)	72,7 (22,4)	82,5 (21,4)	67,4 (20,3)	70,0 (23,1)	63,5 (23)
p	<0,001**	0,346	0,909	0,85	0,825	0,058	0,726	0,015**	0,044**
Acesso à internet									
sim (n=106)	76,6 (24,7)	58,3 (39,1)	59,1 (43)	75,0 (25,8)	70,8 (22,3)	76,4 (24,5)	65,8 (21)	65,7 (23)	60,1 (25,1)
não (n=116)	69,9 (27,1)	47,0 (39,6)	51,4 (43,8)	76,4 (28,3)	76,3 (19,8)	80,8 (25,7)	68,3 (21,2)	63,8 (25,4)	63,6 (26,2)
p	0,055	0,034**	0,189	0,701	0,049**	0,199	0,384	0,577	0,321
Fé									
sem fé/religião (n=9)	49,4 (27,2)	33,3 (35,4)	14,8 (33,8)	43,1 (30)	52,9 (25)	55,0 (25,2)	41,7 (23,2)	32,8 (21,1)	47,2 (26,4)
com fé/religião (n=213)	74,1 (25,7)	53,2 (39,7)	56,8 (43,1)	77,1 (26,1)	74,6 (20,6)	79,7 (24,8)	68,2 (20,4)	66,1 (23,5)	62,6 (25,5)
p	0,005**	0,142	0,004**	<0,001**	0,002**	0,004**	<0,001**	<0,001**	0,079
Escolaridade									
Até 9 anos (n=77)	67,6 (26,3)	44,2 (39,7)	44,2 (44,1)	73,1 (29,5)	73,9 (22,6)	78,7 (28,2)	66,5 (24,1)	66,3 (25,3)	64,6 (24,1)
10 a 12 anos (n=75)	72,9 (26,9)	47,0 (39,8)	57,3 (43,7)	74,8 (27,7)	72,5 (20,7)	79,3 (22,7)	66,7 (18,7)	60,7 (23,5)	62,0 (25,8)
≥ 13 anos (n=70)	79,3 (24,1)	67,1 (35,7)	64,8 (40,5)	79,6 (23,3)	74,7 (20,2)	78,1 (24,5)	68,1 (20,2)	67,3 (23,7)	58,9 (27,3)
p	0,025	0,001	0,013	0,318	0,826	0,963	0,88	0,203	0,41
Cor/raça									
pardos (n=165)	72,9 (26,2)	50,2 (40)	53,5 (44)	75,1 (27)	74,7 (20,7)	78,2 (25,5)	68,0 (20,3)	66,6 (23,3)	63,8 (25,2)
não-pardos (n=57)	73,5 (26,3)	58,8 (38,5)	59,6 (42,1)	77,6 (27,4)	70,7 (22,4)	80,3 (24,5)	64,4 (23,1)	59,2 (26,4)	56,6 (26,5)
p	0,888	0,158	0,361	0,54	0,214	0,592	0,261	0,047**	0,068
Município de procedência									
Manaus (n=97)	74,8 (26,4)	57,7 (38,6)	63,6 (42)	77,1 (28,2)	74,2 (21,7)	79,1 (25,6)	67,4 (22,2)	62,9 (24,5)	59,3 (27,3)
Interior do Amazonas (n=71)	69,5 (26,3)	45,1 (40,2)	47,4 (43,9)	74,6 (25,1)	74,7 (19,2)	80,7 (23,8)	67,2 (19,9)	65,9 (23,6)	64,8 (25,6)
Outro Munic./Estado (n=54)	74,7 (25,5)	52,3 (40,1)	50,0 (43,8)	74,8 (27,8)	71,3 (22,8)	75,4 (26,3)	66,5 (21)	66,3 (25,1)	63,0 (22,6)
p	0,378	0,124	0,035**	0,813	0,641	0,504	0,969	0,633	0,37

Variáveis sociodemográficas e econômicas	Funcionamento Físico	Função física	Função emocional	Funcionamento Social	Saúde Mental	Dor	Vitalidade (Energia/Fadiga)	Percepção da Saúde Geral	Saúde Atual
Situação Conjugal									
Sozinho (n=90)	75,6 (24,5)	49,4 (41,7)	54,1 (44)	74,6 (27,2)	72,5 (22,9)	81,0 (24,3)	66,3 (22,7)	63,4 (25,9)	63,6 (27,8)
Com cônjuge (n=132)	71,4 (27,2)	54,4 (38,3)	55,8 (43,3)	76,5 (27,1)	74,5 (19,9)	77,2 (25,8)	67,6 (19,9)	65,6 (23,2)	60,8 (24,2)
p	0,236	0,367	0,771	0,603	0,508	0,266	0,658	0,523	0,424
Está trabalhando?									
Sim (n=62)	82,4 (21,3)	64,9 (39,3)	67,7 (40)	81,7 (24)	77,0 (17,6)	81,5 (24,6)	67,8 (19,3)	67,7 (23,4)	58,9 (25,2)
Não (n=160)	69,5 (27)	47,5 (38,9)	50,2 (43,9)	73,4 (27,9)	72,4 (22,3)	77,6 (25,4)	66,8 (21,8)	63,5 (24,6)	63,1 (25,8)
p	0,001**	0,003**	0,007**	0,042**	0,141	0,308	0,75	0,247	0,269
Renda pessoal em sal. mín.** 2									
≤ 1 salário mínimo (n=71)	70,5 (26,5)	43,7 (38,9)	43,2 (43,8)	68,1 (29,2)	71,0 (21,7)	75,3 (26,7)	65,1 (21,6)	65,9 (25,4)	65,5 (26,8)
1 a 3 salários mínimos (n=58)	70,3 (26,5)	45,7 (38,4)	50,6 (45,1)	72,4 (27,7)	69,9 (23)	79,8 (24,1)	65,3 (21,6)	61,8 (25,1)	61,6 (23,5)
>3 salários mínimos (n=50)	75,1 (27)	62,0 (35,8)	71,3 (37,5)	79,2 (24,6)	77,3 (16,8)	75,7 (26)	67,6 (17,6)	70,0 (22,7)	54,5 (21,8)
p	0,576	0,023**	0,002**	0,093	0,145	0,565	0,775	0,227	0,054
Renda familiar em sal. mín.**2									
≤1 salário mínimo (n=42)	69,6 (26,4)	36,3 (39,1)	42,1 (44,8)	65,5 (29,5)	68,5 (26,4)	74,8 (28,6)	62,1 (21,8)	63,0 (27,7)	66,1 (28,6)
1 a 3 salários mínimos (n=75)	70,3 (27,1)	49,3 (39,4)	50,2 (45)	74,0 (27,6)	72,2 (20)	76,6 (25,2)	66,5 (22,4)	63,7 (25)	62,0 (23,4)
> 3 salários mínimos (n=67)	75,7 (26,3)	60,8 (34,9)	64,2 (40,3)	75,6 (25,7)	75,0 (18,3)	77,8 (24,6)	67,9 (18,5)	70,2 (21,6)	56,7 (22,9)
p	0,386	0,005**	0,026**	0,15	0,292	0,839	0,364	0,193	0,14
Nº de filhos 1									
Sem filhos (n=68)	79,0 (23,3)	55,1 (38,3)	56,4 (42)	76,3 (27,2)	73,3 (21,7)	82,1 (23,2)	68,8 (21,4)	59,7 (25)	63,6 (27,5)
1 a 2 filhos (n=92)	74,9 (25,8)	54,3 (40,5)	60,9 (43,5)	78,3 (26,5)	74,7 (22,1)	76,3 (26,8)	66,7 (21,6)	65,0 (24,6)	61,7 (25,3)
3 ou mais filhos (n=62)	64,0 (27,6)	46,4 (39,9)	45,2 (44)	71,4 (27,6)	72,5 (19,4)	78,6 (24,9)	65,8 (20,1)	69,8 (22,3)	60,5 (24,6)
p	0,003**	0,374	0,085	0,296	0,804	0,349	0,698	0,061	0,783
Nº de moradores na residência									
Até 3 pessoas (n=136)	73,2 (26,1)	54,2 (39,3)	55,4 (43,2)	76,7 (28)	74,4 (20,8)	77,3 (25,5)	66,9 (21,1)	66,0 (24,7)	63,2 (26)
> 3 pessoas (n=86)	73,0 (26,4)	49,4 (40,4)	54,7 (44,3)	74,3 (25,7)	72,6 (21,7)	80,9 (24,8)	67,4 (21,2)	62,7 (23,6)	59,9 (25,2)
P	0,957	0,38	0,902	0,524	0,55	0,305	0,846	0,322	0,345
Possui plano/convênio particular de saúde?									
Sim (n=68)	74,6 (24,8)	56,6 (38,8)	60,8 (41,5)	75,6 (26,4)	71,1 (21,7)	76,5 (24,7)	65,4 (21,2)	63,5 (24,1)	55,9 (24,9)
Não (n=154)	72,4 (26,8)	50,5 (40,1)	52,6 (44,2)	75,8 (27,4)	74,8 (20,9)	79,7 (25,4)	67,9 (21)	65,2 (24,4)	64,6 (25,7)
p	0,559	0,29	0,197	0,948	0,232	0,387	0,419	0,632	0,019**

*salário mínimo vigente no Brasil em 2018: R\$954

**p-valor <0,005

Dentre as variáveis sociodemográficas analisadas, apenas escolaridade/tempo de estudo, situação conjugal e número de moradores na residência não tiveram associação significativa com nenhum dos domínios do SF-36.

A variável fé – ter ou não alguma crença ou religião – esteve relacionada de forma significativa com 7 das 9 dimensões do instrumento genérico, se mostrando de extrema relevância para a QV dos transplantados. Em relação ao *Funcionamento Social*, *Vitalidade(energia/fadiga)* e *Percepção de Saúde Geral*, os indivíduos que afirmaram ter fé ou alguma religião tiveram escores bem superiores aos que negaram alguma fé/religião com p valor $<0,001$.

As mulheres tiveram escores significativamente menores que os homens nos itens que referem às dimensões *Saúde Mental* e *Vitalidade(energia/fadiga)*. Já as faixas etárias apresentaram diferenças significativas nos domínios *Percepção de Saúde Geral* e *Saúde Atual*; e no domínio *Funcionamento Físico* essas diferenças foram ainda mais significantes (p valor $<0,001$), com os mais jovens apresentando melhores escores que os mais velhos.

Os entrevistados com acesso à internet tiveram escores significativamente melhores na dimensão *Limitações Físicas*, porém piores em relação à *Saúde Mental*. Os pardos tiveram uma *Percepção da Saúde Geral* significativamente melhor que os não-pardos. E os indivíduos naturais da Capital Manaus tiveram melhores escores em *Limitações Emocionais* que os advindos de outros estados, e consecutivamente dos que são naturais do interior do Amazonas.

Os transplantados que afirmaram estar trabalhando tiveram escores superiores aos que negaram trabalho atual em praticamente todas as dimensões do SF-36, excetuando-se a avaliação de *Saúde Atual*, onde o entrevistado responde como avalia sua saúde no momento da entrevista compara à saúde de um ano atrás. Quanto as demais dimensões, a diferença entre trabalhadores e não trabalhadores foi significativa nos domínios *Funcionamento Físico*, *Limitações Físicas*, *Limitações Emocionais* e *Funcionamento Social*.

As faixas de renda tanto pessoais quando familiares, contabilizadas em salários mínimos, tiveram relação significativa com as dimensões *Limitações Físicas* e *Limitações Emocionais*; onde as faixas com rendas maiores tiveram pontuações superiores às rendas menores. Em relação ao nº de filhos, as faixas com mais filhos tiveram escores significativamente piores que aquelas com menos filhos na dimensão *Funcionamento Físico*. Já no que tange à variável “possuir plano de saúde”, aqueles que tinham plano tiveram a dimensão *Saúde Atual* mais comprometida.

Tabela 10 – Análise descritiva e univariada das características de saúde dos receptores de Tx-renal em cada domínio genérico de qualidade de vida do KDQOL (SF-36). n=222, Manaus/AM, Brasil, 2019. (Teste t e ANOVA)

Características de Saúde	Funcionamento Físico	Função física	Função emocional	Funcionamento Social	Saúde Mental	Dor	Vitalidade (Energia/Fadiga)	Percepção da Saúde Geral	Saúde Atual
Foi internado no último ano?									
Sim (n=35)	68,0 (24,3)	41,4 (37,8)	45,7 (43,6)	69,6 (26,1)	66,3 (24,8)	80,1 (23)	59,4 (26,8)	64,6 (22,6)	59,3 (28,5)
Não (n=187)	74,0 (26,4)	54,4 (39,8)	56,9 (43,4)	76,9 (27,2)	75,1 (20,2)	78,5 (25,6)	68,5 (19,6)	64,7 (24,6)	62,4 (25,2)
p	0,211	0,076	0,165	0,147	0,024**	0,73	0,019**	0,971	0,507
Classificação IMC									
Baixo peso (n=10)	83,5 (23,2)	67,5 (39,2)	70,0 (36,7)	83,8 (22,1)	79,2 (15,9)	91,0 (15,7)	71,5 (23,3)	61,0 (20)	70,0 (30,7)
Peso adequado (n=84)	75,7 (23,8)	47,6 (37,3)	53,6 (42,4)	74,6 (25,1)	73,4 (20,5)	77,8 (24,3)	67,3 (19,6)	65,8 (23)	64,3 (27,2)
Sobrepeso (n=77)	72,1 (28,2)	56,2 (40,6)	60,6 (44,2)	79,9 (27,6)	74,4 (22,4)	81,6 (25,7)	69,2 (22,9)	66,6 (26,1)	60,1 (24,1)
Obesidade (n=50)	68,2 (26,9)	50,5 (41,8)	47,3 (44,7)	69,2 (29,5)	71,4 (21,4)	73,0 (26,5)	62,5 (20,1)	60,2 (24,2)	58,5 (24)
p	0,234	0,326	0,251	0,127	0,719	0,108	0,317	0,461	0,394
Pressão Arterial									
Normal (n=113)	75,3 (25,1)	52,9 (38,8)	50,7 (43,7)	76,3 (25,5)	74,0 (21,9)	77,7 (26,5)	67,3 (22,2)	68,4 (23)	62,2 (25,2)
Hipertensão (n=102)	70,9 (27,3)	53,2 (40,7)	61,8 (42,8)	75,7 (28,1)	73,6 (20,4)	80,1 (23,8)	67,2 (20,3)	60,5 (24,6)	60,8 (26)
p	0,222	0,954	0,063	0,871	0,886	0,478	0,973	0,016**	0,693
Prática ativ. física regularmente?									
Sim (n=82)	80,4 (22,5)	60,4 (36,6)	57,7 (43,2)	78,8 (25,7)	77,7 (18,8)	81,3 (25,9)	72,3 (18,7)	69,0 (23,5)	65,2 (24,1)
Não (n=140)	68,8 (27,3)	47,7 (40,8)	53,6 (43,7)	73,9 (27,7)	71,3 (22,2)	77,2 (24,7)	64,0 (21,8)	62,2 (24,5)	60,0 (26,5)
p	0,001**	0,021**	0,494	0,195	0,031**	0,236	0,004**	0,045**	0,143
Consome bebidas alcoólicas?									
Sim (n=16)	81,2 (23,3)	54,7 (42,1)	56,2 (46,7)	81,2 (26,6)	70,0 (23,9)	81,7 (23,6)	63,8 (20,8)	71,2 (22,5)	64,1 (20,3)
Não (n=206)	72,5 (26,3)	52,2 (39,6)	55,0 (43,4)	75,3 (27,1)	74,0 (21)	78,5 (25,4)	67,4 (21,1)	64,2 (24,4)	61,8 (26,1)
p	0,195	0,809	0,913	0,398	0,472	0,622	0,511	0,264	0,732
Número de comorbidades									
0 (n=81)	79,6 (24,2)	59,9 (40,1)	62,6 (40,6)	86,1 (21,1)	81,7 (17,4)	84,4 (23,8)	75,2 (19,2)	67,4 (22,2)	66,4 (28,8)
1 (n=64)	77,3 (21,9)	51,6 (38,8)	50,5 (44,4)	74,4 (27)	71,2 (22,1)	76,8 (24,4)	65,7 (20)	63,0 (25,1)	62,1 (24)
2 (n=46)	67,8 (26)	52,7 (35,8)	48,6 (44,8)	71,7 (25,7)	70,9 (19,5)	78,0 (27)	64,6 (19,4)	69,3 (22,9)	60,3 (22,1)
≥3 (n=31)	55,2 (30,3)	33,9 (41,6)	54,8 (46)	57,3 (31,9)	61,8 (23,3)	68,8 (25,1)	52,6 (21,9)	54,2 (27,2)	52,4 (23,6)
Valor p	<0,001**	0,021**	0,249	<0,001**	<0,001**	0,023**	<0,001**	0,031**	0,076
Nº de outros medicamentos									
Não faz uso (n=57)	75,9 (25,3)	55,7 (40,9)	52,0 (44,1)	77,0 (26,9)	76,1 (22,2)	79,9 (25,4)	69,5 (23)	61,6 (23,4)	64,0 (25)
1 a 2 medicamentos (n=91)	79,4 (23,3)	61,3 (37,3)	62,3 (40,7)	81,9 (23,3)	77,9 (18,8)	83,4 (22,7)	71,6 (18,4)	67,6 (24,5)	62,4 (27,5)
≥ 3 medicamentos (n=73)	63,0 (27,6)	39,4 (38,4)	49,3 (45,5)	67,1 (29,7)	66,7 (21,7)	72,6 (26,6)	59,9 (21)	63,4 (24,7)	59,2 (23,8)
p	<0,001**	0,001**	0,132	0,002**	0,002**	0,02**	0,001**	0,296	0,55

**p-valor <0,005

As características de saúde que se associaram a mais domínios de QV genérica do SF-36 foram o número de comorbidades (7/9) e o número de medicamentos utilizados (6/9), sem considerar os imunossupressores. As associações mais significativas (p valor $<0,001$) foram entre o número de medicamentos e o *Funcionamento Físico* e entre o número de comorbidades e o *Funcionamento Físico*, *Funcionamento Social*, *Saúde Mental* e *Vitalidade(energia/fadiga)*.

Outra variável que teve relação significativa com mais da metade das dimensões genéricas de QV foi a prática de atividade física, que se associou de forma significante com *Funcionamento Físico*, *Limitações Físicas*, *Saúde Mental*, *Vitalidade (energia/fadiga)* e *Percepção da Saúde Geral*. O consumo de bebidas alcoólicas e a classificação do IMC não tiveram associações significativas com nenhuma das dimensões de QV do SF-36.

Tabela 11 – Análise descritiva e univariada da história da doença renal dos receptores de Tx-renal em cada domínio genérico de qualidade de vida do KDQOL (SF-36). n=222, Manaus/AM, Brasil, 2019 (Teste t e ANOVA)

História da DRC	Funcionamento Físico	Função física	Função emocional	Funcionamento Social	Saúde Mental	Dor	Vitalidade (Energia/Fadiga)	Percepção da Saúde Geral	Saúde Atual
Tempo de DRC em anos									
≤ 10 anos (n=84)	72,7 (25,9)	52,7 (39,4)	54,8 (43,2)	78,9 (26)	75,5 (19,1)	81,2 (26,3)	70,3 (19,5)	63,5 (23,9)	66,7 (26,4)
11 a 20 anos (n=104)	73,6 (26,8)	50,5 (40,8)	55,1 (43,8)	75,4 (26,2)	73,4 (22,2)	76,4 (25,2)	64,8 (21,9)	66,8 (22)	61,3 (24,4)
≥ 21 anos (n=34)	72,4 (25,5)	57,4 (37,7)	55,9 (44,7)	69,1 (31,6)	70,0 (22,8)	79,5 (22,4)	66,2 (22,1)	61,3 (31,1)	52,2 (25,6)
p	0,960	0,680	0,992	0,205	0,440	0,420	0,200	0,434	0,020**
Origem da DRC									
HAS (n=72)	71,5 (28,4)	51,4 (42,4)	54,6 (42)	81,6 (24,2)	77,2 (19,9)	81,6 (24,6)	71,7 (20,3)	64,8 (24)	63,2 (27,2)
DM (n=11)	50,9 (32,2)	61,4 (39,3)	57,6 (44,9)	72,7 (34,4)	70,9 (23,7)	87,7 (23,3)	68,6 (24,7)	60,5 (21,3)	65,9 (25,7)
HAS e DM (n=6)	46,7 (28,6)	33,3 (37,6)	22,2 (40,4)	79,2 (20,4)	72,7 (12,8)	73,8 (26,3)	61,7 (11,3)	55,0 (19)	70,8 (29,2)
Nefropatia (n=38)	79,3 (22,8)	49,3 (40,1)	48,2 (47,6)	69,7 (30,8)	69,7 (25)	71,0 (27,6)	65,1 (24,6)	64,1 (26,7)	54,6 (23,1)
Outra (n=29)	69,0 (23,8)	46,6 (35,2)	63,2 (41,2)	70,3 (28,8)	68,8 (24,6)	74,4 (27,4)	63,1 (26,5)	62,6 (28,3)	54,3 (25,9)
Desconhecida (n=66)	79,2 (21,6)	58,0 (38,8)	58,6 (43,4)	75,4 (25,8)	74,8 (18,4)	80,9 (23,1)	65,2 (16,4)	67,5 (22,5)	66,7 (24,2)
p	0,001**	0,533	0,323	0,246	0,389	0,187	0,335	0,793	0,106
Fez diálise peritoneal?									
Sim (n=37)	75,5 (27,5)	58,8 (40,9)	60,4 (42,9)	79,4 (25,9)	75,9 (19,9)	84,2 (22,4)	70,3 (20)	65,5 (24,6)	66,9 (27)
Não (n=185)	72,6 (25,9)	51,1 (39,4)	54,1 (43,6)	75,0 (27,3)	73,2 (21,4)	77,6 (25,6)	66,5 (21,3)	64,5 (24,3)	60,9 (25,4)
p	0,533	0,282	0,422	0,369	0,486	0,148	0,317	0,82	0,199
Tempo de diálise peritoneal									
Não fez DP (n=185)	72,6 (25,9)	51,1 (39,4)	54,1 (43,6)	75,0 (27,3)	73,2 (21,4)	77,6 (25,6)	66,5 (21,3)	64,5 (24,3)	60,9 (25,4)
Até 1 ano de DP (n=21)	69,3 (31,5)	53,6 (41,3)	73,0 (38,9)	79,2 (23,5)	77,1 (15,1)	80,7 (22,8)	66,7 (21)	58,3 (25,8)	59,5 (26,8)
> 1 ano de DP (n=16)	83,8 (19,3)	65,6 (40,7)	43,8 (43,4)	79,7 (29,5)	74,2 (25,2)	88,8 (21,7)	75,0 (18,1)	75,0 (19,9)	76,6 (24,9)
p	0,206	0,37	0,092	0,667	0,722	0,222	0,298	0,114	0,059
Fez hemodiálise?									
Sim (n=208)	72,5 (26,6)	51,2 (39,3)	54,6 (43,6)	75,7 (27)	73,5 (21)	78,3 (25,4)	67,1 (21)	64,2 (24,3)	61,4 (25,5)
Não (n=13)	81,5 (18)	67,3 (43,8)	59,0 (43,4)	75,0 (29,8)	76,0 (24,1)	84,4 (21,3)	65,8 (22,9)	72,3 (25)	67,3 (27,7)
p	0,228	0,156	0,729	0,932	0,676	0,394	0,827	0,243	0,423
Tempo de hemodiálise									
Até 1 ano de HD (n=80)	74,2 (26,2)	57,5 (38,9)	57,9 (44,3)	74,1 (27,7)	70,5 (24,2)	76,9 (26,3)	65,9 (22,9)	63,8 (24,5)	60,9 (26)
1 a 3 anos de HD (n=85)	73,5 (25,7)	54,4 (39,9)	57,3 (42,3)	76,0 (27)	76,1 (17,7)	77,5 (25,5)	66,4 (20,1)	62,0 (25,6)	61,8 (26,3)
> 3 anos de HD (n=56)	70,6 (27,2)	41,1 (38,9)	47,0 (43,9)	77,2 (26,7)	74,3 (21,2)	82,7 (23,1)	69,5 (19,9)	69,9 (21,5)	62,9 (24,3)
p	0,721	0,047**	0,292	0,787	0,218	0,369	0,599	0,156	0,904
Categorização do tempo de TRS (HD+DP)									
Até 1 ano de TRS (n=62)	71,5 (27,7)	54,4 (38,3)	60,8 (44,6)	73,0 (27,8)	70,2 (24,6)	73,5 (26,9)	64,0 (23,8)	61,9 (25,1)	60,1 (25,8)

História da DRC	Funcionamento Físico	Função física	Função emocional	Funcionamento Social	Saúde Mental	Dor	Vitalidade (Energia/Fadiga)	Percepção da Saúde Geral	Saúde Atual
1 a 3 anos de TRS (n=93)	73,5 (25,4)	54,8 (40,3)	56,6 (42,2)	76,1 (27,4)	75,2 (18,2)	78,2 (25,6)	67,0 (20)	62,3 (25,2)	61,3 (26,2)
> 3 anos de TRS (n=66)	73,8 (26,3)	46,2 (40)	47,0 (43,7)	77,5 (26,1)	74,5 (21,6)	84,0 (22,2)	69,9 (19,8)	70,5 (21,5)	64,0 (24,9)
p	0,867	0,349	0,177	0,634	0,321	0,062	0,279	0,064	0,669
Participa de algum grupo/assoc./ organização comunitária?									
Sim (n=63)	74,8 (24,9)	56,0 (39,1)	51,3 (45,9)	70,6 (28,3)	69,7 (23,4)	76,1 (24,2)	66,7 (21,2)	68,5 (24,2)	60,7 (26,8)
Não (n=159)	72,4 (26,7)	50,9 (40)	56,6 (42,6)	77,8 (26,4)	75,2 (20,1)	79,8 (25,6)	67,3 (21,1)	63,2 (24,2)	62,4 (25,3)
p	0,53	0,398	0,416	0,077	0,079	0,326	0,85	0,144	0,656

**p-valor <0,005

No instrumento genérico de QV (SF-36), foram raras as variáveis relacionadas ao histórico da doença renal que tiveram associação significativa com algum dos domínios. Foi o caso do tempo total de doença renal crônica que teve relação significativa com a *Saúde Atual* comparada à de um ano atrás, onde quanto maior o tempo de doença, menor foi a avaliação da saúde atual. O tempo em terapia hemodialítica prévia também se associou de forma significativa com as *Limitações Físicas* sendo inferior naqueles que fizeram > 3 anos de HD anteriormente ao transplante.

A origem da DRC também se relacionou de forma significativa com o *Funcionamento Físico* onde os piores escores foram apresentados por aqueles que a doença teve origem a partir da diabetes ou da hipertensão associada à diabetes.

A não-associação das demais características da doença testadas podem evidenciar a importância do uso de instrumentos específicos para populações portadoras de doenças crônicas como a DRC, onde aspectos peculiares da patologia também são considerados na hora de avaliar a qualidade de vida.

Tabela 12 – Análise descritiva e univariada das características e histórico do transplante em receptores de rim em cada domínio genérico de qualidade de vida do KDQOL (SF-36). n=222, Manaus/AM, Brasil, 2019 (Teste t e ANOVA)

Características e História do Transplante	Funcionamento Físico	Função física	Função emocional	Funcionamento Social	Saúde Mental	Dor	Vitalidade (Energia/Fadiga)	Percepção da Saúde Geral	Saúde Atual
Idade no dia do Tx									
≤30 anos (n=73)	82,2 (21,3)	57,5 (37,7)	59,4 (41,7)	75,2 (26,3)	73,1 (21,7)	78,1 (25,4)	67,0 (21,3)	62,9 (22,8)	62,0 (27,4)
Entre 30 e 45 anos (n=90)	70,6 (26,7)	47,8 (41,3)	51,9 (45)	75,3 (27,3)	74,6 (21)	76,8 (26,2)	66,3 (22,2)	61,7 (26)	61,1 (25,7)
≥45 anos (n=59)	65,7 (27,9)	53,0 (39,4)	54,8 (43,7)	77,1 (28,1)	73,0 (21,1)	82,5 (23,3)	68,4 (19,2)	71,5 (22,3)	63,1 (23,8)
p	0,001**	0,294	0,549	0,9	0,872	0,391	0,844	0,039**	0,896
Principais locais do transplante									
Manaus/AM (n=175)	73,1 (26,3)	51,1 (39,7)	53,7 (44)	75,0 (27,7)	72,9 (21,6)	78,0 (26)	66,7 (21)	63,8 (24)	63,9 (25,2)
Fortaleza/CE (n=14)	71,1 (26,3)	64,3 (36,3)	40,5 (39,6)	81,2 (25,4)	82,9 (10,7)	87,1 (14,5)	73,2 (14,6)	68,6 (26,4)	51,8 (22,9)
São Paulo/SP (n=24)	71,9 (26,6)	50,0 (41)	69,4 (39,2)	77,6 (24,7)	74,8 (21,4)	79,4 (26,5)	66,0 (24,5)	66,5 (26,8)	57,3 (29,9)
Outros (n=9)	79,4 (26)	63,9 (41,7)	66,7 (44,1)	76,4 (26,8)	70,7 (23,4)	77,5 (19,5)	68,3 (23,7)	72,2 (21,4)	52,8 (23,2)
p	0,883	0,52	0,171	0,844	0,378	0,631	0,723	0,662	0,165
Tempo de Tx em anos									
Até 10 anos de Tx (n=157)	72,7 (25,7)	51,8 (39,8)	52,9 (43,9)	76,1 (26,8)	75,1 (19,2)	80,4 (25,8)	69,3 (19,6)	65,4 (23,7)	65,1 (25,8)
10 a 20 anos de Tx (n=56)	75,1 (26,7)	54,5 (40,5)	57,1 (43)	76,6 (26,4)	70,3 (25,4)	75,1 (23,4)	61,8 (23,4)	63,0 (24,7)	54,5 (23,9)
> 20 anos de Tx (n=9)	66,7 (32,4)	50,0 (35,4)	81,5 (33,8)	63,9 (35)	70,7 (23,8)	72,5 (24,6)	61,1 (25,8)	62,2 (33,5)	52,8 (26,4)
p	0,64	0,894	0,146	0,407	0,32	0,306	0,048**	0,778	0,015**
Tempo de espera para o Tx									
Não esperou (n=96)	74,6 (26,1)	53,6 (40,2)	58,0 (44,7)	72,9 (27,7)	71,5 (20,9)	74,2 (25,9)	64,5 (20,5)	61,5 (25,9)	54,9 (24,2)
Até 1 ano de espera (n=58)	68,9 (27,7)	55,2 (37,1)	51,7 (39,6)	74,6 (28,8)	74,3 (20,9)	78,7 (24)	67,4 (21,7)	63,3 (21,9)	66,4 (24,6)
1 a 3 anos de espera (n=29)	67,9 (28)	44,8 (44,5)	50,6 (46)	78,4 (28,9)	71,7 (24,4)	82,2 (27,8)	65,0 (23,9)	64,0 (23,5)	69,8 (27,9)
> 3 anos de espera (n=29)	80,3 (21,1)	52,6 (39,2)	52,9 (45)	82,8 (19,3)	78,9 (20,6)	87,6 (21,3)	75,2 (18,2)	78,8 (18,4)	69,8 (25,3)
p	0,166	0,704	0,771	0,345	0,403	0,069	0,114	0,007**	0,002**
Tipo de doador Tx									
Familiar (n=110)	74,9 (24,6)	54,1 (39,4)	60,6 (42,9)	75,8 (26,3)	73,5 (22,4)	77,7 (25)	67,0 (21,2)	64,3 (25)	58,9 (24,1)
Vivo (n=35)	71,6 (30,4)	45,7 (40)	57,1 (45,4)	73,6 (27,7)	72,3 (19,4)	72,4 (27,9)	65,6 (24,5)	67,1 (22,8)	57,9 (28,9)
Falecido (n=77)	71,2 (26,5)	52,9 (40,1)	46,3 (42,6)	76,6 (28,1)	74,6 (20,2)	83,1 (23,7)	67,9 (19,3)	64,2 (24,1)	68,2 (25,5)
p	0,605	0,549	0,083	0,859	0,863	0,096	0,869	0,812	0,029**
Tipo do serviço									
Público (n=171)	71,2 (26,1)	49,9 (39,2)	52,6 (43,8)	74,3 (27,5)	72,8 (21,4)	78,3 (25)	65,7 (21,6)	64,5 (23,6)	62,0 (25,8)
Privado (n=51)	79,4 (25,4)	60,8 (40,4)	63,4 (41,8)	80,6 (25,3)	76,7 (20,2)	80,1 (26,1)	71,8 (18,5)	65,3 (26,6)	61,8 (25,7)
p	0,049**	0,084	0,121	0,141	0,245	0,645	0,071	0,845	0,957
Uso de Azatioprina (imunossup.)									
Não (n=170)	72,9 (25,9)	50,9 (39,9)	51,2 (44,1)	74,0 (28)	72,6 (21,9)	79,2 (24,8)	66,4 (21,7)	64,6 (25)	61,2 (25,1)
Sim (n=52)	73,8 (27,3)	57,2 (39,1)	67,9 (39)	81,2 (23,3)	77,2 (18,3)	77,1 (26,5)	69,4 (18,9)	65,1 (22)	64,4 (27,7)

Características e História do Transplante	Funcionamento Físico	Função física	Função emocional	Funcionamento Social	Saúde Mental	Dor	Vitalidade (Energia/Fadiga)	Percepção da Saúde Geral	Saúde Atual
p	0,835	0,315	0,015**	0,093	0,167	0,591	0,364	0,895	0,426
Uso de ciclosporina (imunossup.)									
Não (n=213)	73,0 (26,1)	52,7 (39,8)	54,3 (43,5)	75,8 (27)	73,7 (21,2)	78,9 (25,1)	67,4 (21)	64,6 (24,2)	62,8 (25,7)
Sim (n=9)	74,4 (28)	44,4 (39,1)	74,1 (40,1)	75,0 (31,2)	72,0 (20,8)	75,0 (28,6)	60,6 (23,5)	66,7 (26,7)	41,7 (17,7)
p	0,874	0,542	0,182	0,934	0,809	0,653	0,343	0,805	0,015**
Nº de imunossupressores									
1 ou 2 (n=53)	73,0 (27,3)	58,0 (40,1)	54,1 (43,5)	80,9 (25,7)	75,6 (19)	82,6 (22,8)	69,9 (20,2)	62,9 (23,2)	67,0 (23,4)
3 ou 4 (n=162)	72,9 (25,9)	50,0 (39,3)	55,6 (43,5)	74,2 (27,5)	73,1 (21,7)	77,6 (25,6)	66,2 (21)	64,9 (24,5)	60,5 (25,9)
p	0,972	0,201	0,831	0,117	0,456	0,211	0,266	0,611	0,107

**p-valor <0,005

Dentre as características e histórico do Tx, apenas o local (Cidade/Estado) de realização e o nº de imunossuppressores em utilização não influenciaram nenhuma das dimensões do SF-36. Porém, as demais, tiveram relação significativa com apenas uma ou duas dimensões.

A idade do momento do Tx se relacionou de forma significativa e progressiva com o *Funcionamento Físico*, onde os indivíduos que receberam o enxerto renal em faixas etárias mais velhas tiveram piores escores nesse domínio que aqueles que receberam o Tx mais jovens. Quanto ao tempo de transplantado, aqueles que já foram transplantados a mais de 20 anos tiveram piores escores em *Vitalidade* e *Saúde Atual* que aqueles transplantados há mais de 10 e menos de 20 anos, e esses tiveram escores piores que aqueles transplantados a menos de 10 anos, diferenças essas significativas.

O tempo de espera para o Tx se associou à *Percepção de Saúde Geral* e à *Saúde Atual* de forma progressiva e significativa entre os transplantados entrevistados. A *Saúde Atual* foi mais bem percebida e avaliada por aqueles que receberam o enxerto renal de doador falecido. Os que acompanham o Tx em um serviço privado de saúde tiveram melhor escore no domínio *Funcionamento Físico* que aqueles acompanhados no serviço público. O uso de azatioprina teve impacto positivo nas *Limitações Emocionais*, enquanto o uso de ciclosporina teve impacto negativo na *Saúde Atual*.

5 CONCLUSÃO

Diante dos resultados expostos, e retomando aos objetivos estabelecidos, concluímos que a qualidade de vida relacionada à saúde dos transplantados renais no Amazonas se mostrou boa, visto que 15 (a saber: *Sintomas e Problemas, Efeitos da Doença Renal, Sobrecarga da Doença Renal, Função Cognitiva, Interações Sociais, Função Sexual, Suporte Social, Avaliação da Saúde Geral, Funcionamento Físico, Função Social, Bem-estar emocional, Dor, Vitalidade – energia/fadiga, Saúde Geral, Saúde Atual*) dos 19 domínios do KDQOL-SF tiveram escores acima de 60 (numa escala de 0 a 100); e 12 dos 19 tiveram escores acima de 70 (a saber: *Sintomas e Problemas, Efeitos da Doença Renal, Sobrecarga da Doença Renal, Função Cognitiva, Interações Sociais, Função Sexual, Suporte Social, Avaliação da Saúde Geral, Funcionamento Físico, Função Social, Bem-estar emocional, Dor*).

Dos 7 escores com valor abaixo de 70 encontrados, 5 (71,4%) foram na parte genérica do instrumento (*Função Física, Função Emocional, Vitalidade-energia/fadiga, Saúde Geral, Saúde Atual*), derivada do SF-36. Já o pior escore encontrado no instrumento foi na parte específica do KDQOL (*Situação de Trabalho*). Isso nos remete à importância da elaboração, validação e uso de instrumentos específicos para clientela com peculiaridades de saúde como é o caso dos doentes renais crônicos; já que somente a parte específica do instrumento englobou tanto os maiores quanto os piores escores de QV.

As duas dimensões mais comprometidas foram *Trabalho* (36,5) e *Função Física* (52,4) que se mostraram correlacionadas de forma moderada e significativa entre si. E as outras duas dimensões também comprometidas (<60) foram *Sono* (53,7) e *Função Emocional* (55,1) também correlacionadas de forma moderada e significativa entre si.

Quanto aos fatores relacionados, foram testadas mais de 40 variáveis em busca daquelas que poderiam ter associação com as dimensões de qualidade de vida relacionada à Saúde. A maioria das variáveis selecionadas tiveram relação com pelo menos uma das 19 dimensões observadas.

No entanto, podemos destacar aqui as variáveis que estiveram significativamente relacionadas ao maior número de domínios de QV do instrumento, sendo elas: Fé (14), Número de comorbidades (11), Número de medicamentos utilizados (11), Prática de atividade física (7), Trabalho (6) e Sexo (7).

Com isso, destaca-se a importância de maior atenção pelos profissionais e grupos de apoio envolvidos às quatro dimensões mais comprometidas de qualidade de vida nos transplantados renais (*Situação de Trabalho, Sono, Função Física e Função Emocional*) e aos

principais fatores a elas relacionados (Sexo, Fé/religião, Acesso à internet, Escolaridade, Ter um trabalho, Renda pessoal e familiar, Praticar atividade física regularmente, N° de comorbidades, N° de medicamentos utilizados, tempo de TRS, Uso de ciclosporina e Uso de Azatioprina).

Podemos citar como limitações do estudo aqui apresentado as que concernem ao corte transversal e a metodologia quantitativa, que limitam a profundidade dos achados e possíveis associações de causa-efeito.

Outra limitação, que pode ser apontada, foi a ausência de teste piloto; ocasionada pela limitação de tempo e recursos para execução desta pesquisa, que acabou comprometendo a forma de coleta e interpretação de algumas variáveis do estudo. Este foi o caso de ocupação, fontes específicas de renda, número de transplante renais e de outros transplantes recebidos, acesso à internet (medido de forma indireta) e frequência de uso dela.

Um exemplo claro foi a variável “acompanhamento de enfermagem”. Este item foi mal compreendido pela maioria dos participantes, não sabendo identificar o que seria considerado como acompanhamento, atendimento e consulta de enfermagem. Estas questões foram excluídas das análises dos dados por representarem viés na pesquisa, já que quase todos os entrevistados solicitaram maiores esclarecimentos antes de respondê-las e essas orientações não foram padronizadas previamente.

Além disso, variáveis como pressão, peso, altura e conseqüentemente o IMC foram medidas de forma autorrelatada, o que pode ter comprometido a associação desses fatores com a QV.

A partir disso, sugere-se que estudos futuros com maior disponibilidade de recursos financeiros, pessoais e de tempo possam investigar de forma mais aprofundada os fatores que se relacionam com a QV desta clientela e as formas de intervenção frente as dimensões de qualidade de vida mais comprometidas entre os receptores de transplante renal.

REFERÊNCIAS

- ABACI, S. H. *et al.* Assessment of Anemia and Quality of Life in Patients With Renal Transplantation. *Transplantation Proceedings*, v. 47, n. 10, p. 2875–2880, 2015. Disponível em:
<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S004113451501043X?via%3Dihub>>.
- ABTO. *Manual de orientação ao paciente em transplante - Enfermagem, Nutrição e Psicologia*. Disponível em:
<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/GAT/Manual_GAT_Congresso2015.pdf>. Acesso em: 30 maio 2019.
- ABTO. Manual de Transplante Renal: Período Pós-transplante. *Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO)*, p. 197–219, 2004.
- ABTO, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2011-2018). *Registro Brasileiro de Transplantes (RBT)*, v. XXIV, n. 4, p. 1–102, 2018. Disponível em:
<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2018/Lv_RBT-2018.pdf>.
- ABTO, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. Diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. *Registro Brasileiro de Transplantes (RBT)*, p. 144, 2009.
- ABTO, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS. *Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2009-2016)*. *Registro Brasileiro de Transplantes (RBT)*. [S.l.: s.n.]. Disponível em:
<<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2016/RBT2016-leitura.pdf>>. , 2016
- ALVARES, J. *et al.* Fatores associados à qualidade de vida de pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 18, n. 7, p. 1903–1910, 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000700005&script=sci_abstract&tlng=pt>.
- ÁLVARES, J. *et al.* Quality of life of patients in renal replacement therapy in Brazil: Comparison of treatment modalities. *Quality of Life Research*, v. 21, n. 6, p. 983–991, 2012.
- ANDRADE, S. V.; SESSO, R.; DINIZ, D. H. DE M. P. Hopelessness, suicide ideation, and depression in chronic kidney disease patients on hemodialysis or transplant recipients. *J Bras Nefrol*, v. 37, n. 1, p. 55–63, 2015. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v37n1/en_0101-2800-jbn-37-01-0055.pdf>.
- ARENAS, V. G. *et al.* Qualidade de Vida: comparação entre diálise peritoneal automatizada e hemodiálise. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 22, n. spe1, p. 535–539, 2009.
- BAKEWELL, A. B.; HIGGINS, R. M.; EDMUNDS, M. E. Does ethnicity influence perceived quality of life of patients on dialysis and following renal transplant? p. 1395–1401, 2001.
- BAROTFI, S. *et al.* Validation of the Kidney Disease Quality of Life-Short Form questionnaire in kidney transplant patients. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 60, n. 5, p. 495–504, 2006. Disponível em:
<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399905004277?via%3Dihub>>.
- BEBER, G. C.; FONTELA, P. C.; HERR, G. E. G. Qualidade de vida de pacientes transplantados renais após longo período do transplante. *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 10, n. 1, p. 163–170, 2017. Disponível em:
<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/07/847175/18_5870-gabrieli-beber_port_ingl_norm.pdf>.
- BRAGA, S. F. M. *et al.* Fatores associados com a qualidade de vida relacionada à saúde de idosos em hemodiálise Factors associated with health-related quality of life in elderly patients on hemodialysis. *Revista Saúde Pública*, v. 45, n. 6, p. 1127–1136, 2011.

- BRASIL. *Censo Demográfico 2010 - Resultados do Universo - Características da População e dos Domicílios*. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-demografico/demografico-2010/universo-caracteristicas-da-populacao-e-dos-domicilios>>. Acesso em: 25 maio 2019.
- BRASIL. *DECRETO Nº 9.175, DE 18 DE OUTUBRO DE 2017*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/D9175.htm>. Acesso em: 1 mar. 2018.
- BRASIL. *Portaria Nº 1.752, de 23 de Setembro de 2005*. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1752_23_09_2005.html>. Acesso em: 1 mar. 2018.
- CHOW, S. K. Is the kidney disease quality of life-36 (KDQOL-36) a valid instrument for Chinese dialysis patients ? *BMC Nephrology*, v. 15, n. 199, p. 1–7, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4274701/pdf/12882_2014_Article_884.pdf>.
- CICONELLI, R. M. *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*, v. 39, n. 3, p. 143–150, 1999. Disponível em: <<http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2011/04/validacao-sf-36-brasildoc.pdf>>.
- CICONELLI, R. M. *Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)”*. 1997. 120 f. Universidade Federal de São Paulo, 1997.
- COSTA, J. M.; NOGUEIRA, L. T. Association between work, income and quality of life of kidney transplant recipient the municipality of Teresina, PI, Brazil. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 36, n. 3, p. 332–338, 2014. Disponível em: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0101-2800.20140048>>.
- CRONBACK LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, v. 16, n. 3, p. 297–334, 1951. Disponível em: <<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/BF02310555.pdf>>.
- CUNHA, C. B. DA *et al.* Tempo até o transplante e sobrevida em pacientes com insuficiência renal crônica no Estado do Rio de Janeiro , Time to kidney transplantation in chronic renal failure patients in the State of Rio de Janeiro ., *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 4, p. 805–813, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000400008&script=sci_abstract&tlng=pt>.
- CZYŻEWSKI *et al.* Evaluation of Quality of Life and Severity of Depression, Anxiety, and Stress in Patients After Kidney Transplantation. *Transplantation Proceedings*, v. 50, n. 6, p. 1733–1737, 2018. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0041134518305967?via%3Dihub>>.
- CZYŻEWSKI, Ł. *et al.* Assessment of Health-Related Quality of Life of Patients after Kidney Transplantation in Comparison with Hemodialysis and Peritoneal Dialysis. *Annals of Transplantation*, v. 19, p. 576–585, 2014. Disponível em: <<http://www.annalsoftransplantation.com/abstract/index/idArt/891265>>.
- DAVISON, S. N.; JHANGRI, G. S. Impact of Pain and Symptom Burden on the Health-Related Quality of Life of Hemodialysis Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 39, n. 3, p. 477–485, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.08.008>>.
- DELGADO, M. F. *et al.* Risk factors and knowledge of the elderly people about chronic kidney disease. *Rev Rene.*, v. 18, n. 3, p. 361–367, 2017. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/2675>>.
- DOWNING, D.; CLARK, J. *Estatística Aplicada*. 3a. ed. São paulo: Editora Saraiva, 2010.
- DUARTE, P. S. *et al.* Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade

- de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SF TM). *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 49, n. 4, p. 375–381, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n4/18335.pdf>>.
- FARIAS, G. M. DE; MENDONÇA, A. E. O. DE. Comparando a qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal pelo. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 13, n. 4, p. 574–583, 2009. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/226>>.
- FERREIRA, J. C.; PATINO, C. M. What does the p value really mean? *J Bras Pneumol*, v. 41, n. 5, p. 485–485, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v41n5/1806-3713-jbpneu-41-05-00485.pdf>>.
- GARCÍA-PRADO, M. E. *et al.* Complicaciones infecciosas en 159 receptores de trasplante renal consecutivos. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, v. 27, n. 1, p. 22–27, 2009.
- GARCIA, G. G.; HARDEN, P.; CHAPMAN, J. The Global role of kidney transplantation. *Acta Nephrologica*, v. 25, n. 4, p. 155–160, 2011. Disponível em: <http://nephrothol.com/Abstract/JNP_20130216134251>.
- GESUALDO, G. D. *et al.* Factors Associated With Quality of Life for Hemodialysis Patients. *Texto Contexto Enferm*, v. 26, n. 2, p. 1–10, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/0104-0707-tce-26-02-e05600015.pdf>>.
- GONZALEZ, U. P. El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Rev Cubana Salud Pública*, v. 28, n. 2, p. 157–175, 2002. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000200006>.
- HAYS, R. D. *et al.* *Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF), Version 1.3: A Manual for Use and Scoring*. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399905004277?via%3Dihub>>. Acesso em: 1 jun. 2019.
- HOSSAIN, R. M. *et al.* Quality of Life in Renal Transplant Recipient and Donor. *Transplantation Proceedings*, v. 47, n. 4, p. 1128–1130, 2015. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0041134515002213?via%3Dihub>>.
- JANKOWSKA-POLÁŃSKA, B. *et al.* Factors affecting the quality of life of chronic dialysis patients. *European Journal of Public Health*, v. 27, n. 2, p. 262–267, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/ejph/kjw001>>.
- JANSZ, T. T. *et al.* Health-related quality of life compared between kidney transplantation and nocturnal hemodialysis. *PLoS ONE*, v. 13, n. 9, p. 1–11, 2018.
- JOSHI, S. A.; ALMEIDA, N.; ALMEIDA, A. Assessment of the Perceived Quality of Life of Successful Kidney Transplant Recipients and Their Donors Pre- and Post-Transplantation. *Transplantation Proceedings*, v. 45, n. 4, p. 1435–1437, 2013. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0041134513000687?via%3Dihub>>.
- JUNIOR, J. E. R. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 26, n. 1, p. 1–3, 2004.
- KEFALE, B. *et al.* Quality of life and its predictors among patients with chronic kidney disease: A hospital-based cross sectional study. *PLoS ONE*, v. 14, n. 2, p. 1–17, 2019.
- KOSTRO, J. Z.; HELLMANN, A.; KOBIELA, J. Quality of Life After Kidney Transplantation: A Prospective Study. *Transplantation Proceedings*, v. 48, n. 1, p. 50–54, 2016. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S004113451501194X?via%3Dihub>>.
- LAGUARDIA, J. *et al.* Brazilian normative data for the Short Form 36 questionnaire, version 2. *Rev Bras Epidemiol*, v. 16, n. 4, p. 889–897, 2013.

- LEITE, R. F. *et al.* Measurement of adherence to immunosuppressive drugs in renal transplant recipients. *Acta Paul Enferm.*, v. 31, n. 5, p. 489–496, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v31n5/1982-0194-ape-31-05-0489.pdf>>.
- LIM, H. J. *et al.* Health-Related Quality of Life of Kidney Transplantation Patients: Results from the KoreaN Cohort Study for Outcome in Patients With Kidney Transplantation (KNOW-KT) Study. v. 847, p. 844–847, 2016.
- LIMA, S. N. F. DE *et al.* Repercussões do contexto socioeconômico do Brasil no transplante renal - Resumos do XXIX Congresso Brasileiro de Nefrologia. *J Bras Nefrol*, v. 40, n. 3 Supl. 1, p. 1–245, 2018. Disponível em: <http://www.bjn.org.br/article/list/40/3_Suppl_1/2018>.
- LIPPE, N. VON DER *et al.* From dialysis to transplantation : a 5-year longitudinal study on self-reported quality of life. *BMC Nephrology*, v. 15, n. 191, p. 1–9, 2014.
- LOPES, J. M. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em diálise. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 27, n. 3, p. 230–236, 2014.
- LUGON, J. Doença Renal Crônica no Brasil: um problema de saúde pública. *J. Bras. Nefrol.*, v. 31, n. 1, p. 2–5, 2009.
- MADARIAGA, M. L. L. *et al.* Effect of tolerance versus chronic immunosuppression protocols on the quality of life of kidney transplant recipients. *JCI Insight*, v. 1, n. 8, p. 1–7, 2016. Disponível em: <<https://insight.jci.org/articles/view/87019>>.
- MARINHO, A.; CARDOSO, S. DE S.; ALMEIDA, V. V. DE. Disparidades nas filas para transplantes de órgãos nos estados brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 4, p. 786–796, 2010. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2010.v26n4/786-796/pt>>.
- MARINHO, A. W. G. B. *et al.* Prevalência de doença renal crônica em adultos no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Cad. Saúde Colet.*, v. 25, n. 3, p. 379–388, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000300379&lng=pt&tlng=pt>.
- MARINHO, C. L. A. *et al.* Associação entre características sociodemográficas e qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. *Revista Cuidarte*, v. 9, n. 1, p. 2017–2029, 2018.
- MARINHO, C. L. A. *et al.* Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 18, n. 3, p. 396–403, 2017. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/2640/pdf>>.
- MENDONÇA, A. E. O. DE *et al.* Changes in Quality of Life after kidney transplantation and related factors. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 27, n. 3, p. 287–292, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_%7B_%7Darttext%7B%7Dpid=S0103-21002014000300287%7B%7Dlang=pt>.
- MINAYO, M. C. DE S.; HARTZ, Z. M. DE A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 7–18, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002&lng=pt&tlng=pt>.
- MOLNAR, M. Z. *et al.* Health-Related Quality of Life and Clinical Outcomes in Kidney Transplant Recipients. *YAJKD*, v. 58, n. 3, p. 444–452, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1053/j.ajkd.2011.03.028>>.
- MOREIRA, C. A. *et al.* Avaliação das propriedades psicométricas básicas para a versão em português do KDQOL-SF. *Rev Assoc Med Bras*, v. 55, n. 1, p. 22–28, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000100010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.
- MORSCH, C.; VERONESE, F. doença renal crônica: definição e complicações. *Rev HCPA*, v. 31, n. 1, p. 114–115, 2011.
- MS, M. DA S. *Obesidade*. Disponível em:

- <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/215_obesidade.html>. Acesso em: 14 jun. 2019.
- NERI, L. *et al.* Impaired renal function is associated with worse self-reported outcomes after kidney transplantation. p. 1689–1698, 2011.
- NOBRE, M. R. C. Qualidade de Vida. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 64, n. 4, p. 299–300, 1995. Disponível em: <<http://www.arquivosonline.com.br/pesquisartigos/Pdfs/1995/v64N4/64040002.pdf>>.
- PAN, K. C. *et al.* Social support as a mediator between sleep disturbances, depressive symptoms, and health-related quality of life in patients undergoing hemodialysis. *PLoS ONE*, v. 14, n. 4, p. 1–15, 2019.
- RAND HEALTH CORPORATION. *Kidney Disease Quality of Life Instrument (KDQOL)*. Disponível em: <https://www.rand.org/health/surveys_tools/kdqol.html>. Acesso em: 1 mar. 2018.
- RAVAGNANI, L. M. B.; DOMINGOS, N. A. M.; MIYAZAKI, M. C. DE O. S. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 12, n. 2, p. 177–184, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2007000200010&lng=pt&tlng=pt>.
- RIBEIRO, D. F. *et al.* Demographic and clinical factors associated with health-related quality of life of kidney-transplanted patients. *Rev enferm UFPE on line.*, v. 10, n. 1, p. 57–64, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10921/12203>>.
- ROBERTO, S. P.; SANSIGOLO, K. P. L. R. Mudança do nível de qualidade de vida em portadores de insuficiência renal cônica terminal durante seguimento de 12 meses. *Rev Assoc Med Bras*, v. 53, n. 4, p. 329–334, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000400018&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.
- ROESLER, D.; BUCHARLES, S. E. G.; PAULA, C. S. Utilização de medicamentos cardioprotetores por pacientes portadores de doença renal crônica em tratamento de hemodiálise. *Revista UNIANDRADE*, v. 17, n. 1, p. 42–50, 2016. Disponível em: <<https://www.uniandrade.br/revistauniandrade/index.php/revistauniandrade/article/viewFile/203/222>>.
- S.PAULO, F. DE. Amazonas tem seu 1º transplante de rins. *Empresa Folha da Manhã S/A*, 1995. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/fsp/1995/6/27/cotidiano/7.html>>.
- SANCHO, L. G.; DAIN, S. Análise de custo-efetividade em relação às terapias renais substitutivas: como pensar estudos em relação a essas intervenções no Brasil? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 6, p. 1279–1290, 2008.
- SBN. *Transplante Renal - Tratamentos*. Disponível em: <<https://sbn.org.br/publico/tratamentos/transplante-renal/>>. Acesso em: 8 jun. 2019.
- SCHOLD, J. D.; KAPLAN, B. AZA/Tacrolimus is associated with similar outcomes as mmf/tacrolimus among renal transplant recipients. *American Journal of Transplantation*, v. 9, n. 9, p. 2067–2074, 2009.
- SESSO, R. C. *et al.* Brazilian Chronic Dialysis Survey 2016. *J Bras Nefrol*, v. 39, n. 3, p. 261–266, 2017. Disponível em: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0101-2800.20170049>>.
- SILVA, S. B.; AFFONSO, C.; ARAÚJO, S. Uma comparação dos custos do transplante renal em relação às diálises no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 32, n. 6, p. 1–13, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n6/1678-4464-csp-32-06-e00013515.pdf>>.
- SMELTZER, S. C. *et al.* *Brunner & Suddarth, Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- SOUSA, S. R. DE *et al.* Incidence of infectious complications and their risk factors in the first

- year after renal transplantation. *Jornal brasileiro de nefrologia : 'orgão oficial de Sociedades Brasileira e Latino-Americana de Nefrologia*, v. 32, n. 1, p. 75–82, 2010.
- TONG, A. *et al.* Quality of life of young adults and adolescents with chronic kidney disease. *Journal of Pediatrics*, v. 163, n. 4, p. 1179- 1185.e5, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.04.066>>.
- UJSZASZI, A. *et al.* Quality of life and protein-energy wasting in kidney transplant recipients. *International Urology and Nephrology*, v. 44, n. 4, p. 1257–1268, 2012.
- UJSZASZI, A.; CZIRA, M. E. Quality of life and protein-energy wasting in kidney transplant recipients. p. 1257–1268, 2012.
- VENTURINI, L. *Como está a desigualdade de renda no Brasil, segundo o IBGE*. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2017/11/30/Como-está-a-desigualdade-de-renda-no-Brasil-segundo-o-IBGE>>. Acesso em: 14 jun. 2019.
- VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate aberto. *Temáticas*, v. 44, n. 22, p. 203–20, 2014. Disponível em: <<http://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144/1637>>.
- VON DER LIPPE, N. *et al.* Is HRQOL in dialysis associated with patient survival or graft function after kidney transplantation? *BMC Nephrology*, v. 17, n. 94, p. 1–10, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4960875/pdf/12882_2016_Article_316.pdf>.
- WEYKAMP, J. M. *et al.* Qualidade de Vida e insuficiência renal crônica. *Cuidado é Fundamental*, v. 9, n. 4, p. 1113–1120, 2017.
- WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, v. 41, n. 10, p. 1403–1409, 1995.
- ZIAJA, J. *et al.* Impact of Pancreas Transplantation on the Quality of Life of Diabetic Renal Transplant Recipients. *Transplantation Proceedings*, v. 41, n. 8, p. 3156–3158, 2009. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0041134509011361?via%3Dihub>>.

APÊNDICE A – FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Q	V	Tx			
---	---	----	--	--	--

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
 ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO
 PESQUISA: QUALIDADE DE VIDA DO RECEPTOR DE TRANSPLANTE RENAL NO
 AMAZONAS

FORMULÁRIO GERAL

Data da Entrevista: ___/___/_____

Local da Entrevista: _____

1. Nome: _____
2. Sexo: ()M ()F
3. Data de Nascimento: ___/___/_____
4. Naturalidade: _____
5. Idade: ____ anos
6. Endereço: _____
 - 6.1. Bairro: _____
 - 6.2. Zona: _____
 - 6.3. Cidade: _____
7. Contatos
 - 7.1. Telefone: (_ _) _____ - _____
 - 7.2. Celular: (_ _) _____ - _____
 - 7.3. E-mail: _____
8. Religião: _____
9. Escolaridade
 - 9.1. Fundamental Incompleto () até que série completa? ____
 - 9.2. Fundamental Completo ()
 - 9.3. Médio Incompleto () até que série completa? ____
 - 9.4. Médio Completo ()
 - 9.5. Superior Incompleto () quantos anos completos? ____
 - 9.6. Superior Completo () quantos anos? ____
 - 9.7. Pós-Graduação () quantos anos? ____
 - 9.8. Outro: _____

10. Anos completos de estudo:

11. Você se considera de que cor/raça?
- 11.1. Branca ()
 - 11.2. Parda ()
 - 11.3. Preta ()
 - 11.4. Amarela ()
 - 11.5. Indígena ()
 - 11.6. Outra: _____
12. Município de procedência:
- 12.5. Manaus
 - 12.6. Interior do Amazonas: _____
 - 12.7. Outro Município/Estado: _____/ _____
13. Situação conjugal atual:
- 13.5. solteiro(a) ()
 - 13.6. casado (a) ()
 - 13.7. união estável ()
 - 13.8. amigado/amasiado ()
 - 13.9. divorciado/separado(a) ()
 - 13.10. viúvo(a) ()
 - 13.11. outra: _____
14. Está trabalhando atualmente: Sim() Não()
15. Profissão: _____
16. Ocupação: _____
17. Renda pessoal: _____ reais () não informado () não se aplica
18. Renda familiar: _____ reais () não informado () não sabe
19. Número de filhos: _____
20. Reside com: *[pode marcar mais de um]*
- 20.5. Pais ()
 - 20.6. Cônjuge ()
 - 20.7. Filhos ()
 - 20.8. Sozinho(a) ()
 - 20.9. Amigos ()
 - 20.10. Parentes ()
 - 20.11. Situação de rua ()
 - 20.12. Outros: _____
21. Número de moradores na residência: _____
22. Possui plano/convênio particular de saúde? () Sim () Não
23. Número de internações no último ano: _____

40. Regime imunossupressor: _____
41. Outros medicamentos em uso: _____
42. Houve acompanhamento de enfermagem pós-transplante? ()Sim ()Não
42.1. Por quanto tempo? _____ [*especificar meses ou anos*]
43. Pratica atividade física regularmente? ()Sim ()Não {*no mín 40min, 3x na semana*}
44. Fuma? ()Sim ()Não
44.1. Quantos cigarros por dia? _____
45. Consome bebidas alcoólicas ()Sim ()Não
45.1. Quantas vezes por semana? _____
46. Participa de algum grupo/associação/organização comunitária relacionado à DRC?
()Não ()Sim
46.1. Qual? _____

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Via do pesquisador

Olá!

Convidamos o (a) Sr.(a) para participar como voluntário de um estudo da Universidade Federal do Amazonas, realizado pela pesquisadora responsável Enf^{ca}. Eliza Dayanne de Oliveira Cordeiro, aluna do programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). O título do estudo é **“Fatores relacionados à qualidade de vida do receptor de transplante renal no Amazonas”**, tendo por objetivo avaliar a qualidade de Vida (QV) e seus fatores relacionados em receptores de transplante renal de Manaus/Amazonas. Durante a coleta de dados será necessário que o participante responda questões sociodemográficas como: local onde reside, profissão, nível de escolaridade, estado civil, número de filhos, religião, renda, etc.; e responder um questionário internacional, traduzido e validado no Brasil, sobre a qualidade de vida do paciente renal. Este último questionário é composto apenas por questões fechadas sobre sua vida e saúde. Caso prefira, você pode responder aos questionários sozinho(a), sem auxílio do pesquisador. Você pode escolher não responder qualquer uma das perguntas. Informamos que os riscos serão mínimos, porém você pode ter dúvidas quanto às perguntas ou se sentir ansioso(a) ou constrangido(a) em relação a elas. Para minimizar isso, o questionário será aplicado em ambiente tranquilo e reservado, e Sr. (a) não será identificado, ficando livre de qualquer exposição das suas respostas perante as pessoas. Pretendemos com este estudo, contribuir para o fortalecimento de políticas públicas na atenção ao portador de doença renal crônica (DRC), da doação de órgãos e dos transplantes. Sua participação neste estudo é voluntária e o sr. (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração para participar da pesquisa. Entretanto, caso ocorra algum dano decorrente a sua participação no estudo, o(a) sr. (a) e/ou seu acompanhante serão indenizados conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 2012, IV.3h, IV.4c e V.7, que assegura seu direito a indenizações e cobertura material para reparação a possível dano causado pela pesquisa, de modo que o(a) sr.(a) e o seu acompanhante serão acompanhados pela pesquisadora ao serviço de atendimento que responda ao problema ocorrido, sendo todos os gastos relacionados ao dano e a sua resolução de responsabilidade do projeto através da pesquisadora. Qualquer tipo de indenização será realizado em espécie. Esclarecemos que a qualquer momento o sr. (a) poderá recusar-se a participar da pesquisa ou retirar o seu consentimento de uso das informações coletadas, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa. Todas as informações coletadas serão guardadas em sigilo e todo o material será utilizado para publicação em eventos e/ou revistas científicas, sem identifica-lo(a). Após o término do estudo, os resultados da pesquisa serão tornados públicos através de artigos científicos, ou até mesmo em forma de palestras e outros meios de divulgação. Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis: Eliza Dayanne de Oliveira Cordeiro e Gilsirene Scantelbury de Almeida, no endereço: Rua Teresina, 495, Manaus-AM, Telefone (92) 99164-6813. Se você tiver perguntas com relação aos seus direitos como participantes do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética da Universidade Federal do Amazonas, na Escola de Enfermagem na sala 07, na rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, pelo telefone (92) 3305-1181 Ramal 2004 ou pelo e-mail: cep@ufam.edu.br. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos

Via do pesquisador

humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. Solicitamos que, assine o consentimento pós- informação afirmando que compreendeu e está de acordo com os termos apresentados.

Consentimento pós-informação:

Eu, _____ fui informado sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração no estudo, compreendi o objetivo da pesquisa e quais procedimentos serão realizados. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios da mesma. Entendi que sou livre para interromper a minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão, e que isso não me trará prejuízo. Confirmo também que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim e pela pesquisadora. Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar desta pesquisa.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Colaborador

Data: __/____/____

IMPRESSÃO
DACTILOSCÓPICA

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Via do participante

Convidamos o (a) Sr.(a) para participar como voluntário de um estudo da Universidade Federal do Amazonas, realizado pela pesquisadora responsável Enf^a. Eliza Dayanne de Oliveira Cordeiro, aluna do programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). O título do estudo é **“Fatores relacionados à qualidade de vida do receptor de transplante renal no Amazonas”**, tendo por objetivo avaliar a qualidade de Vida (QV) e seus fatores relacionados em receptores de transplante renal de Manaus/Amazonas. Durante a coleta de dados será necessário que o participante responda questões sociodemográficas como: local onde reside, profissão, nível de escolaridade, estado civil, número de filhos, religião, renda, etc.; e responder um questionário internacional, traduzido e validado no Brasil, sobre a qualidade de vida do paciente renal. Este último questionário é composto apenas por questões fechadas sobre sua vida e saúde. Caso prefira, você pode responder aos questionários sozinho(a), sem auxílio do pesquisador. Você pode escolher não responder qualquer uma das perguntas. Informamos que os riscos serão mínimos, porém você pode ter dúvidas quanto às perguntas ou se sentir ansioso(a) ou constrangido(a) em relação a elas. Para minimizar isso, o questionário será aplicado em ambiente tranquilo e reservado, e Sr. (a) não será identificado, ficando livre de qualquer exposição das suas respostas perante as pessoas. Pretendemos com este estudo, contribuir para o fortalecimento de políticas públicas na atenção ao portador de doença renal crônica (DRC), da doação de órgãos e dos transplantes. Sua participação neste estudo é voluntária e o sr. (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração para participar da pesquisa. Entretanto, caso ocorra algum dano decorrente a sua participação no estudo, o(a) sr. (a) e/ou seu acompanhante serão indenizados conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 2012, IV.3h, IV.4c e V.7, que assegura seu direito a indenizações e cobertura material para reparação a possível dano causado pela pesquisa, de modo que o(a) sr.(a) e o seu acompanhante serão acompanhados pela pesquisadora ao serviço de atendimento que responda ao problema ocorrido, sendo todos os gastos relacionados ao dano e a sua resolução de responsabilidade do projeto através da pesquisadora. Qualquer tipo de indenização será realizado em espécie. Esclarecemos que a qualquer momento o sr. (a) poderá recusar-se a participar da pesquisa ou retirar o seu consentimento de uso das informações coletadas, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa. Todas as informações coletadas serão guardadas em sigilo e todo o material será utilizado para publicação em eventos e/ou revistas científicas, sem identifica-lo(a). Após o término do estudo, os resultados da pesquisa serão tornados públicos através de artigos científicos, ou até mesmo em forma de palestras e outros meios de divulgação. Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis: Eliza Dayanne de Oliveira Cordeiro e Gilsirene Scantelbury de Almeida, no endereço: Rua Teresina, 495, Manaus-AM, Telefone (92) 99164-6813. Se você tiver perguntas com relação aos seus direitos como participantes do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética da Universidade Federal do Amazonas, na Escola de Enfermagem na sala 07, na rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, pelo telefone (92) 3305-1181 Ramal 2004 ou pelo e-mail: cep@ufam.edu.br. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo

Via do participante

que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. Solicitamos que, assine o consentimento pós- informação afirmando que compreendeu e está de acordo com os termos apresentados.

Consentimento pós-informação:

Eu, _____ fui informado sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração no estudo, compreendi o objetivo da pesquisa e quais procedimentos serão realizados. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios da mesma. Entendi que sou livre para interromper a minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão, e que isso não me trará prejuízo. Confirmando também que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim e pela pesquisadora. Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar desta pesquisa.

Assinatura do participante da pesquisa



Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Colaborador

Data: __/____/____

IMPRESSÃO
DACTILOSCÓPICA

ANEXO A – Nº DE TRANSPLANTES RENAIIS NO AMAZONAS

 CENTRAL DE TRANSPLANTES DO AMAZONAS 																	
TRANSPLANTES DE RINS																	
TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	OUTUBRO/2017	TOTAL
RINS - DOADOR FALECIDO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	43	24	12	41	9	0	139
RIM - DOADOR VIVO	2	7	23	16	29	21	21	25	24	22	27	17	10	9	7	0	260

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE



CARTA DE ANUÊNCIA Nº. 004/2018

Utilizo-me desta para informar que o projeto de pesquisa intitulado “QUALIDADE DE VIDA DO RECEPTOR DE TRANSPLANTE RENAL NO AMAZONAS E FATORES RELACIONADOS”, tendo como Pesquisadora Responsável Enfª Eliza Dayanne de Oliveira Cordeiro, tem autorização para realizar coleta de dados nesta Fundação.

Informamos ainda que a referida pesquisa só **deverá ser iniciada após parecer de aprovação emitido 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 e relatório referente à pesquisa realizada e, sempre que necessário, deverá responder quaisquer questionamentos sobre a mesma de acordo com o Regimento Interno deste Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospital Adriano Jorge.**

Manaus, 21 de março de 2018.

Christianny
Christianny Costa Sena
 Diretora-Presidente

ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA DA CLÍNICA RENAL DE MANAUS

Clínica Renal de Manaus

CARTA DE ANUÊNCIA

Utilizo-me desta para informar que o projeto de pesquisa intitulado **“QUALIDADE DE VIDA DO RECEPTOR DE TRANSPLANTE RENAL NO AMAZONAS E FATORES RELACIONADOS”**, tendo como pesquisadora responsável **Enfa. Eliza Dayanne de Oliveira Cordeiro**, tem autorização para realizar coleta de dados nesta Clínica.

Informamos ainda que a Clínica Renal de Manaus 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 à esta clínica um relatório final referente à pesquisa realizada e, sempre que necessário, deverá responder quaisquer questionamentos sobre a mesma.

Manaus, 21 de Agosto de 2018

Dr. Rolando Guillermo Vermehren
CPF: 161.025.412-00
CNS 203675996570002
CRM 1752

Dr. Rolando Vermehren

Clínica Renal de Manaus Ltda
Av. Presidente Castelo Branco, 1709 – Cachoeirinha – Manaus/AM – 69065-010
Tel.: +55 92 36635651

**ANEXO D – KIDNEY DISEASE QUALITY OF LIFE – SHORT FORM (KDQOL-SF)
– QUESTIONÁRIO NA VERSÃO TRADUZIDA E VALIDADA NO BRASIL**

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Eu me sinto tão saudável quanto qualquer pessoa que conheço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Acredito que minha saúde vai piorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Minha saúde está excelente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

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

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

Quanto tempo durante as 4 últimas semanas...

	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
					
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
					
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
					
d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
					
e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
					
f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Dores</u>					
<u>musculares?</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<u>Dor no peito?</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<u>Cãibras?</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<u>Coceira na pele?</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<u>Pele seca?</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<u>Falta de ar?</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<u>Fraqueza ou tontura?</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<u>Falta de apetite?</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<u>Esgotamento (muito cansaco)?</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<u>Dormência nas mãos</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<u>ou pés (formigamento)?</u>					
<u>Vontade de vomitar ou indisposição</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<u>estomacal?</u>					
<u>(Somente paciente em hemodiálise)</u>					
<u>Problemas com sua via de acesso (fístula ou cateter)?</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<u>(Somente paciente em diálise peritoneal)</u>					
<u>Problemas com seu catéter?</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a Diminuição de líquido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
b Diminuição alimentar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
c Sua capacidade de trabalhar em casa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
d Sua capacidade de viajar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
e Dependência dos médicos e outros profissionais da saúde?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
f Estresse ou preocupações causadas pela doença renal?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
g Sua vida sexual?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
h Sua aparência pessoal?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5

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 →

Sim 2

Se respondeu não, por favor pule para a Questão 17

Nas últimas 4 semanas você teve problema em:

Nenhum problema	Pouco problema	Um problema	Muito problema	Problema enorme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
b Dormiu pelo tempo necessário?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6
c Teve dificuldade para ficar acordado durante o dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 6

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

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

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

Sim	Não
□□□□□□□□□□□□□□□□	
□ ₁	□ ₂

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

Sim	Não
□□□□□□□□□□□□□□□□	
□ ₁	□ ₂

22. No geral, como você avaliaria sua saúde?

A pior possível (tão ruim ou pior do que estar morto)	Meio termo entre pior e melhor	A melhor possível
□	□	□
0	5	10
1	6	
2	7	
3	8	
4	9	
□	□	□

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

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

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

Obrigado por você completar estas questões!

ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores relacionados à qualidade de vida do receptor de transplante renal

Pesquisador: Eliza Dayanne de Oliveira Cordeiro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 88684218.7.0000.5020

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Manaus

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.724.945

Apresentação do Projeto:

A pesquisadora refere que Junto ao desenvolvimento das sociedades e a evolução da medicina moderna vêm ocorrendo um aumento da expectativa de vida das pessoas e das doenças crônicas. Estas representam um alto custo para os cofres públicos e para os sistemas de saúde. Além disso, as doenças crônicas costumam afetar de maneira drástica a qualidade de vida dos acometidos e, nesse sentido, podemos destacar a insuficiência renal crônica. A doença renal irreversível costuma levar os pacientes, nos últimos estágios da patologia, a depender de processos dialíticos para sobreviver. Dentre as terapias de substituição renal, a hemodiálise é uma das mais utilizadas atualmente, deixando o paciente "preso à máquina" por diversas horas, 3 dias na semana (geralmente), até o fim de suas vidas, ou até que alcancem um transplante renal, quando elegíveis, e dependendo da disponibilidade de órgão compatível nas centrais de transplante. Nesta perspectiva, mensurar a qualidade de vida desses pacientes em todos os estágios e períodos da doença se faz de suma importância na medida em que possibilita avaliar a eficácia dos regimes e recursos terapêuticos empregados. Conhecer a qualidade de vida dos pacientes nos diversos tipos de diálise e pós-transplante também pode servir como auxílio à profissionais de saúde e usuários na escolha do tratamento ideal para cada caso. Informa que o objetivo dessa pesquisa será caracterizar a qualidade de vida dos pacientes renais transplantados em Manaus/Amazonas e levantar os fatores socioeconômicos e clínicos que possam estar associados às alterações nesta qualidade de vida. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem quantitativa.

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 2.724.945

Para a coleta dos dados, pretende-se adotar um questionário sociodemográfico e de histórica clínica elaborado pelas autoras, e do questionário Kidney Disease Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF). O KDQOL-SF é um instrumento composto por escalas do tipo likert criado para avaliar a qualidade de vida de pacientes crônicos renais. Ele é composto por 19 dimensões (8 genéricas e 11 específicas) e foi traduzido e validado no Brasil em 2003. Os participantes do estudo serão todos os pacientes transplantados renais que vivem ou fazem acompanhamento clínico em Manaus/AM no período da coleta dos dados e estiverem com o transplante funcionando, sem precisar de tratamento dialítico. Serão excluídos os portadores de outras doenças crônicas não relacionadas à doença renal, já que poderiam interferir na sua percepção de qualidade de vida. A amostra será feita por acessibilidade, utilizando a técnica de "bola de neve" para a busca ativa de parte dos participantes. A coleta de dados ocorrerá primeiramente no ambulatório do Hospital Adriano Jorge onde são acompanhados, pelo SUS, os transplantados renais da cidade. Posteriormente faremos busca ativa dos demais transplantados a partir de contatos fornecidos pelos primeiros participantes inclusos. A análise e apresentação dos dados serão realizadas por meio de estatística descritiva, através de medidas de tendência central, dispersão e variância; e a relação entre os fatores sócio-demográficos e clínicos e as dimensões da qualidade de vida será medida por testes de associação e modelos de regressão simples e multivariada. Aspectos Éticos: A coleta de dados só terá início após parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a qualidade de vida e levantar fatores relacionados em receptores de transplante renal em Manaus/Amazonas.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar aspectos sociodemográficos, clínicos e histórico da Doença Renal Crônica dos receptores de Tx renal;
- Mensurar a QV de transplantados renais;
- Buscar relação entre escores de QV e aspectos sociodemográficos e clínicos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: ADEQUADO

Os riscos dessa pesquisa são mínimos já que a mesma não envolve procedimentos ou exames invasivos, nem tão pouco crianças. Porém as perguntas dos questionários que serão utilizados podem vir a trazer algum tipo de constrangimento ou outro mal-estar ao participante. Esses riscos

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

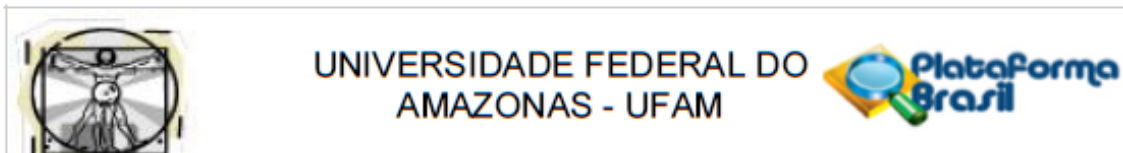
CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.724.945

É o parecer

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1123728.pdf	27/04/2018 16:17:34		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_CEP.docx	27/04/2018 16:16:06	Eliza Dayanne de Oliveira Cordeiro	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_assinada.pdf	27/04/2018 16:14:29	Eliza Dayanne de Oliveira Cordeiro	Aceito
Outros	carta_anuencia_FHAJ.jpg	27/04/2018 10:53:57	Eliza Dayanne de Oliveira Cordeiro	Aceito
Outros	FORMULARIO_sociodemografico_clinico_versao_final.docx	27/04/2018 10:18:25	Eliza Cordeiro	Aceito
Outros	KDQOL_SF_traduzido_validado.doc	27/04/2018 10:14:28	Eliza Cordeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2_VIAS.docx	27/04/2018 10:12:02	Eliza Cordeiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 20 de Junho de 2018

Assinado por:
Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador)

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com

**ANEXO F – ARTIGO SUBMETIDO A REVISTA LATINO AMERICANA DE
ENFERMAGEM (RLAE) EM 22 DE JUNHO DE 2019**

**Análise da qualidade de vida de receptores de transplante renal através de instrumento
específico**

Submetido à apreciação da RLAE em 22.06.2019

Objetivo: analisar a qualidade de vida de receptores de transplante renal através de instrumento específico para esta população. Método: Estudo transversal, descritivo, realizado com 222 indivíduos pós-transplante renal. A coleta de dados se deu por meio de entrevista estruturada onde foram coletados dados para caracterização da população e a qualidade de vida foi medida pelo *Kidney Disease Quality of Life – Short Form*. Para análise dos dados foi utilizada estatística descritiva e entre os domínios mais comprometidos o teste de correlação de Pearson(r) foi aplicado. Resultados: 12 dos 19 domínios de qualidade de vida avaliados tiveram escores acima de 70. Os domínios de qualidade de vida específicos da doença renal se mostraram superiores aos genéricos. Os mais comprometidos foram: “situação de trabalho”, “sono”, “função física” e “função emocional”; correlacionadas moderadamente entre si. Conclusão: A maioria (63,2%) dos domínios de qualidade de vida obtiveram escores acima de 70, o componente específico da doença renal teve pontuações superiores ao componente genérico. Atenção deve ser dada ao comprometimento físico e mental da clientela, além da qualidade do sono e das perspectivas e possibilidades de retorno ao mercado de trabalho.

Descritores: Qualidade de Vida; Insuficiência Renal Crônica; Transplante de Rim; Assistência ao Paciente; Transplantados; Saúde Pública.

Descriptors: Quality of Life; Chronic Renal Insufficiency; Kidney Transplantation; Patient Care; Transplant Recipients; Public Health.

Descriptores: Calidad de Vida; Insuficiencia Renal Crónica; Trasplante de Riñón; Atención al Paciente; Receptores de Trasplantes; Salud Pública.

Introdução

A prevalência mundial da doença renal crônica terminal (DRCt) tem aumentado consideravelmente nos últimos anos. O avanço tecnológico relacionado às Terapias Renais Substitutivas (TRS) – hemodiálise (HD), diálise peritoneal (DP) e transplante (Tx) renal – tem possibilitado maior sobrevida aos pacientes, ainda que com algumas sequelas e/ou comorbidades^(ALVARES *et al.*, 2013).

O Brasil é destaque na coordenação e na regulamentação de transplantes de órgãos em serviços públicos, ficando em 2º lugar em número absoluto de transplantes no mundo⁽²⁾. Apesar disso, a taxa de transplantes renais permanece inalterada nos últimos 6 anos (28,5pmp). Além disso, o Registro Brasileiro de Transplantes (RBT) em sua mais recente publicação evidencia uma queda de 32,9% na taxa de Tx com doador vivo em contrapartida a um aumento de apenas 10,3% na taxa com doador falecido⁽³⁾.

Quando considerada a proporção populacional, no ano de 2017 o Brasil ocupou o 25º lugar em um ranking de 35 países em relação à realização de transplantes renais, com uma taxa de 28,8pmp. Em 2018, foram realizados 5.923 Tx renais, em contrapartida a uma necessidade estimada de 12.460, ou seja, menos de 50%⁽³⁾.

Em contraponto, uma pesquisa realizada em 2016 analisou os custos médios do transplante renal e das demais TRS sob a perspectiva do SUS e demonstrou que o Tx renal gera uma economia de 37 a 82 mil reais por paciente no período do estudo (quatro anos) em relação as demais terapias substitutivas. Os resultados puderam caracterizar o Tx renal como a melhor alternativa, financeira e clínica, nos casos de doença renal crônica terminal (DRCt)⁽⁴⁾.

Embora a doença renal tenha adquirido importância no rol das doenças crônicas, existe um número reduzido de artigos relacionados à temática, entre eles predominam os referentes a usuários em hemodiálise, evidenciando as dimensões de saúde relacionadas à DRC, e como as mesmas influenciam a sua qualidade de vida (QV)⁽⁵⁾.

Para avaliar a eficácia e até mesmo auxiliar na escolha dentre as modalidades de tratamento disponíveis, a qualidade de vida vem sendo frequentemente utilizada como parâmetro ao redor do mundo^(BEBER; FONTELA; HERR, 2017). Para tanto, estudos vêm apresentando instrumentos formulados no intuito de mensurar a QV de forma genérica e, também, de forma específica em grupos de indivíduos com características diferenciadas da população em geral, a exemplo os portadores de DRC.

Um dos instrumentos genéricos de QV mais famosos e utilizado atualmente é o Inquérito de Saúde SF-36 publicado em 1993, traduzido e validado no Brasil em 1997^(CICONELLI et al., 1999). Dele derivou-se o *Kidney Disease Quality of Life - Short Form* (KDQOL-SF), um questionário, publicado em 1997, específico para a mensuração da QV em pacientes renais crônicos em tratamento dialítico⁽⁸⁾.

Em 2003, o KDQOL-SF foi traduzido e validado para o Brasil, e hoje é um dos instrumentos mais completos de QV disponíveis para a população renal⁽⁹⁾. Já em 2006, um estudo realizado em Budapeste/Hungria demonstrou que o KDQOL-SF é também confiável e válido para pacientes pós-Tx renal, podendo inclusive ser utilizado para comparar diferentes populações com doença renal terminal⁽¹⁰⁾. No entanto, poucos são os estudos publicados que analisam a qualidade de vida da clientela pós-Tx renal através desse instrumento específico e abrangente, apenas 1 brasileiro^(BEBER; FONTELA; HERR, 2017).

Ao contrário da região Sul do Brasil, onde foi realizado o último estudo citado, a região Norte detém as piores taxas de Tx renal do país: 49,1pmp e 4,4pmp respectivamente. Muitos fatores estão implicados nessa situação, como o fato de que 4 dos 7 estados que compõem a Região Norte praticamente não estão realizando transplantes renais no último ano, sendo eles: Amazonas(AM), Amapá(AP), Roraima(RR) e Tocantins(TO)⁽³⁾.

Considerando o exposto, o presente estudo teve como objetivo analisar a qualidade de vida de pacientes transplantados renais, através de instrumento específico para DRC.

Método

Estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, realizado em um ambulatório público e uma clínica privada que acompanham pacientes renais pós-transplante na cidade de Manaus (AM), Brasil.

Previamente ao início da coleta, as instituições forneceram uma lista com os pacientes pós-Tx cadastrados nas mesmas: 199 usuários no ambulatório público e 85 na clínica particular; totalizando 284 pacientes renais transplantados que correspondem à população do estudo. Destes, 22 não atenderam aos critérios de inclusão pois eram menores de idade (7), estavam fora da cidade no período da coleta (6) ou se recusaram a participar do estudo (9). Outros 15 cadastrados nas listas foram excluídos por serem indígenas (4), por terem perdido a funcionalidade do enxerto e/ou voltado à terapia dialítica (8) ou não tinham condições cognitivas de responder aos questionários (3). Além disso, 5 haviam falecido, 9 se recusaram a participar o estudo e 13 não foram localizados. Com isso, a amostra final foi composta por 222 receptores de transplante renal.

A coleta de dados ocorreu de junho de 2018 a fevereiro de 2019. Neste período foi realizada uma busca ativa de todos os pacientes cadastrados através de telefonemas, associações de usuários, redes-sociais virtuais, além de serem convidados de forma presencial, no momento que compareciam para a consulta de acompanhamento. As entrevistas foram realizadas individualmente, em local previamente acordado com o participante.

Todos os participantes foram convidados de forma presencial, telefônica ou por internet (redes sociais e aplicativos de mensagens). Foram considerados “não-localizados” aqueles que não puderam ser abordados ou não compareceram às consultas de retorno pós-Tx e/ou não puderam ser contatados após 3 ou mais tentativas telefônicas.

Para o procedimento de coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos: um questionário, elaborado pelas autoras, composto por questões sociodemográficas e da história

da doença renal, para caracterização da população; e o *Kidney Disease Quality of Life – Short Form* (KDQOL-SF).

O KDQOL-SF é composto por 80 itens distribuídos entre 21 subescalas de QV; ele inclui o *MOS 36 Item Short -Form Health Survey* (SF-36) como medida genérica e é complementado por itens voltados às particularidades do paciente renal crônico⁽⁹⁾. O questionário KDQOL-SF é de domínio público, disponibilizado de forma gratuita no site da desenvolvedora *RAND Corporation*⁽⁸⁾(HAYS *et al.*, 1997).

O SF-36 é composto por 8 dimensões: Funcionamento físico, Função física, Função emocional, Função Social, Bem-estar emocional, Dor, Energia/Fadiga, Saúde Geral e 1 item sobre Saúde Atual computado a parte. Já a parte específica do KDQOL-SF contempla 11 dimensões: Sintomas/problemas, Efeitos da doença renal, Sobrecarga da doença renal, Situação de trabalho, Função cognitiva, Qualidade das interações sociais, Função sexual, Sono, Suporte social, Estímulo da equipe de diálise, Satisfação do paciente e 1 item de Saúde Geral computado a parte⁽⁹⁾. Foram excluídos 5 itens que correspondem à duas dimensões da parte específica questionário por serem voltados a pacientes em diálise.

Após a aplicação do KDQOL-SF suas respostas precisam ser recodificadas para que cada item corresponda a um número de 0 a 100, onde valores maiores sempre representem melhores estados de qualidade de vida. O valor de cada dimensão de QV corresponde à média aritmética dos itens que a compõem. O manual com as instruções de codificação e interpretação é disponibilizado gratuitamente no site da *RAND*⁽⁸⁾.

Para a análise estatística descritiva dos dados, os resultados foram expressos em frequência absoluta (n) e relativa (%) para as questões referentes à caracterização da população de estudo; e médias e desvios-padrão para os escores das dimensões de qualidade de vida.

Ainda foi utilizado teste de correlação de Pearson entre escores das dimensões de QV da mesma população; onde valores de *r* entre 0,1 e 0,29 foram considerados como um efeito

pequeno, valores de r entre 0,3 e 0,49 efeito médio e $r \geq 0,5$ efeito grande⁽¹¹⁾. Para avaliar a confiabilidade e consistência interna das respostas ao instrumento, foi calculado o coeficiente alfa(α) de Cronbach, onde valores maiores que 0,7 são considerados confiáveis (CRONBACK LJ, 1951).

Os dados coletados foram armazenados, codificados, analisados e interpretados através da ferramenta *Statistical Package for Social Sciences SPSS para Windows*, versão 21.0.

Todos os participantes, após serem orientados e aceitarem participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Essa pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CEP-UFAM) sob o parecer nº. 2.724.945 e CAAE 88684218.7.0000.5020.

Resultados

A amostra final do estudo foi composta por 222 participantes entre os quais predominaram homens (60,4%), casados (45,5%), com idade média de 45,8($\pm 12,8$) anos, pardos (74,3%), com 11,3($\pm 4,6$) anos de estudo.

A maioria (72,1%) dos entrevistados negou trabalho atual, porém a renda pessoal variou de 0,0 a 30,1 salários mínimos*, com mediana de 1,3[1,0;3,3]. Este contraponto se deve a uma grande parte dos participantes receber auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez. Além disso, alguns referiram meio informal de composição de renda que não foram mencionados na questão referente a trabalho por medo de comprometerem o atual ou futuro auxílio-doença.

Quanto ao município de residência atual, 194 (87,4%) moravam em Manaus (Capital) e o restante no interior do estado. O serviço público foi responsável por acompanhar 77% dos transplantados entrevistados.

Já em relação ao tipo de doador do órgão, 110 receberam de doadores familiares, 35 de doadores vivo não-parentes (totalizando 65,3% de transplantes com doadores vivos) e 77 (34,7%) de falecidos.

Os resultados relativos à QV relacionada à saúde do grupo em estudo são exibidos na tabela 1, divididos entre os escores dos domínios genéricos de saúde e específicos da DRC. De forma geral, ao observar esses resultados, percebe-se que os escores dos domínios específicos do instrumento foram melhores que os domínios genéricos.

Tabela 1 – Análise descritiva dos escores de qualidade de vida (*KDQOL-SF**) em receptores de transplante renal, em cada um dos seus domínios. Manaus, AM, Brasil. 2018-2019 (n=222).

	Domínios da qualidade de vida	Média(±DP**)
<i>KDQOL</i>	Sintomas/problemas	83,1(±14,5)
	Efeitos da doença renal	83,1(±16,3)
	Sobrecarga da doença renal	71,0(±28,8)
	Situação de trabalho	36,5(±40,0)
	Função cognitiva	82,8(±19,3)
	Qualidade das interações sociais	77,7(±20,7)
	Função sexual	75,4(±25,4)
	Sono	53,7(±17,3)
	Suporte social	83,5(±23,0)
<i>SF-36</i>	Avaliação da saúde geral	78,5(±16,8)
	Funcionamento físico	73,1(±26,1)
	Função física	52,4(±39,7)
	Função emocional	55,1(±43,5)
	Função social	75,7(±27,1)
	Bem-estar emocional	73,7(±21,2)
	Dor	78,7(±25,2)
	Vitalidade (Energia/Fadiga)	67,1(±21,1)
	Saúde Geral	64,7(±24,3)
	Saúde Atual – comparada a um ano atrás	61,9(±25,7)

**Kidney Disease Quality of Life – Short Form*; **DP – desvio padrão

Quanto as dimensões específicas da doença renal, apenas Sono (53,7) e Situação de Trabalho (36,5) tiveram médias abaixo de 70, sendo a Situação de trabalho (ou Papel profissional) criticamente comprometida, o que provavelmente é reflexo da situação laboral da maioria dos participantes, onde 72,1% afirmaram não estarem trabalhando.

Já no que se refere as dimensões genéricas de saúde, nenhuma apresentou valor tão crítico. Porém, cinco entre os nove escores tiveram médias abaixo de 70; sendo os piores a Função física (52,4) e a Função emocional (55,1).

Ao testarmos a relação entre as dimensões mais prejudicadas dos componentes específico e genérico de QV, encontramos correlações moderadas entre Sono e Função Emocional ($r=0,32$) e entre Trabalho e Função Física ($r=0,42$) ambos com p valor $<0,01$.

O coeficiente α de cronbach foi igual a 0,95 indicando uma forte consistência interna e confiabilidade das respostas encontradas.

Discussão

Trata-se do primeiro estudo sobre a qualidade de vida de receptores de transplante renal utilizando instrumento específico para doentes renais crônicos na Amazônia, onde observou-se a predominância de homens (60,4%), com 45,2 ($\pm 12,8$) anos, casados (45,5%), residindo na capital Manaus (87,8%), sem trabalho formal (72,1%) e com média de 11,3 ($\pm 4,6$) anos de estudo. Esses dados assemelham-se aos encontrados em outros estudos nacionais^(6,13-14) e internacionais^(10,15-16).

Já em relação a cor/raça autorrelatadas, poucos estudos nacionais sobre a temática divulgaram esta característica da população e dentre esses, na maioria dos participantes, predominou a cor/raça branca^(RIBEIRO *et al.*, 2016)^(ANDRADE; SESSO; DINIZ, 2015). Na presente pesquisa, a maioria dos entrevistados (74,3%) referiram a cor/raça parda.

Essas informações condizem com o cenário brasileiro, segundo o último censo demográfico do instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE), onde a maioria da população se autodeclara branca, principalmente nas regiões Sul(78,5%) e Sudeste(55,2%) (de onde se originam o maior número de publicações científicas), contrapondo-se às demais regiões como a Norte, onde a maioria dos habitantes se autodeclaram pardos(66,9%)(BRASIL, 2019).

Um trabalho publicado em 2018 analisou as repercussões do contexto geográfico e socioeconômico do Brasil no Tx renal e identificou que essas características, tão discrepantes entre as macrorregiões do país, exercem influência direta na oferta e no acesso da população a

opções terapêuticas em saúde como o transplante. Na região Norte, juntamente com a Centro-Oeste, foi identificada uma necessidade elevada de transplantes renais (LIMA *et al.*, 2018).

Já no que tange o tipo de doador do órgão, foram encontrados nesta pesquisa 145 (65,3%) receptores de Tx-renal de doadores vivos, contrapondo o cenário nacional onde o número de transplantes por doador falecido sempre foi maior que o de doadores vivos. No ano de 2018, apenas 17,18% dos Tx-renais no país foram oriundos de doadores vivos⁽³⁾. Estudo semelhante realizado em um município do estado do Rio Grande do Sul (RS) também encontrou prevalência de Tx-renais oriundos de doadores vivos (75%) entre os receptores de Tx renal (BEBER; FONTELA; HERR, 2017). O tipo de doador mais frequente no Amazonas é reflexo também da taxa de doadores efetivos de órgãos: 3pmp, bem inferior a taxa nacional de 17pmp⁽³⁾.

A qualidade de vida relacionada à saúde, principal objeto do presente estudo, foi mensurada por um questionário que contempla uma medida genérica de saúde e outra específica para portadores de DRC. Este instrumento é um dos mais completos para esta clientela, disponível gratuitamente e validado no Brasil⁽⁹⁾.

Como se pode observar nos resultados discriminados na tabela 2, as dimensões específicas da QV, em sua maioria, obtiveram melhores escores em relação as dimensões genéricas; como também foi observado em outros estudos similares. Ao comparar os resultados de QV desses estudos com o aqui apresentado, verificou-se que no Amazonas a QV do paciente pós-Tx renal é inferior à dos receptores do Rio Grande do Sul (BEBER; FONTELA; HERR, 2017), porém supera a maior parte dos países que publicaram resultados do KDQOL-SF em transplantados, como a Noruega, Hungria, Polônia e Massachusetts nos EUA⁽¹⁰⁾ (VON DER LIPPE *et al.*, 2016) (MADARIAGA *et al.*, 2016).

O menor escore de QV do presente estudo foi o da dimensão “Situação de Trabalho” (36,5±40), reflexo da situação laboral da maioria dos participantes que referem não estar

trabalhando (72,1%) e receberem até no máximo um salário mínimo (36,1%). Essa dimensão também foi uma das mais comprometidas em estudos similares com pacientes pós-Tx renal no Brasil (BEBER; FONTELA; HERR, 2017) e em outros países (VON DER LIPPE *et al.*, 2016) (MADARIAGA *et al.*, 2016).

Durante o processo de entrevistas, foi observado o receio em diversos participantes em falar sobre sua situação laboral, pois uma grande parcela deles informou receber auxílio doença ou aposentadoria por invalidez, e demonstraram preocupação em perder o direito ao benefício. Alguns chegaram a verbalizar que “não podem procurar trabalho” pois, se conseguissem, perderiam o benefício.

Já outros participantes demonstraram não se sentirem capazes de retornar ao mercado de trabalho devido às suas condições específicas de saúde realmente. Foi possível observar de forma empírica que uma parte dos entrevistados, mesmo após longo período do transplante, ainda se enxerga de forma inapta a um estilo e a uma rotina de vida “normais”. Esses acreditam não poderem realizar nenhum tipo de esforço/atividade física ou trabalho formal, considerando-se ainda frágeis, vulneráveis e com grande risco de perda do enxerto, mesmo fazendo o acompanhamento pós-Tx corretamente; informação muitas vezes infundada segundo a literatura (ABTO, 2015).

Esses achados, ainda que subjetivos, nos sugerem a necessidade de investimento em políticas públicas, econômicas e sociais, para a formação, capacitação, inserção e reinserção dessas pessoas no mercado de trabalho. Deve-se lembrar que este grupo de pessoas são portadoras de uma doença crônica que, na maioria das vezes, os afastou ou impossibilitou de desempenharem seu trabalho ou seguirem com seus estudos/formação por um longo período de tempo; principalmente para aqueles que fizeram uso da hemodiálise como opção terapêutica até alcançarem o Tx-renal, sendo esta modalidade de TRS predominante (82,8%) no Brasil (ALVARES *et al.*, 2013).

Outro domínio específico do KDQOL-SF bastante comprometido foi o Sono com escore 53,7 ($\pm 17,3$). O estudo similar realizado no Brasil, no estado RS encontrou média bem melhor (77,4 \pm 19,5) nesta dimensão entre os receptores de Tx-renal inclusos (BEBER; FONTELA; HERR, 2017). Nos estudos internacionais que utilizaram o mesmo instrumento após transplante renal, o menor escore encontrado no domínio Sono foi em Boston/Massachusetts nos EUA, em 2016 (MADARIAGA *et al.*, 2016) com 64,1($\pm 16,7$) de média no domínio.

Quanto a parte genérica do instrumento, derivada do SF-36, as dimensões mais prejudicadas foram a Função Física (52,4 \pm 39,7) e a Função Emocional (55,1 \pm 43,5). Elas se referem a quanto a questões físicas e emocionais interferiram nas atividades ou funções diárias do indivíduo, e se ele precisou reduzir essas atividades. No outro estudo brasileiro, realizado no sul do país, nenhum dos domínios da parte genérica ficou com média inferior a 60 (BEBER; FONTELA; HERR, 2017).

Já entre os estudos internacionais similares, alguns também tiveram o domínio Função Física comprometido, com escores abaixo de 60⁽¹⁰⁾ (ZIAJA *et al.*, 2009) (KOSTRO; HELLMANN; KOBIELA, 2016), porém a Função Emocional teve bons escores nesses estudos.

Apenas dois estudos, um realizado em Daka/Bangladesh e outro em Warsaw/Polônia, tiveram a Função Emocional do componente genérico SF-36 tão comprometidas, inferiores ao estudo aqui apresentado, com escores de 46(± 44) e 37,33($\pm 43,6$) respectivamente (CZYŻEWSKI *et al.*, 2018) (CZYŻEWSKI *et al.*, 2014) (HOSSAIN *et al.*, 2015).

Foi possível observar correlação moderada e significativa entre as dimensões Sono vs Função Emocional e entre Situação de Trabalho vs Função Física, como mencionado nos resultados. Esta correlação talvez seja consequência do serviço de acompanhamento pós-Tx precário e improvisado na época da coleta. Foram observados sintomas como medo, angústia,

ansiedade e sofrimento numa parcela dos participantes, e poucos tinham autopercepção dessa necessidade de cuidado psicossocial ou já faziam acompanhamento.

Como dito anteriormente, alguns entrevistados também demonstram receio e insegurança para a realização de atividades cotidianas, como esportes, carregar peso, viajar etc. Essa percepção de comprometimento físico, muitas vezes maior que a real, colabora para sensação de inabilidade ou incapacidade de retorno as atividades laborais, podendo afetar consequentemente sua função emocional.

Os resultados aqui encontrados apontam para a necessidade de educação em saúde sobre os cuidados e estilo de vida pós-Tx renal, incluindo orientações e promoção de atividades voltadas a prática de exercícios físicos permitidos para este público específico. Nesse quesito, a enfermagem pode ser um ponto chave para intervenções, já que é o profissional que ainda tem contato mais frequente e prolongado com os clientes em tratamento ambulatorial pós-Tx.

Além disso, sugere-se atenção especial dos profissionais de saúde envolvidos à qualidade do sono dos transplantados, seus fatores relacionados e mecanismos ou estratégias de regularização do mesmo.

Também se faz necessária a conscientização da população sobre transplante e campanhas de promoção à doação de órgãos, tornando públicos estudos que mostram a melhora na QV tanto do receptor quando do doador (HOSSAIN *et al.*, 2015) (JOSHI; ALMEIDA; ALMEIDA, 2013); assim como investimentos no serviço de captação de órgãos local.

Uma das limitações encontradas na presente pesquisa diz respeito ao recorte transversal que prejudica a determinação de relações causa-efeito entre as variáveis estudadas. Além disso, o método quantitativo não abarca a totalidade e profundidade da temática multifatorial e complexa que é a Qualidade de Vida em Saúde de portadores de uma DRC chegando ao estágio terminal passando pela indicação e expectativa de um transplante de órgão com sucesso.

Por isso, sugere-se o desenvolvimento de estudos futuros com abordagens diferenciadas: longitudinais que possam demonstrar a evolução e modificações da QV ao longo dos anos pós-Tx; que investiguem o comprometimento psicológico/psiquiátrico dessa clientela; que busquem analisar as áreas apontadas aqui como comprometidas (física, emocional/mental e laboral); e qualitativos que permitam o aprofundamento na captação dos sentimentos e percepções do indivíduo que convive com a DRC ao longo de anos, incluindo aqueles que alcançaram a melhor alternativa terapêutica nos casos de DRCT; abordando suas expectativas, medos, perdas, vitórias e perspectivas atuais e futuras.

Outra limitação do estudo está relacionada a escassez de outros trabalhos brasileiros que viabilize a discussão da temática em nível nacional e as diferenças inter-regionais sobre a QV dos receptores de Tx-renal; além dos poucos estudos internacionais que ainda se limitam ao continente europeu quase que na sua totalidade.

Conclusão

Com o objetivo de analisar a QV de receptores de Tx-renal no Amazonas, estado da região norte do Brasil, através de um instrumento específico para doentes renais crônicos em terapia renal substitutiva, foi possível vislumbrar a situação de saúde dessa clientela e sua necessidade de atenção criteriosa por uma equipe multidisciplinar.

Houve uma predominância de receptores de rins oriundos de doadores vivos, que contrapôs o cenário nacional. A QV em saúde autorrelatada através do KDQOL-SF teve médias melhores no componente específico do instrumento, que se mostrou válido e confiável para a população em estudo.

As dimensões de QV mais comprometidas foram “situação de trabalho”, “função física”, “sono” e “função emocional”, que foram correlacionadas de forma moderada e significativa através do coeficiente de correlação de Pearson.

Ainda que de forma empírica, foi observada uma insegurança e medo de retorno a vida laboral e ativa entre os participantes, consequências da sensação de fragilidade física e do receio de perda do funcionamento do enxerto. Uma parcela dos participantes também demonstrou um estado de sofrimento psíquico e sinais de alterações emocionais; muitas vezes sem autopercepção e sem busca ou acesso a atendimentos específicos.

Salienta-se a necessidade de ações e políticas de promoção à doação de órgãos no estado; além do desenvolvimento de futuras pesquisas na temática através de metodologias de estudo diversificadas, que possam contemplar de forma mais aprofundada a complexidade e multifatorialidade que é a qualidade de vida em saúde.

Referências

1. Alvares J, Almeida AM, Szuster DAC, Gomes IC, Andrade EIG, Acurcio F de A, et al. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18 (7): 1903-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700005>.
2. Santos BP, Viegas AC, Paula EA, Lise F, Rodrigues LPV, Fuculo Junior PRB, et al. Percepção de pessoas submetidas ao transplante renal sobre a doação de órgãos. *ABCS Health Sci*. 2018; 43 (1): 30-5. doi: <https://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v43i1.928>.
3. ABTO, Associação Brasileira de Transplante de Órgãos [Internet]. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2011-2018). *Registro Brasileiro de Transplantes (RBT)*. 2018; XXIV (4): 1-102. [Acesso 9 mai 2019]. Disponível em: http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2018/Lv_RBT-2018.pdf
4. Silva SB, Caulliraux HM, Araújo CAS, Rocha E. Uma comparação dos custos do transplante renal em relação às diálises no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32 (6):1-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00013515>.

5. Weykamp JM, Nunes MHB, Cecagno D, de Siqueira HCH. Quality of life and chronic renal failure. *J. res.: fundam. care. online.* 2017; 9 (4):1113-20. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1113-1120>.
6. Beber GC, Fontela PC, Herr GEG, Winkelmann ER. Qualidade de vida de pacientes transplantados renais após longo período do transplante. *Revista Saúde e Pesquisa.* 2017; 10 (1): 163-70. doi: <http://dx.doi.org/10.177651/1983-1870.2017v10n1p163-170>.
7. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev bras reumatol [internet].* 1999; 39 (3):143-50. [Acesso 6 mai 2019]. Disponível em: <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2011/04/validacao-sf-36-brasildoc.pdf>
8. Hays RD, Kallich JD, Coons SJ, Amin N, Carter WB, Kamberg C. *Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™), Version 1.3: A Manual for Use and Scoring.* Santa Monica: RAND [internet]; 1997. [cited May 10, 2019]. 39p. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399905004277?via%3Dihub>
9. Duarte PS, Miyazaki MCOS, Ciconelli RM, Sesso R. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SF™). *Rev Assoc Med Bras.* 2003; 49 (4): 375-81. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302003000400027>.
10. Barotfi S, Zs M, Almasi C, Zs A, Eremenco S, Novak M, et al. Validation of the Kidney Disease Quality of Life-Short Form questionnaire in kidney transplant patients. *Journal of Psychosomatic Research.* 2006; 60 (5): 495-504. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.09.009>.
11. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* 2 ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.

12. Cronback LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951; 16 (3): 297-334. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/BF02310555>.
13. Leite RF, Carolina A, Silva M, Oliveira PC, Marta L, Medina J, et al. Measurement of adherence to immunosuppressive drugs in renal transplant recipients. *Acta Paul Enferm*. 2018; 31 (5):489-96. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800069>.
14. Ribeiro DF, Ribeiro RCHM, Baptista MASF, Cesarino CB, Rodrigues CC, Parra WL. Demographic and clinical factors associated with health-related quality of life of kidney-transplanted patients. *Rev enferm UFPE on line*. 2016; 10(1): 57-64. doi: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.8423-73529-1-RV1001201608>.
15. Abaci SH, Alagoz S, Salihoglu A, Yalin SF, Gulcicek S, Altiparmak MR, et al. Assessment of Anemia and Quality of Life in Patients With Renal Transplantation. *Transplantation Proceedings*. 2015; 47 (10): 2875-80. doi: <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2015.10.043>.
16. Chow SKY, Tam BML. Is the kidney disease quality of life-36 (KDQOL-36) a valid instrument for Chinese dialysis patients? *BMC Nephrology*. 2014; 15 (199) :1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2369-15-199>.
17. Andrade SV, Sesso R, Diniz DHMP. Hopelessness, suicide ideation, and depression in chronic kidney disease patients on hemodialysis or transplant recipients. *J Bras Nefrol*. 2015; 37 (1): 55-63. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20150009>.
18. Brasil [Internet]. Censo Demográfico 2010 - Resultados do Universo - Características da População e dos Domicílios. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [Acesso 25 mai 2019]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-demografico/demografico-2010/universo-caracteristicas-da-populacao-e-dos-domicilios>
19. Lima SNF, Vieira LJES, Oliveira JGR, Nascimento JMS, Cavalcante RR, Lucas GNC, et al. Repercussões do contexto socioeconômico do Brasil no transplante renal - Resumos do

- XXIX Congresso Brasileiro de Nefrologia. *J bras nefrol.* 2018; [Acesso 10 jun 2019]. 40(3 Supl. 1): 1-245. Disponível em: [http://www.bjn.org.br/article/list/40/3 Supl 1/2018](http://www.bjn.org.br/article/list/40/3%20Suppl%201/2018)
20. von der Lippe N, Waldum-Grevbo B, Reisæter AV, Os I. Is HRQOL in dialysis associated with patient survival or graft function after kidney transplantation? *BMC Nephrology.* 2016; 17 (94): 1-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12882-016-0316-5>.
21. Czyżewski Ł, Frelik P, Wyzgał J, Szarpak Ł. Evaluation of Quality of Life and Severity of Depression, Anxiety, and Stress in Patients After Kidney Transplantation. *Transplantation Proceedings.* 2018; 50(6): 1733-7. doi: <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2018.04.026>.
22. Madariaga MLL, Spencer PJ, Shanmugarajah K, Crisalli KA, Chang DC, Markmann JF, et al. Effect of tolerance versus chronic immunosuppression protocols on the quality of life of kidney transplant recipients. *JCI Insight.* 2016; 1 (8): 1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1172/jci.insight.87019>.
23. ABTO, Associação Brasileira de Transplante de Órgãos [internet]. Manual de orientação ao paciente em transplante - Enfermagem, Nutrição e Psicologia. [Acesso 30 mai 2019]. Disponível em: http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/GAT/Manual_GAT_Congresso2015.pdf
24. Ziąja J, Boz D, Kowalik A, Cierpka L. Impact of Pancreas Transplantation on the Quality of Life of Diabetic Renal Transplant Recipients. *Transplantation Proceedings.* 2009; 41 (8): 3156-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.transproceed.2009.07.101>.
25. Czyżewski Ł, Sańko-Resmer J, Wyzgał J, Kurowski A. Assessment of Health-Related Quality of Life of Patients after Kidney Transplantation in Comparison with Hemodialysis and Peritoneal Dialysis. *Ann Transplant.* 2014; 19: 576-85. doi: <http://dx.doi.org/10.12659/AOT.891265>.

26. Kostro JZ, Hellmann A, Kobiela J. Quality of Life After Kidney Transplantation: A Prospective Study. *Transplantation Proceedings*. 2016; 48 (1): 50-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.transproceed.2015.10.058>.
27. Hossain RM, Iqbal MM, Islam SF, Faroque MO, Selim SI. Quality of Life in Renal Transplant Recipient and Donor. *Transplantation Proceedings*. 2015; 47 (4): 1128-30. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.transproceed.2014.10.068>.
28. Joshi SA, Almeida N, Almeida A. Assessment of the Perceived Quality of Life of Successful Kidney Transplant Recipients and Their Donors Pre- and Post-Transplantation. *Transplantation Proceedings*. 2013; 45(4): 1435-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.transproceed.2013.01.037>.