

FABIANA FERREIRA DE SOUZA

***AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO
EM HEMODIÁLISE: COMPARAÇÃO DE DOIS
INSTRUMENTOS GENÉRICOS***

CAMPINAS

2004

FABIANA FERREIRA DE SOUZA

***AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO
EM HEMODIÁLISE: COMPARAÇÃO DE DOIS
INSTRUMENTOS GENÉRICOS***

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre
em Enfermagem*

ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. Fernanda Aparecida Cintra

CO-ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. Maria Cecília Bueno Jayme Gallani

CAMPINAS

2004

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

So89q Souza, Fabiana Ferreira de
 Avaliação da qualidade de vida do idoso em hemodiálise:
 comparação de dois instrumentos genéricos. / Fabiana Ferreira de
 Souza. Campinas, SP: [s.n.], 2004.

Orientadores : Fernanda Aparecida Cintra, Maria Cecília
Bueno Jayme Gallani
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Insuficiência renal crônica. 2. Confiabilidade. 3. Diálise.
4. Psicometria. I. Fernanda Aparecida Cintra. II. Maria
Cecília Jayme Gallani. III. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho com todo carinho e admiração,
ao meu filho **Arthur**, uma das grandes razões do meu viver,
ao meu marido **Marcelo**, ao lado de quem divido todos os
prazeres e agruras da vida,e
aos meus pais **José Roberto** e **Rosa Maria**, que são a base de
toda a minha formação.*

AGRADECIMENTOS

A trajetória para a realização deste trabalho foi longa, sofrida, desafiante e gratificante. Mas não teria sido possível sem a colaboração de inúmeras pessoas. A todos dirijo o meu reconhecimento e, de modo especial, agradeço:

Às Professoras Dras. Fernanda Aparecida Cintra e Maria Cecília Bueno Jayme Gallani, por terem dado forma aos meus ideais e conduzido cuidadosamente meus passos em todas as etapas deste estudo, pelo incentivo, apoio, confiança e dedicação em todos os momentos.

Aos meus queridos pais, José Roberto e Rosa Maria, que me deram a vida e com quem aprendi que a busca do conhecimento é o caminho para crescer.

Ao Marcelo, meu amor, que esteve ao meu lado em todos os momentos, auxiliando-me no que fosse necessário;

À Profa. Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini, pessoa estimada, que sempre me incentivou a seguir a carreira acadêmica;

Ao Dr. Afonso Thadeu de Souza Pannacci e Dr. Roberto Gaspar Tunala, pela participação interessada e responsável na coleta de dados;

À Janice, secretária da Pós-Graduação, que sempre me atendeu com carinho e atenção;

Ao Helymar, Cleide e Vanessa, pelo empenho e seriedade na análise estatística dos resultados;

Às Clínicas de Terapia Renal Substitutiva envolvidas neste estudo, por permitirem a realização das etapas da coleta de dados;

Aos idosos, pela participação na pesquisa e por todos os ensinamentos oferecidos;

Ao Serviço de Nefrologia de São Carlos, pelo afastamento proporcionado para que eu concretizasse meu trabalho;

Ao CNPq, pelo apoio financeiro para efetivação deste estudo.

	<i>Pág.</i>
RESUMO.....	<i>xxv</i>
ABSTRACT.....	<i>xxix</i>
1 - INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	33
1.1 - Trajetória percorrida.....	35
1.2 - Envelhecimento populacional e doenças crônicas não transmissíveis.....	38
1.3 - Insuficiência renal crônica no idoso e suas formas de tratamento.....	40
2 - QUALIDADE DE VIDA: CONCEITOS E AVALIAÇÃO.....	47
2.1 - Conceitos.....	49
2.2 - Avaliação da Qualidade de Vida relacionada à saúde.....	51
2.2.1 - Importância da avaliação da Qualidade de Vida relacionada à saúde.....	51
2.2.2 - Instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida relacionada à saúde.....	52
3 - QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA TERMINAL.....	55
3.1 - Qualidade de Vida na insuficiência renal crônica terminal.....	57
3.2 - Qualidade de Vida do idoso portador de insuficiência renal crônica terminal.....	57

3.3 - Instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida relacionada à saúde em pacientes renais crônicos.....	60
3.4 - Desenvolvimento e validação dos instrumentos SF-36 e WHOQOL-breve.....	63
3.4.1 - SF-36.....	63
3.4.2 - WHOQOL-breve.....	64
3.5 - Propriedades psicométricas dos instrumentos SF-36 e WHOQOL-breve....	66
4 - OBJETIVOS.....	69
4.1 - Objetivo Geral.....	71
4.2 - Objetivos Específicos.....	71
5 - CASUÍSTICA E MÉTODO.....	73
5.1 - Local do estudo.....	75
5.2 - Delineamento do estudo.....	75
5.3 - Sujeitos.....	76
5.4 - Período da coleta de dados.....	77
5.5 - Instrumentos de coleta de dados.....	77
5.5.1 - Instrumento de caracterização dos sujeitos.....	77
5.5.2 - SF-36.....	78
5.5.3 - WHOQOL-breve.....	79
5.5.4 - IEQ (<i>Illness Effects Questionnaire</i>) – Questionário para avaliação do impacto de doenças crônicas.....	80
5.5.5 - ESRD – SI (<i>End Stage Renal Disease – Severity Index</i>) – Índice de Severidade da Insuficiência Renal Crônica Terminal.....	81

5.6 - Procedimento.....	81
5.7 - Estudo Piloto.....	82
5.8 - Determinação da confiabilidade e validade dos instrumentos SF-36 e WHOQOL-breve.....	82
5.9 - Análise Estatística.....	84
5.10 - Aspectos Éticos.....	85
6 - RESULTADOS.....	87
6.1 - Caracterização sociodemográfica e clínica.....	89
6.2 - Praticabilidade dos instrumentos SF-36 e WHOQOL-breve.....	92
6.3 - Qualidade de Vida dos idosos com insuficiência renal crônica terminal em tratamento hemodialítico.....	93
6.4 - Impacto e severidade da insuficiência renal crônica terminal na vida do idoso.....	94
6.5 - Consistência interna dos instrumentos SF-36 e WHOQOL-breve.....	96
6.6 - Validade discriminante do SF-36 e do WHOQOL-breve em relação ao impacto e à severidade da insuficiência renal crônica terminal.....	98
6.7 - Validade divergente do SF-36 e do WHOQOL-breve em relação ao impacto e à severidade da insuficiência renal crônica terminal.....	103
6.8 - Correlação entre as dimensões do SF-36 e os domínios do WHOQOL-breve.....	106
7 - DISCUSSÃO.....	109
7.1 - Sobre a caracterização dos sujeitos estudados.....	111
7.2 - Sobre a praticabilidade dos instrumentos SF-36 e WHOQOL-breve.....	113

7.3 - Sobre a Qualidade de Vida dos idosos com insuficiência renal crônica terminal em tratamento hemodialítico.....	116
7.4 - Sobre o impacto e a severidade da insuficiência renal crônica terminal na vida do idoso.....	119
7.5 - Sobre a consistência interna dos instrumentos SF-36 e WHOQOL-breve....	121
7.6 - Sobre a validade discriminante e divergente do SF-36 e do WHOQOL-breve em relação ao impacto e à severidade da IRCT.....	122
7.7 - Sobre a correlação entre as dimensões do SF-36 e os domínios do WHOQOL-breve.....	125
8 - CONCLUSÕES.....	127
9 - LIMITAÇÕES DO PRESENTE ESTUDO E PERSPECTIVAS PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES.....	131
10 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	135
11 - ANEXOS.....	149
ANEXO 1: Parecer nº 417/2002 do Comitê de Ética em Pesquisa.....	151
ANEXO 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	155
ANEXO 3: Instrumento de caracterização dos sujeitos.....	157
ANEXO 4: ESRD-SI.....	159
ANEXO 5: SF-36.....	161
ANEXO 6: WHOQOL-breve.....	165
ANEXO 7: IEQ.....	167

LISTA DE SIGLAS

ESRD-SI	End Stage Renal Disease – Severity Index
FAV	Fístula Arteriovenosa
IEQ	Illness Effect Questionnaire
IRC	Insuficiência Renal Crônica
IRCT	Insuficiência Renal Crônica Terminal
OMS	Organização Mundial da Saúde
Pré-HD	Pré Hemodiálise
Pós-HD	Pós Hemodiálise
QV	Qualidade de Vida
SF-36	Short Form 36-Item Health Survey
WHOQOL-breve	<i>World Health Organization Quality of Life - Bref</i>

LISTA DE TABELAS

	<i>Pág.</i>
Tabela 1 - Descrição das variáveis sociodemográficas dos 100 sujeitos estudados. CAMPINAS, 2003.....	89
Tabela 2 - Frequência absoluta e relativa das condições clínicas associadas dos 100 sujeitos do estudo. CAMPINAS, 2003.....	90
Tabela 3 - Caracterização dos 100 sujeitos do estudo segundo a etiologia da IRCT. CAMPINAS, 2003.....	91
Tabela 4 - Caracterização dos exames laboratoriais dos 100 idosos com IRCT em hemodiálise. CAMPINAS, 2003.....	92
Tabela 5 - Escores das dimensões do SF-36 para os 100 idosos com IRCT em hemodiálise. CAMPINAS, 2003.....	93
Tabela 6 - Escores dos domínios do WHOQOL-breve para os 100 idosos com IRCT em hemodiálise. CAMPINAS, 2003.....	94
Tabela 7 - Distribuição dos 100 sujeitos de acordo com as categorias do ESRD-SI e do IEQ. CAMPINAS, 2003.....	95
Tabela 8 - Valores de coeficiente alfa de Cronbach para cada domínio do SF-36 e para o instrumento como um todo, obtidos neste estudo e em outras pesquisas. CAMPINAS, 2003.....	97
Tabela 9 - Valores de coeficiente alfa de Cronbach para cada domínio do WHOQOL-breve e para o instrumento como um todo, obtidos neste estudo e em outras pesquisas. CAMPINAS, 2003.....	98

Tabela 10 - Comparação entre os valores dos escores obtidos nas oito dimensões do SF-36 entre os sujeitos com IEQ ≤ 88 (n=68) e > 88 (n=32). (Teste de Mann-Whitney). CAMPINAS, 2003.....	99
Tabela 11 - Comparação entre os valores dos escores obtidos nas oito dimensões do SF-36 entre os sujeitos com ESRD-SI Suave (n=87) e Não-Suave (n=13) (Teste de Mann-Whitney). CAMPINAS, 2003.....	100
Tabela 12 - Comparação entre os valores dos escores obtidos nos quatro domínios do WHOQOL-breve entre os sujeitos com IEQ ≤ 88 (n=68) e > 88 (n=32) (Teste de Mann-Whitney). CAMPINAS, 2003.....	101
Tabela 13 - Comparação entre os valores dos escores obtidos nos quatro domínios do WHOQOL-breve entre os sujeitos com ESRD-SI Suave (n=87) e Não-suave (n= 13) (Teste de Mann-Whitney). CAMPINAS, 2003.....	102
Tabela 14 - Coeficiente de Correlação de Spearman dos escores das dimensões do SF-36 com o ESRD-SI e IEQ. CAMPINAS, 2003.....	104
Tabela 15 - Coeficiente de Correlação de Spearman dos escores dos domínios do WHOQOL-breve com o ESRD-SI e IEQ. CAMPINAS, 2003.....	105
Tabela 16 - Correlação entre as dimensões do SF 36 e os domínios do WHOQOL-breve (coeficiente de correlação de Spearman). CAMPINAS, 2003.....	106

RESUMO

A Insuficiência Renal Crônica Terminal (IRCT) afeta diretamente a qualidade de vida do paciente renal, em especial do idoso. O objetivo deste estudo foi comparar, numa população de idosos com IRCT em hemodiálise ambulatorial, o desempenho de dois instrumentos genéricos de qualidade de vida (SF-36 e WHOQOL-breve). Para isto, foram verificadas a praticabilidade, a confiabilidade, a validade discriminante e divergente e as correlações existentes entre os dois instrumentos. Trata-se de um estudo correlacional de corte transversal, realizado em duas clínicas de terapia renal substitutiva, com 100 idosos com IRCT em tratamento hemodialítico há pelo menos seis meses. A praticabilidade foi avaliada pelo tempo de aplicação dos instrumentos e o número de itens não respondidos, em que se observou melhor desempenho do WHOQOL-breve, que despendeu menor tempo de entrevista e foi integralmente preenchido por todos os sujeitos. A confiabilidade foi avaliada pela consistência interna, com determinação do coeficiente alfa de Cronbach. Em sua totalidade, ambos os instrumentos (SF-36 e WHOQOL-breve), apresentaram elevado nível de confiabilidade. Na análise de cada dimensão/domínio, o SF-36 exibiu maior consistência interna. Para avaliar a validade discriminante e divergente, utilizou-se como variáveis de critério, o impacto e a severidade da IRCT, mensurados pelo Questionário de Consequências da Doença (IEQ) e pelo Índice de Severidade da IRCT (ESRD-IS), respectivamente. A validade discriminante foi avaliada comparando os escores das dimensões/domínios do SF-36 e WHOQOL-breve com o impacto (categorias maior e menor impacto) e severidade (categorias suave e não-suave) da IRCT. O WHOQOL-breve exibiu maior poder de discriminação que o SF-36, pois foi capaz de distinguir os sujeitos em relação ao impacto e severidade da IRCT. Em relação à validade divergente, ambos os instrumentos apresentaram correlação negativa de forte magnitude entre medida de qualidade de vida e de IEQ, do que entre qualidade de vida e ESRD-IS. Observou-se também correlação positiva entre as dimensões do SF-36 e os domínios do WHOQOL-breve, exceto o domínio relações sociais do WHOQOL-breve que não exibiu correlação com nenhuma das dimensões do SF-36, o que aponta para a medida de um atributo de qualidade de vida não presente no SF-36. Dessa forma o SF-36 e o WHOQOL-breve mostraram-se como instrumentos confiáveis e válidos para ser empregado na medida da qualidade de vida em idosos com IRCT em hemodiálise. Destaca-se, entretanto, a necessidade de verificar as especificidades de seu desempenho

para a escolha de um dos instrumentos, de acordo com o desenho e objetivos do estudo no qual será empregado.

PALAVRAS-CHAVE: Insuficiência renal crônica; Diálise; Psicometria; Confiabilidade.

ABSTRACT

The end-stage renal disease (ESRD) affects directly the quality of life of the renal patient, especially that of the elderly patient. The aim of this research was to compare—in an elderly population with ESRD in ambulatory hemodialysis—the performance of two generic instruments of quality of life (the SF-36 and the WHOQOL-bref). With this in mind, the practicality, the reliability, and the discriminating validity and the divergent validity of the two instruments, as well as the existing correlations between them, were checked. It is a correlated research of cross-section conducted in two clinics of replacement renal therapy among 100 elderly patients with ESRD undergoing hemodialysis treatment for at least six months now. The practicality was evaluated by the period of time of application of the instruments and the number of no answered questions, in which a better performance was noticed in the WHOQOL-bref, since it required less time to interview the subjects and it was entirely answered by them all. The reliability was evaluated by means of internal consistency, with the determination of the Cronbach alpha coefficient. In its entirety, both instruments (the SF-36 and the WHOQOL-bref) showed high levels of reliability ($\alpha=0,90$ and $\alpha=0,87$, respectively). In the analysis of each dimension/domain separately, the SF-36 showed a higher internal consistency. The impact and the severity of the ESRD—measured by the Illness Effects Questionnaire (IEQ) and by the End-Stage Renal Disease Severity Index (ESRD-SI), in that order — were used in order to evaluate the discriminating and the divergent validity. The discriminating validity was evaluated by comparing the dimension/domain scores of the SF-36 and the WHOQOL-bref, the impact (higher and lower categories), and the severity (mild and non-mild categories) of the ESRD. The WHOQOL-bref showed a greater power of discrimination than the SF-36, since all its domains discriminated the subjects by the impact and the severity of the ESRD. Concerning the divergent validity, both instruments showed a greater correlation between quality of life and IEQ measures than a correlation between quality of life and ESRD-SI. A positive correlation between dimensions of the SF-36 and the domains of the WHOQOL-bref was also noticed, except the domain social relationships of the WHOQOL-bref that did not correlate with any of the SF-36 dimensions, and which seems to point to a measure of an attribute of quality of life that there is not in the SF-36. In so doing, the SF-36 and the WHOQOL-bref proved reliable and valid instruments used to measure the quality of life of elderly patients with ESRD undergoing hemodialysis

treatment, although with distinct specificity of performance. Therefore, it is advisable that, in the study of quality of life in elderly patients with ESRD, the choice of the generic instrument relies on the consideration of these specificities in respect to the drawn and purposes of the research.

KEY- WORDS: End-Stage Renal Disease; Dialysis; Psychometry; Reliability.

1 - INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

1.1 - TRAJETÓRIA PERCORRIDA

No decorrer do meu curso de Graduação em Enfermagem, tive a oportunidade de estagiar junto a pessoas idosas durante a disciplina Enfermagem na Saúde do Idoso. Os estágios eram realizados em instituições de longa permanência, grupos de terceira idade, visitas domiciliárias, e em um centro de orientação ao idoso e seu cuidador. Essa experiência com idosos, apesar de breve, guiou os meus primeiros passos na Enfermagem Gerontológica, levando-me a refletir sobre a problemática vivenciada por esta população como: as principais doenças manifestadas na velhice; o contexto familiar; os direitos e deveres, entre outras.

Como enfermeira, trabalhei numa unidade de terapia renal substitutiva, na qual eram realizadas hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua. Os pacientes atendidos, em sua maioria, eram adultos, mas aproximadamente um terço deles pertencia à faixa etária acima de 60 anos. Durante as minhas atividades assistenciais conversava longos períodos com eles, especialmente os idosos, os quais me relatavam as dificuldades que enfrentavam, as limitações trazidas pela doença e seu tratamento, e pelo impacto destas nas atividades de vida diária, na família, na vida social e nos projetos de vida.

Nessa trajetória, tornou-se cada vez mais evidente para mim que a insuficiência renal crônica terminal (IRCT), doença crônica severa e debilitante, afeta diretamente a qualidade de vida (QV) do idoso e das pessoas com quem ele vive, dado que ela é incurável e remete à necessidade de seguimento terapêutico pelo resto da vida dos seus portadores.

PASCHOAL (2002) considera que a avaliação da QV tem mostrado sua importância em vários segmentos e disciplinas, revelando-se também importante para a pessoa idosa. Em estudo anterior (2000), esse autor já afirmava que as pessoas desejam viver mais, desde que essa longevidade lhes proporcione uma vida com boa qualidade. Indicava, assim, o nosso compromisso em pensar sobre o destino que caberá a essa maior sobrevida.

Os idosos em tratamento dialítico, segundo MCKEVITT et al. (1990), geralmente apresentam maior comprometimento funcional, o que remete à necessidade de assistência em suas atividades de vida diária. Associado ao comprometimento físico, os

pacientes renais crônicos, inclusive aqueles idosos, geralmente sofrem alterações no desempenho de seus papéis sociais e dos aspectos psicológicos decorrentes da situação do adoecer (FONSECA, 2001). Nesse contexto, a análise da QV do idoso com IRCT em tratamento hemodialítico revela-se importante para orientar medidas de intervenção que contemplem prioritariamente os aspectos mais comprometidos da QV neste grupo de sujeitos e também os não comprometidos, visando sua manutenção. A pesquisa da influência (ou associação) de fatores objetivos, como severidade da doença, e subjetivos, como percepção do impacto da doença, sobre a QV podem fornecer subsídios importantes para o direcionamento destas intervenções.

Atualmente existem vários instrumentos para avaliar a QV, denominados genéricos e específicos. Um instrumento genérico é aplicável a uma ampla variedade de populações e possibilita comparações entre grupos de sujeitos portadores de diferentes afecções ou submetidos a tratamentos distintos. O específico focaliza grupos específicos de sujeitos, em geral, portadores de uma doença específica, ou relativo a áreas funcionais, mas não permite comparações entre diferentes condições.

Dentre os instrumentos específicos, no início do presente estudo, não havia disponível nenhum instrumento submetido a todo processo de adaptação transcultural e validação, específico aos renais crônicos e, tampouco, a renais crônicos idosos. Entretanto, conforme afirma SAVONITTI (2000), “a inexistência de instrumentos específicos, traduzidos e validados para a nossa realidade, para avaliar a QV da população gerontogeriatrica não deve ser um fator limitante para o pesquisador”. Uma possibilidade interessante, neste contexto, seria o emprego de um instrumento genérico de medida da QV já validado para uso neste grupo de sujeitos. De acordo com VALDERRÁBANO et al. (2001), na área de Nefrologia os instrumentos genéricos utilizados são: *Short Form 36-Item Health Survey (SF-36)*, *Karnofsky Index*, *Sickness Impact Profile*, *Time Trade Off*, *Index of Psychological Affect*, *Campbell Index of Well-Being*, *Global Adjustment to Illness*, *Simmons Self-Esteem Scale*, *Index of General Affect*, *Symptom Checklist 90-R*, *Functional Impairment Index*, *Nottingham Health Profile*, *Spitzer QL-index*, *Cantril's Self - Anchoring Scale*, e *Life Satisfaction Scale*.

HWANG et al. (2003) destacam, entretanto, que vários aspectos da medida merecem ser considerados ao ser utilizada uma medida genérica de QV com idosos. Em primeiro lugar, é necessário cuidado com a sobrecarga imposta ao idoso para que o questionário seja completado, considerando sua fragilidade física, a alta proporção de analfabetismo, ou mesmo o comprometimento cognitivo, fatos comumente observados neste grupo de sujeitos. Em segundo lugar, os itens e domínios de um instrumento de medida de QV devem considerar os aspectos da vida identificados como importantes para o idoso, como por exemplo, acesso aos serviços de saúde e segurança no meio ambiente. Em terceiro lugar, os valores muito baixos de medida de QV (*floor effect*) - que podem reduzir a capacidade de distinguir características, por exemplo entre pessoas doentes e saudáveis, bem como a capacidade de detectar mudanças nos escores ao longo do tempo ou após uma intervenção de saúde - podem ser comuns dentre os idosos, se as medidas forem usadas diretamente, sem adaptação.

No Brasil, o SF-36 tem sido um dos instrumentos genéricos mais utilizados com pacientes adultos renais crônicos. Entretanto, para a população idosa, a literatura nacional e internacional reconhece que ele necessita de adaptações (HAYES et al., 1995; BRAZIER et al., 1996; STADNYK et al., 1998; SAVONITTI, 2000).

O instrumento genérico WHOQOL-breve, desenvolvido pelo grupo de estudos de QV da Organização Mundial de Saúde (OMS), embora tenha uma utilização menos freqüente junto a sujeitos renais crônicos e/ou idosos, apresenta como ponto forte, a inclusão de um domínio voltado para a avaliação da QV relacionada ao meio-ambiente, um conceito, em geral, valorizado pelo idoso, de acordo com LAWTON et al. (1982).

No Brasil, o WHOQOL-breve (THE WHOQOL GROUP, 1998; FLECK et al., 2000), foi utilizado por GEIB (2001) no estudo que relacionou a QV com a capacidade funcional de um grupo de idosos e foi considerado adequado para a população idosa. Recentemente, HWANG et al. (2003) verificaram a adequação deste instrumento para a população de idosos moradores em uma área residencial de Taiwan. Os autores concluíram que o WHOQOL-breve pode ser considerado um instrumento de medida de QV adequado aos idosos, desde que sejam realizadas pequenas modificações.

Diante do exposto, considerando a inexistência de um instrumento específico para avaliar a QV de idosos renais crônicos e, levando em conta que os instrumentos genéricos SF-36 e WHOQOL-breve já foram utilizados com adultos renais crônicos e idosos, respectivamente, este estudo propõe-se a responder o seguinte questionamento:

➡ Dentre os instrumentos genéricos de qualidade de vida - SF-36 e WHOQOL-breve – qual apresenta medidas psicométricas mais consistentes, quando aplicados a pacientes renais crônicos idosos no que diz respeito ao impacto e à severidade da insuficiência renal crônica terminal?

Espera-se, dessa forma, obter elementos que permitam indicar, dentre os dois instrumentos, propriedades que facilitem ou inviabilizem a sua aplicação junto a idosos portadores de IRCT.

1.2 - ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

O envelhecimento populacional, ainda hoje, representa um proeminente fenômeno mundial. Isso significa um crescimento mais elevado da população idosa em relação aos demais grupos etários (CAMARANO, 2002). Nos últimos 30 anos, esta transição demográfica vem manifestando-se de forma expressiva em nosso país.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica um país estruturalmente envelhecido quando a população acima de 60 anos constitui 7% ou mais do total de habitantes (PASCHOAL, 1996). Segundo RAMOS (2002), o Brasil passa por um processo de envelhecimento populacional rápido e intenso, o que permite inferir que em 2025, teremos a sexta maior população de idosos do mundo (cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais).

O crescimento relativamente elevado do contingente idoso é resultado de suas mais altas taxas de crescimento, dada a alta fecundidade prevalente no passado em comparação à atual e à redução da mortalidade (CAMARANO, 2002).

Com a transição demográfica, altera-se fundamentalmente o panorama epidemiológico relativo à morbidade e à mortalidade de uma determinada população. As doenças infecto-contagiosas, altamente prevalentes entre os jovens, tendem a diminuir a sua incidência, enquanto as doenças crônicas não transmissíveis aumentam a sua prevalência, expressando a maior proporção de mudança do perfil de morbimortalidade que acompanha o processo demográfico, o que é denominado transição epidemiológica (RAMOS, 2002).

TAMBURINI (1998) relata que a transição demográfica trouxe alterações nos padrões de saúde em todas as sociedades e, com essas transformações, mostrou a importância da medida do impacto das doenças crônicas sobre os indivíduos.

Para RAMOS (2002), ainda não existem medidas preventivas de alta eficiência para a doença crônica do idoso; as medidas existentes são, em sua maioria, educativas e envolvem mudanças de hábito. No tocante ao tratamento, esse autor aponta que as perspectivas são ainda mais sombrias já que, praticamente, nenhuma das doenças crônicas não transmissíveis que afetam o adulto e o idoso é passível de cura. Para os portadores de tais afecções crônicas, TAMBURINI (1998) afirma que o principal objetivo não é a cura, pelo menos no estágio atual da ciência, e, sim, o seu controle, inclusive dos sintomas desagradáveis, impedindo a ocorrência de seqüelas e complicações, que serão responsáveis pela deterioração rápida da capacidade funcional.

O envelhecimento modifica os rins pelas mudanças na morfologia (vasos renais, glomérulos, túbulos e interstício) e na fisiologia renal. Nesta última inclui-se o fluxo sanguíneo renal, o ritmo de filtração glomerular, a capacidade de reserva renal, a função tubular, o balanço do sódio e do potássio, os mecanismos de concentração e diluição tubular, e o mecanismo de acidificação urinária (CARVALHO, 2002).

PIRES (2002) revela que a insuficiência renal nos idosos cresceu dramaticamente nos últimos 20 anos. Isso pode ser explicado pelas alterações provocadas pelo envelhecimento no rim, associadas aos distúrbios crônicos freqüentes no idoso, como a hipertensão arterial e a diabetes *mellitus*.

1.3 - INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA NO IDOSO E SUAS FORMAS DE TRATAMENTO

BARROS et al. (1999) relatam que os rins, dentro da dinâmica vital do ser humano, participam da manutenção da constância do meio interno, através do fino controle do volume circulante no corpo, da osmolaridade, da concentração eletrolítica e dos íons ácidos. São eles que regulam a composição eletrolítica e dos líquidos intracelulares, em decorrência da intensa troca de água e de solutos através das membranas celulares. Os rins também produzem e secretam peptídios e hormônios que participam da hemodinâmica sistêmica renal, como a renina, a angiotensina e a prostaglandina e, ainda, a eritropoetina, hormônio estimulador na produção de hemácias. Participam também do metabolismo mineral mediante a produção de calcitriol, ativador da vitamina D.

A insuficiência renal pode ser agrupada em duas principais categorias: a *insuficiência renal aguda*, na qual os rins param de funcionar abruptamente, total ou parcialmente, podendo recuperar a função quase normal; e a *insuficiência renal crônica* (IRC), na qual há perda progressiva dos néfrons, com diminuição gradativa da função global do órgão (GUYTON e HALL, 1996).

RIELLA (1996) refere que a IRC é o resultado final de múltiplos sinais e sintomas decorrentes da incapacidade renal de manter a homeostasia interna. Pode ser causada pelo prolongamento de doenças como a diabetes mellitus e a hipertensão arterial, mas também pode ser causada por infecções do trato urinário, como as glomerulonefrites, as pielonefrites, entre outras.

A falência renal geralmente segue quatro fases clínicas: 1. a fase de insuficiência renal funcional (ocorre início da perda funcional dos rins, sendo apenas detectada por métodos acurados de avaliação da função renal); 2. a fase de insuficiência renal crônica laboratorial (observam-se manifestações clínicas discretas de uremia, mantendo-se o paciente bem clinicamente); 3. a fase da insuficiência renal crônica clínica (o paciente apresenta manifestações clínicas de uremia, como anemia, hipertensão arterial, edema, fraqueza, mal-estar, e sintomas digestivos); e, 4. a fase terminal de insuficiência renal (corresponde à perda do controle do meio interno, tornando-o incompatível com a vida) (ROMÃO JÚNIOR, 1995).

A IRC no idoso pode manifestar-se sem sintomas clássicos de uremia, em decorrência do agravamento de enfermidades preexistentes, tais como diabetes, hipertensão, glomerulonefrite crônica, aterosclerose isquêmica renovascular, nefropatia obstrutiva, insuficiência cardíaca congestiva, sangramento gastrointestinal e demência (PIRES, 2002).

Com a falência renal e o risco eminente de óbito, devido ao acúmulo de escórias em seu organismo, faz-se necessário o tratamento dialítico: a hemodiálise ou a diálise peritoneal. Essas intervenções, embora não substituam todas as funções do rim normal, permitem a manutenção da vida e a correção de graves distúrbios bioquímicos decorrentes da IRCT.

As formas de tratamento, segundo BARROS et al. (1999), para a IRC são: o tratamento conservador, a diálise e o transplante renal. Para esses autores:

a) Tratamento conservador: inclui terapia nutricional, controle da pressão arterial e melhora da hemodinâmica glomerular, controle de fatores agravantes, tratamento e prevenção das complicações crônicas da uremia, monitorização da função renal, monitorização nutricional e preparação para o início do tratamento dialítico.

b) Tratamento dialítico: é um processo químico no qual duas soluções separadas por uma membrana semipermeável influenciam nas composições uma da outra. Usa-se o termo diálise para designar a depuração artificial ou extra-renal.

b.1) Diálise peritoneal: é uma modalidade de diálise na qual uma solução hipertônica é infundida na cavidade peritoneal. O transporte transcápsular de água e de solutos ocorre por ultrafiltração e difusão, através da membrana peritoneal, a qual funciona como uma membrana semipermeável reutilizável. Existem quatro formas de diálise peritoneal: diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD ou DPAC), diálise peritoneal cíclica contínua (CCPD ou DPCC), diálise peritoneal intermitente noturna (NIPD ou DPIN), e diálise peritoneal intermitente (IPD ou DPI). É a escolha de tratamento para os pacientes que desejam realizar a sua própria diálise em casa.

b.2) *Hemodiálise*: é um processo de transferência de moléculas, em um circuito extracorpóreo, instalado num rim artificial, baseado na difusão entre sangue e líquido de diálise modulado por uma membrana semipermeável.

c) *Transplante renal*: envolve um doador vivo ou cadáver humano para um receptor com doença renal em estágio terminal; os doadores vivos compatíveis, e que possuem parentesco com o paciente, geralmente são mais bem-sucedidos que os doadores falecidos.

Para ZAWADA JÚNIOR (1996), a indicação do programa dialítico é feita quando existe falha do tratamento conservador, que pode ser resultado da falta de adesão do paciente ao tratamento, do aparecimento precoce e rápido de sinais e sintomas urêmicos ou, ainda, da progressão natural da função renal residual, levando à IRCT.

Segundo BARTOLOMÉ (1994), a hemodiálise obteve nas duas últimas décadas um avanço tecnológico significativo no tratamento de pacientes com IRCT. Isso tem sido possível, graças ao aperfeiçoamento dos métodos dialíticos com a introdução de uma ampla gama de membranas artificiais com alta capacidade de ultrafiltração e a multiplicação de novas técnicas de depuração extra-renais (hemofiltração, hemodiálise de alta eficácia, utilização de bicarbonato, como opção quando necessário, e outros), que chegam a manter os pacientes em tratamento, por décadas.

Para a hemodiálise, é necessária a observação de requisitos básicos, como a obtenção de uma via de acesso à circulação sanguínea, a utilização de materiais e equipamentos específicos e a disponibilidade de profissionais especializados em local com infra-estrutura adequada, tornando-a uma forma terapêutica de alto custo operacional (LIMA, 2000).

RAJA (1996) afirma que as vias de acesso à circulação sanguínea podem ser estabelecidas pela anastomose subcutânea de uma extremidade arterial com uma veia vizinha (fístula arteriovenosa), pela interposição subcutânea de uma extremidade arterial e uma veia (enxerto arteriovenoso) ou, ainda, pelo implante de um cateter de silicone de luz dupla (cateter de longa permanência) em uma veia de grande calibre.

Dentre os acessos vasculares citados acima, a fístula arteriovenosa (FAV) é a via permanente de maior durabilidade e segurança. É realizada preferencialmente nas regiões distais dos membros superiores, a fim de permitir maior liberdade de ação ao paciente durante a hemodiálise e nos afazeres cotidianos (LIMA, 2000).

A hemodiálise tende a apresentar nos idosos alguns problemas decorrentes da faixa etária em que se encontram. Tais pacientes, frequentemente, têm dificuldade no estabelecimento de acesso vascular satisfatório, e procedimentos secundários são provavelmente necessários. Ganhos de fluidos entre sessões de diálise são pouco tolerados, e a instabilidade vascular durante a diálise é comum (PIRES, 2002).

O processo hemodialítico inicia-se com o acesso da circulação sangüínea: o sangue do paciente é impulsionado através do *set arterial* até o interior de um filtro (denominado hemodialisador) e retorna através do *set venoso*, estabelecendo uma circulação extracorpórea contínua. Ao mesmo tempo em que o sangue é perfundido sob pressão dentro do hemodialisador, a solução dialisadora, que possui composição semelhante à do plasma sangüíneo, é perfundida pela superfície externa destas fibras. Sendo assim, através dos processos de difusão e convecção, as escórias nitrogenadas (uréia, creatinina, etc) são eliminadas gradualmente do organismo, mantendo-o em equilíbrio hemodinâmico.

O tratamento hemodialítico, geralmente, é ambulatorial. As sessões são realizadas três ou quatro vezes por semana, num período de quatro a cinco horas cada. A internação hospitalar do paciente renal crônico ocorre, comumente, nas possíveis complicações como: edema agudo de pulmão, hipertensão arterial severa, insuficiência cardíaca congestiva, crise convulsiva e outras.

Com o avanço da doença renal, os pacientes podem apresentar sintomas que afetam a sua vida diária. Nos estágios mais avançados da doença, o seu impacto sobre o estado funcional e a QV torna-se bastante perceptível para o paciente. As terapias renais substitutivas, como a hemodiálise, corrigem parcialmente os sintomas percebidos pelo paciente e provocam mudanças adicionais no seu estilo de vida, as quais podem afetar a sua QV (VALDERRABANO et al., 2001).

A hemodiálise significa a entrada do paciente numa jornada de vida nova, penosa e frustrante, que exige a sua participação ativa, e é permeada por estresse físico e psíquico. Ele terá que enfrentar a mesma ameaça, manifestada pela execução dos mesmos procedimentos, pelo resto da vida (CASARINI, 1997). Frequentemente, esses pacientes possuem problemas financeiros, dificuldades para manter um emprego, diminuição dos desejos sexuais, impotência, depressão e medo da morte (SMELTZER e BARE, 1999).

O idoso em tratamento hemodialítico sofre alterações da vida diária, tendo em vista a necessidade de realizar um tratamento contínuo, que exige suporte formal de atenção à saúde, isto é, a dependência da equipe de saúde, da máquina, e do suporte informal (familiar) para receber cuidado específico, incluindo o transporte à unidade de nefrologia (RIBEIRO, 2000).

Na prática clínica pode ser apreendido que o paciente com IRCT tende a apresentar limitações físicas, sociais e psicológicas, e transformações no contexto familiar, social, econômico, e até mesmo na capacidade funcional. Estas mudanças são particularmente observadas nos idosos cujas alterações decorrentes do processo de envelhecimento estão associadas às limitações da doença renal.

Por outro lado, de acordo com PIRES (2002), há evidências crescentes de que muitos pacientes idosos podem alcançar um nível satisfatório de reabilitação pela hemodiálise. Para isso, contudo, é necessária uma equipe de saúde empenhada na avaliação contínua da mobilidade, do nível nutricional, da função intelectual e do aspecto emocional, visando intervenções precoces para a participação do paciente no tratamento.

Neste contexto, a avaliação da QV relacionada à saúde, por meio, principalmente, de instrumentos que permitam uma medida quantitativa deste constructo, torna-se uma ferramenta valiosa na abordagem clínica mais abrangente desses sujeitos, tendo em vista que pode orientar o direcionamento de intervenções específicas para os domínios da QV que se encontram comprometidas.

O presente estudo espera atender pelo menos parte dessa expectativa, uma vez que pretende apontar, dentre dois instrumentos genéricos de QV (SF-36 e WHOQOL –breve), aquele que apresenta melhor desempenho para renais crônicos idosos.

No primeiro capítulo são apresentados os primeiros passos que levaram ao desenvolvimento desta investigação, contextualizando a problemática vivenciada pelos idosos portadores de IRCT em tratamento dialítico.

O segundo capítulo reporta-se à qualidade de vida geral e relacionada à saúde, com destaque para os conceitos e a avaliação desse constructo.

O terceiro capítulo aborda a qualidade de vida do paciente com IRCT, particularmente do idoso portador dessa afecção. São descritos os instrumentos de avaliação da QV usados em pacientes com IRCT, dentre os quais destacam-se o SF-36 e o WHOQOL-breve – utilizados no presente estudo - e apresentados, em linhas gerais, o desenvolvimento e as propriedades psicométricas dos respectivos instrumentos.

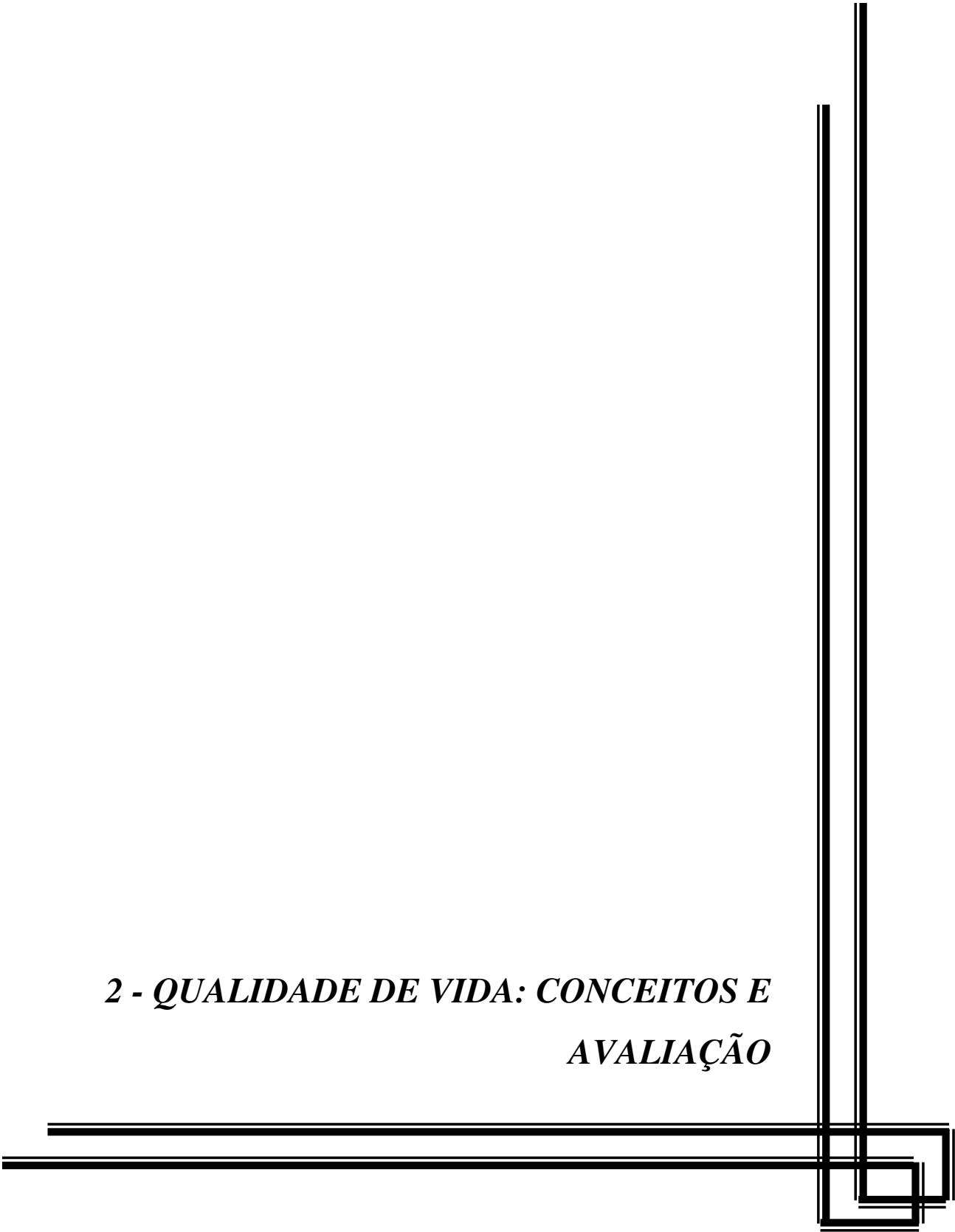
No quarto capítulo são apontados os objetivos da presente pesquisa.

O quinto capítulo discorre sobre os sujeitos que participaram da pesquisa, o procedimento e os instrumentos de coleta de dados. Reporta-se, ainda, sobre a análise estatística utilizada para o tratamento dos dados coletados, e os aspectos éticos.

No sexto e sétimo capítulos são apresentados os resultados obtidos e a análise dos mesmos, respectivamente. Para facilitar a leitura, a análise é apresentada em tópicos conforme a apresentação dos resultados. Destaca-se, ainda, o desempenho obtido pelos instrumentos de avaliação da QV: SF-36 e WHOQOL-breve.

O oitavo capítulo apresenta as conclusões, sintetizando a análise dos resultados e a sua aplicação junto à população estudada.

No nono e último capítulo são comentadas algumas limitações da presente pesquisa e implicações para futuras investigações.



2 - QUALIDADE DE VIDA: CONCEITOS E AVALIAÇÃO

2.1 - CONCEITOS

Qualidade de vida (QV) é um evento que tem múltiplas dimensões e é multideterminado (NERI, 2001). Neste sentido, não há uma definição única para o constructo QV.

A OMS define QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK et al., 1999a).

A natureza abstrata do termo QV explica por que boa qualidade tem significados diferentes, para diferentes pessoas, em lugares e ocasiões diferentes. É por isso que há inúmeras conceituações de QV; talvez cada indivíduo tenha a sua própria. É um conceito que está submetido a múltiplos pontos de vista e que tem variado de época para época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social e, até mesmo, de indivíduo para indivíduo, conforme o decorrer do tempo e a função de estados emocionais, e a ocorrência de eventos cotidianos, sócio-históricos e ecológicos (PASCHOAL, 2002).

O grupo de especialistas em QV da OMS considera que, embora não exista uma definição consensual sobre ela, há concordância entre os pesquisadores sobre algumas características do constructo, como a subjetividade, a multidimensionalidade e a bipolaridade (THE WHOQOL GROUP, 1995).

Para esse grupo de especialistas, cada vez mais é reconhecido o constructo QV como subjetivo, levando-se em consideração as condições externas presentes no meio e nas condições de vida e de trabalho, que a influenciam. Em relação a multidimensionalidade, inclui-se pelo menos três dimensões - a física, a psicológica e a social, sempre na direção da subjetividade: como os indivíduos percebem seu estado físico, o cognitivo e afetivo, suas relações interpessoais e os papéis sociais em suas vidas. A terceira característica consensual refere-se à bipolaridade, uma vez que o constructo possui dimensões positivas e negativas, e enfatiza as percepções dos indivíduos acerca dessas dimensões (THE WHOQOL GROUP, 1995).

PASCHOAL (2002) acrescenta duas características consensuais: a complexidade e a mutabilidade. Segundo esse pesquisador, por ser multidimensional, bipolar e subjetivo, o conceito torna-se complexo e difícil de avaliar. Por outro lado, a avaliação da QV muda com o tempo, pessoa, lugar e contexto cultural; e, para uma mesma pessoa, muda conforme o seu estado de humor.

A OMS, após a II Guerra Mundial, redefiniu saúde, incorporando a noção de bem-estar físico, emocional e social, e desencadeando uma discussão considerável a respeito da possibilidade de ser medido o bem-estar (PASCHOAL, 2002).

No contexto da atenção à saúde, a partir dos anos 70, o uso elevado do termo na pesquisa social foi seguido por um incremento de seu uso em ensaios clínicos, particularmente nas áreas de oncologia, reumatologia e psiquiatria. Chegava-se à conclusão de que “uma vida longa não era necessariamente uma boa vida” (FARQUHAR, 1995).

No entanto, previamente a essa conclusão, um dos primeiros usos do termo QV num periódico médico aconteceu na metade dos anos 60, quando Elkington escreveu um editorial intitulado “Medicina e Qualidade de Vida”. Ele levantou questões acerca das responsabilidades da medicina a respeito da condição exemplificada pela manutenção da vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. De lá para cá, aumentou de forma expressiva a utilização do termo na literatura médica e nas ciências da saúde (PASCHOAL, 2002).

A QV relacionada à saúde tem sido definida de diferentes maneiras ao longo dos anos, embora até hoje não se tenha obtido nenhum conceito que contemple toda a sua complexidade. Todavia, a saúde possui uma importante influência sobre a QV, o que permite considerar os dois conceitos diretamente relacionados (PATRICK e ERICKSON, 1992; TESTA e NACKLEY, 1994; GILL e FEINSTEIN, 1994).

No Brasil, de acordo com PASCHOAL (2000), o tema QV passou a ter significado e importância nas pesquisas da área da saúde na última década, mais precisamente a partir de 1992, quando a média de publicações aumentou sete vezes, comparada aos dez primeiros anos levantados (entre 1982 e 1991).

Com respeito aos instrumentos para a avaliação da QV, alguns autores preconizam a seguinte classificação: aqueles que se referem à QV de um modo geral e aqueles que avaliam a QV relacionada à saúde. Interessa, assim, no presente estudo a avaliação da QV relacionada à saúde, a qual será abordada a seguir.

2.2 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

2.2.1 - Importância da avaliação da Qualidade de Vida relacionada à saúde

Atualmente, a QV representa um tema de pesquisa imprescindível na área da saúde, visto que os seus resultados contribuem para obter avaliações mais acuradas da saúde dos indivíduos e das populações, para aprovar e definir tratamentos médicos, avaliar custo / benefício do cuidado com a saúde, medir o impacto que as doenças crônicas têm sobre os indivíduos e reduzir as taxas de morbidade e mortalidade (FITZPATRICK et al., 1992; GUYATT et al., 1993).

O atendimento médico e da equipe de saúde, que no passado era focalizado apenas no diagnóstico e no tratamento, e os resultados avaliados pelos indicadores objetivos morbidade e mortalidade mostram nas últimas décadas importantes mudanças. Este enfoque, passa a utilizar indicadores subjetivos, os quais incorporam as percepções dos pacientes em relação ao seu bem-estar e à sua QV. Assim, as medidas clínicas de caráter objetivo somam-se às de caráter subjetivo, uma vez que o indivíduo é chamado a opinar sobre a qualidade global de sua vida, ou sobre aspectos particulares, tais como saúde, sexualidade, memória, capacidades funcionais e relações sociais, dentre outras.

A QV relacionada à saúde inclui os seguintes domínios de saúde: *físico* (capacidade funcional e capacidade de trabalho), *psicológico* (satisfação, bem-estar, auto-estima, ansiedade e depressão), e *social* (reabilitação de trabalho, passatempos, interação familiar e social), cada qual contendo uma diversidade de componentes. Além disso, cada componente pode ser expresso de diferentes maneiras, de acordo com a percepção subjetiva de cada paciente, resultando em uma avaliação diferente de QV. Dessa forma, dois pacientes com condições clínicas e terapêuticas similares podem apresentar diferentes resultados de QV, dado que este conceito é o resultado da interação entre as condições de vida do paciente e a maneira pela qual estas são percebidas por ele (APOLONE e MOSCONI, 1998).

2.2.2 - Instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida relacionada à saúde

Traduzir os vários aspectos dos componentes da QV em valores quantitativos é uma tarefa difícil, pois implica na necessidade de se avaliar dimensões múltiplas, com avaliações de itens múltiplos de cada dimensão. A consequência desta complexidade é o desenvolvimento, nos últimos anos, de um grande número de instrumentos de medida (KURTNER, 1994).

Na seleção de um instrumento de medida da QV para ser aplicado em estudos clínicos ou populacionais, são necessários quatro critérios: 1. definir o propósito para o qual o instrumento de medida será usado; 2. determinar a categoria geral do instrumento; 3. selecionar o formato apropriado para o estudo, se vários formatos forem disponíveis; e, 4. possuir certas propriedades psicométricas como: confiabilidade, validade, responsividade e normatização (GUYATT et al., 1993).

Com respeito ao propósito de aplicação, os questionários de QV podem ser classificados como: *avaliativos*, *preditivos* e *discriminativos* (KIRSHNER e GUYATT, 1985). O objetivo de um instrumento *avaliativo* é medir mudanças nos pacientes com o passar do tempo; o instrumento *preditivo* destina-se à previsão de mudanças futuras a partir dos dados obtidos no presente, e o instrumento *discriminativo* visa distinguir as diferenças entre os pacientes em um único ponto no tempo (CHURCHILL, 1995).

Quanto à categoria, os instrumentos podem ser classificados em: genéricos, específicos e modulares (genéricos e específicos). Os instrumentos genéricos subdividem-se em perfis de saúde e medidas de preferência (CHURCHILL, 1995; GUYATT et al., 1993).

Os perfis de saúde são instrumentos genéricos que tentam medir todos os aspectos importantes da QV. Já as medidas de preferência surgiram de teorias econômicas e de tomadas de decisão, e refletem as preferências dos pacientes por diferentes estados de saúde, inclusive pela morte (PASCHOAL, 2000).

Os instrumentos específicos avaliam aspectos do estado de saúde, específicos para a área de interesse. Podem ser específicos para uma doença, para uma função ou para um problema (PASCHOAL, 2002).

Em relação às vantagens e desvantagens das diferentes categorias de instrumentos de QV, os perfis de saúde apresentam como vantagens: 1. grande variedade de domínios; 2. podem ser usados em qualquer população; 3. detectam efeitos diferenciais sobre aspectos diferentes do estado de saúde; 4. permitem comparações do impacto relativo dos vários programas de atenção à saúde; e 5. correspondem a um instrumento único. As suas desvantagens resumem-se à possibilidade de não focalizarem adequadamente a área de interesse e de terem menor responsividade (capacidade de detectar mudanças) em condições específicas (GUYATT et al., 1993).

As medidas de preferência mostram, como vantagens, o fato de serem representadas através de um escore sumário único, possibilitarem a análise de custo-utilidade, e, incorporarem a morte dentro da medida. Porém, suas desvantagens não são poucas, destacando-se a dificuldade de os pacientes determinarem valores; não permitirem a avaliação dos diferentes aspectos da QV, deixarem de revelar as dimensões nas quais os pacientes obtiveram melhora e nas que houve piora, além da possibilidade de menor responsividade (GUYATT et al., 1993).

Quanto aos instrumentos específicos, estes são clinicamente sensíveis e mais responsivos, contudo apresentam muitas desvantagens, como: 1. não permitem comparações, se existir outras afecções ou condições para as quais não foram desenhados; 2. podem ser limitados com respeito às populações e intervenções; e 3. serem restritos aos domínios de relevância para a doença, a população, a função; ou mostrar restrição ao problema, sem avaliar outras dimensões, também importantes para a QV (GUYATT et al., 1993).

O terceiro critério, a ser considerado na escolha de um instrumento de QV, é o formato apropriado para o estudo, uma vez que existem instrumentos com mais de um formato (GUYATT et al., 1993). Para citar um exemplo, os instrumentos de medida da QV da OMS, WHOQOL-100 e WHOQOL-breve, são genéricos e apresentam formatos distintos: o segundo corresponde ao formato abreviado do primeiro.

Segundo VALDERRÁBANO et al. (2001), os instrumentos utilizados para avaliar a QV devem ser simples, de fácil compreensão para os pacientes e profissionais, e necessitar de pouco tempo para serem respondidos. Além disso, devem ser confiáveis, válidos, responsivos e sensíveis.

A esse respeito, o quarto critério na escolha do instrumento de QV traduz a necessidade de possuir propriedades psicométricas as quais, segundo PASCHOAL (2000), devem garantir confiabilidade e validade.

***3 - QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO COM
INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA
TERMINAL***

3.1 - QUALIDADE DE VIDA NA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA TERMINAL

Na progressão da insuficiência renal, os pacientes podem apresentar sintomas que afetam sua vida diária. Na sua fase terminal, o impacto da doença no estado funcional e na QV relacionada à saúde é bastante perceptível ao paciente. As terapias renais substitutivas, como a hemodiálise e a diálise peritoneal, além de corrigir só parcialmente os sintomas apresentados pelos pacientes, provocam mudanças adicionais no seu estilo de vida, as quais irão afetar a sua QV. Esse quadro remete à equipe de saúde a responsabilidade pelo cuidado integral ao paciente, a fim de assegurar-lhe o nível máximo de reabilitação possível. Todavia, a avaliação dos resultados não pode ser baseada apenas na taxa de morbidade e mortalidade, mas na avaliação periódica da QV percebida pelo paciente (VALDERRÁBANO et al., 2001).

Segundo estes autores, muitos dos estudos de medida da QV são realizados em pacientes renais crônicos, e em sua maioria naqueles em hemodiálise, tendo em vista que poucos realizam diálise peritoneal. Para eles os seguintes fatores influenciam a QV dos pacientes em tratamento dialítico: 1. nível de hematócrito e hemoglobina; 2. nível socioeconômico; 3. nível educacional; 4. idade; 5. programa de diálise; 6. raça; 7. doenças associadas; 8. perda de transplante renal; 9. presença de depressão; 10. estado nutricional; 11. realização de exercício físico; e, 12. taxa de filtração glomerular.

3.2 - QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO PORTADOR DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA TERMINAL

Nos últimos 20 anos, o número de idosos com insuficiência renal tem crescido de forma expressiva, concomitante com o número de co-morbidades (PIRES, 2002).

No passado, a terapia renal substitutiva consistia numa terapêutica excludente da população idosa, visto que o seu acesso era restrito por fatores econômicos e sociais, associados à sua menor expectativa de vida (CARVALHO et al., 1999). Esse panorama vem se modificando no decorrer dos anos, conforme os dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia, que em 2001 registrou 48.806 pacientes em tratamento dialítico no Brasil. Desse total, aproximadamente um terço apresentava idade superior a 60 anos.

Para CARVALHO et al. (1999), a proposta da terapia renal substitutiva nos idosos fundamenta-se na melhora da sua QV, resgatando-lhes o bem-estar físico e a capacidade cognitiva, além de mantê-los inseridos no contexto social. Essa proposta, entretanto, esbarra nas alterações da vida diária, que o tratamento hemodialítico desencadeia, pela falta de suporte familiar e da equipe de saúde para a manutenção do tratamento.

KURTNER et al. (2000) avaliaram o comprometimento funcional, a depressão e a satisfação com a vida entre idosos portadores de IRCT em hemodiálise e num grupo controle, durante três anos. Nesta pesquisa os autores observaram que o comprometimento funcional era mais significativo nos idosos em hemodiálise do que no grupo controle (idosos moradores da comunidade que não realizavam hemodiálise). Além disso, esses idosos apresentaram escores mais altos de depressão e estavam menos satisfeitos com a vida.

Estes dados reiteram a importância da avaliação da QV do idoso portador de IRCT, bem como dos aspectos a ela relacionados, tendo em vista que, o diagnóstico resultante orientará o direcionamento de intervenções específicas para os domínios da QV que se encontram comprometidos.

Assim, é desejável que os instrumentos de medida de QV sejam multidimensionais e capazes de abranger grande parte dos aspectos presentes no constructo QV, ou aqueles mais relevantes para a população em estudo.

No estudo da QV relacionada à saúde não apenas a medida do constructo deve ser objetivada, mas também dos fatores sobre os quais se faz uma suposição hipotética de relação estreita com a QV, ou de influência sobre o seu curso. Na revisão de literatura pertinente ao estudo de QV é frequente o relato do emprego de instrumentos que buscam medir constructos afins da medida da QV, como, por exemplo, escalas de medida de depressão, escalas de grau de independência funcional, severidade percebida ou impacto da doença, bem como de avaliações sistemáticas da condição clínica dos sujeitos.

No estudo de QV de pacientes idosos portadores de uma doença crônica (a IRCT), submetidos a tratamento hemodialítico, como os sujeitos do presente estudo, destaca-se a importância de se medir as consequências trazidas pela doença, ou melhor, a percepção do paciente sobre impacto da IRCT em sua vida e quais as complicações físicas trazidas por essa afecção, ou seja, a severidade da doença renal crônica terminal. VALDERRÁBANO et al. (2001) comentam que a IRC e seus tratamentos geram impacto negativo na vida dos pacientes, acometendo inúmeras dimensões da qualidade de vida.

Em relação ao impacto da IRCT na vida do paciente, FONSECA (2001) afirma que a avaliação do paciente sobre sua condição de saúde fornece importantes informações acerca de como esse indivíduo lida com a enfermidade e como ela interfere em sua vida. Neste contexto GREENBERG e PETERSON (1997) reconhecem essa avaliação feita pelo paciente sobre seu estado de saúde como um indicador fundamental de QV. A fim de possibilitar uma avaliação padronizada da percepção dos pacientes acerca das consequências de sua doença, GREENBERG e PETERSON (1996) desenvolveram o *Illness Effects Questionnaire* (IEQ), que foi validado no Brasil por FONSECA (2001).

O IEQ destina-se, particularmente, aos pacientes com disfunções crônicas, e convivem com contingências que podem representar uma importante fonte de estresse. O seu desenvolvimento está embasado na hipótese de que as pessoas pensam ativamente sobre o significado de suas doenças, e suas avaliações terão influência sobre o comportamento e a emoção (FONSECA, 2001). Dessa forma, pode-se afirmar que o IEQ representa uma importante ferramenta na avaliação do impacto da IRCT na vida do idoso em tratamento hemodialítico, uma vez que é um indicador fundamental de qualidade de vida e de adaptação ao tratamento, com repercussões no que diz respeito à longevidade, as alterações de humor e as complicações clínicas (FONSECA, 2001).

Na avaliação clínica do paciente, em particular do portador de uma doença crônica, como a IRCT, acredita-se na importância dos profissionais de saúde que assistem o paciente ter conhecimento da gravidade de sua doença, ou melhor, fazer um levantamento das doenças associadas, qual a gravidade destas afecções para enfim definir a severidade da IRCT. Neste contexto, CRAVEN et al. (1991) construíram o *End - Stage Renal Disease – Severity Index* (ESRD-SI), que foi validado no Brasil por FONSECA et al.

(2002). O ESRD-SI contém dez categorias de doenças mais comuns em pacientes renais crônicos como, por exemplo, diabetes *mellitus*, doença cardiovascular, entre outras. Esse instrumento é preenchido pelo profissional médico que assiste o paciente, e corresponde a uma medida objetiva para caracterizar a gravidade global da IRCT.

3.3 - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM PACIENTES RENAI CRÔNICOS

A literatura recomenda que mesmo em estudos de QV com sujeitos portadores de apenas uma afecção, sejam empregados um instrumento genérico e um específico de medida de QV, concomitantemente. VALDERRÁBANO et al. (2001) afirmam que muitos estudos de QV têm utilizado vários instrumentos e que o uso de apenas um instrumento pode levar a uma falsa interpretação da QV se o resultado depender de outros fatores que não estão sendo avaliados. A variação de resposta e a extensão dos domínios influenciarão a precisão das medidas; desta maneira, os autores ratificam a adoção da associação de medidas genérica e específica de medida de QV.

Dentre os instrumentos específicos ou modulares (genéricos e específico) utilizados na Nefrologia, segundo VALDERRÁBANO et al. (2001), encontram-se: o *Kidney Disease Questionnaire* (KDQ), o *Kidney Disease and Quality of Life Short-Form* (KDQOL-SF), e o *Dialysis-Quality of Life Questionnaire* (DIA-QOL).

O KDQ é um instrumento específico para pacientes em hemodiálise, desenvolvido por LAUPACIS et al. em 1992. Ele contém 26 questões distribuídas em cinco dimensões: sintomas físicos, fadiga, depressão, relacionamento com outros e frustração (LAUPACIS et al., 1992).

O KDQOL-SF consiste num instrumento modular, aplicável a pacientes que realizam algum tipo de programa dialítico. Foi desenvolvido por HAYS et al., em 1997, e inclui, além do SF-36, 43 itens sobre a doença renal crônica. Esses itens estão distribuídos nas seguintes 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, sono, suporte social, estímulo da equipe de diálise e satisfação do paciente (DUARTE, 2003).

O DIA-QOL, desenvolvido pelo DIA-QOL *Group* a partir de um projeto iniciado em 1994, teve como objetivo desenvolver e validar um questionário italiano específico para pacientes em programa dialítico, com os mesmos propósitos do KDQOL-SF. Esse instrumento combina o núcleo genérico do SF-36 com outros aspectos adicionais específicos. A versão final inclui 95 itens (MINGARDI et al. 1999, VALDERRÁBANO et al., 2001).

No Brasil, somente o KDQOL-SF foi submetido ao rigoroso processo de adaptação transcultural e validação, o que ocorreu concomitantemente ao desenvolvimento e implementação do presente estudo.

Em relação aos instrumentos genéricos de medida de QV, VALDERRÁBANO et al. (2001) afirmam que estes têm sido utilizados com elevada frequência para estudo da qualidade de vida em pacientes com IRCT, sendo destacados os seguintes instrumentos: *Campbell Index of Well-Being*, *Nothingham Health Profile*, *Cantril's Self - Anchoring Scale*, e *Life Satisfaction Scale*. Os autores salientam que o *Karnofsky Index*, *Sickness Impact Profile* e o SF-36 são os mais amplamente utilizados em estudos com pacientes renais crônicos.

Muitos dos instrumentos citados acima avaliam apenas uma dimensão da qualidade de vida, como o *Campbell Index of Well-Being*, *Cantril's Self - Anchoring Scale*, *Life Satisfaction Scale*. Eles avaliam a saúde mental e, comumente, são utilizados em associação com outros instrumentos (EDGELL et al., 1996). O NHP mede de forma subjetiva a percepção do estado de saúde, mas segundo CAGNEY et al. (2000), há poucos testes de sua validade na população de renais crônicos.

O KI avalia a saúde física e, segundo VALDERRÁBANO et al. (2001), corresponde a uma escala de avaliação clínica, não propriamente de QV relacionada à saúde, utilizada para medir o estado funcional de pacientes renais crônicos.

O SIP compreende um instrumento genérico de 136 itens. Esse questionário, segundo BERGNER et al (1981), avalia o funcionamento de três categorias: física, psicológica e outras (sono, alimentação, trabalho e lazer). O SIP, no estudo de HORNBERGER et al. (1992), foi respondido em aproximadamente 25 minutos, e avaliado como um instrumento longo para ser preenchido.

Dentre os instrumentos genéricos citados, destaca-se o SF-36, que é um instrumento genérico multidimensional composto de 36 itens. Foi validado no Brasil por CICONELLI (1997) em pacientes com artrite reumatóide, e por KIMURA (2002) na população geral da cidade de São Paulo. É amplamente utilizado em estudos com pacientes renais crônicos, sendo um instrumento fácil e rápido de ser aplicado (RODRIGUES NETO, 2001; ROMÃO, 2001; BELASCO, 2002 e SESSO et al., 2003).

Apesar do SF-36 ser um instrumento freqüentemente utilizado em pacientes com IRCT, e especificamente em idosos, alguns pesquisadores reconhecem que ele necessita de adaptações (HAYES et al., 1995; BRAZIER et al., 1996; STADNYK et al., 1998; SAVONITTI, 2000). HAYES et al. (1995) tecem as seguintes recomendações para esse instrumento: 1. no item 3a, substituir “atividades vigorosas” por atividades que compreendem “caminhar ao redor da casa”, “arrumar a casa”, “mover uma mesa” e “arrumar o jardim”; 2. nos itens 4 e 5, enfatizar as “atividades diárias regulares”, ao invés do trabalho, alterando a ordem das palavras; e, 3. no item 3g, 3h e 3i, mudar a ordem dos itens, começando por “andar um quarteirão” (3i) até “andar mais de um quilômetro” (3g).

Por outro lado, o WHOQOL-breve, outro instrumento genérico, mostra-se apropriado para esta faixa etária, conforme estudo realizado por GEIB (2001). Nele, a autora correlacionou a QV dos idosos que moravam sozinhos com a capacidade funcional, utilizando o WHOQOL-breve para avaliar a QV dessa população. A autora conclui que esse instrumento é rápido, fácil de aplicar e adequado à população idosa. Corroborando essa conclusão, HWANG et al. (2003) verificaram a adequação do WHOQOL-breve na população de idosos moradores em uma área residencial de Taiwan, e concluíram que ele pode ser considerado um instrumento de medida da QV apropriado à população idosa, uma vez que exibiu boa confiabilidade, excelente validade e responsividade.

Assim, considerando que o SF-36 e o WHOQOL-breve já foram submetidos a criteriosos processos de validação e mostraram-se confiáveis e válidos para a sua aplicação com renais crônicos e idosos, respectivamente, no presente estudo pretende-se avaliar a validade dos referidos questionários para idosos com IRCT em tratamento hemodialítico, correlacionando-os com o impacto e a severidade desta afecção.

3.4 - DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DOS INSTRUMENTOS SF-36 E WHOQOL-breve

3.4.1 - SF-36

O SF-36 foi derivado inicialmente de um questionário de avaliação de saúde formado de 149 itens, desenvolvido e testado em mais de 22.000 pacientes, como parte de um estudo de avaliação de saúde (*The Medical Outcomes Study*) (WARE e SHERBOURNE, 1992). Com o intuito de formular um questionário abrangente, mas não tão extenso, elaborou-se inicialmente um de 18 itens, o qual avaliava a capacidade física, a limitação devido à doença, a saúde mental e a percepção da saúde. Posteriormente, dois itens foram adicionados a ele, para a avaliação dos aspectos sociais e da dor, sendo, então, criado o SF-20 (*Short Form-20*), que foi posteriormente administrado em cerca de 11000 pessoas, permitindo analisar suas medidas psicométricas e o desenvolvimento de normas preliminares para detectar diferenças no estado funcional e de bem-estar entre os pacientes com doenças crônicas e alterações psiquiátricas (WARE e SHERBOURNE, 1992).

A criação desse instrumento foi baseada numa revisão de diversos instrumentos existentes na literatura, nos últimos 20 anos, que avaliaram alterações e limitações em várias dimensões como: capacidade funcional, aspectos sociais e percepção geral de saúde (DONALD e WARE, 1984; VEIT e WARE, 1983).

No Brasil, o SF-36 foi validado inicialmente por CICONELLI (1997) em pacientes com artrite reumatóide. KIMURA et al. (2002) validaram o referido instrumento na população geral, mostrando evidências que o SF-36 é confiável e válido para avaliar a QV da população geral do município de São Paulo.

A confiabilidade, a validade e a sensibilidade do SF-36 foram também demonstradas em pacientes com insuficiência renal crônica (KHAN et al., 1995, RODRIGUES NETO, 2001; ROMÃO, 2001).

3.4.2 - WHOQOL-breve

A OMS desenvolveu os instrumentos genéricos de QV, WHOQOL-100 e WHOQOL-breve, com a colaboração simultânea de 15 centros ao redor do mundo. Esse desenvolvimento em vários países permitiu que as barreiras transculturais e os resultados de estudos em diferentes populações pudessem ser comparados (THE WHOQOL GROUP, 1993 e THE WHOQOL GROUP, 1995). A seguinte descrição acerca do desenvolvimento desses instrumentos refere-se aos trabalhos realizados pelo WHOQOL Group em 1993 e 1995.

O WHOQOL-100 foi construído em quatro estágios. No primeiro, um comitê internacional de especialistas estabeleceu a classificação do conceito, que levou à definição do constructo, ao consenso das características dele e à definição da metodologia a ser empregada. Esses passos possibilitaram o desenho de um protocolo detalhado. No segundo, o piloto qualitativo, o constructo foi trabalhado nas diferentes culturas e línguas, foram esboçadas as questões e geradas as escalas de respostas. Inicialmente, os consultores e investigadores principais de cada centro esboçaram uma lista provisória de domínios e facetas de QV.

Posteriormente, cada centro realizou painéis para a redação das questões. As sugestões de todos os centros foram reunidas em 1800 questões, que foram reduzidas a 1000. Em seguida, em cada centro, os investigadores classificaram as questões de cada faceta de acordo com a pergunta: “o quanto fornece informações sobre QV em sua cultura?”. A combinação do resultado da classificação das perguntas de todos os centros permitiu selecionar 235 questões para o estudo piloto. A geração das escalas de respostas (do tipo Likert de cinco pontos) levou em consideração quatro tipos de escalas: intensidade (nada – extremamente), capacidade (nada – completamente), frequência (nunca- sempre) e avaliação (muito insatisfeito – muito satisfeito; muito ruim - muito bom). Esses pontos-âncora foram de fácil tradução em todas as línguas, mas os três pontos intermediários foram escolhidos de acordo com equivalência semântica.

No terceiro estágio (o estudo piloto), as 235 questões que avaliaram 24 facetas de QV, além de uma faceta geral de avaliação global, foram aplicadas em 300 indivíduos (250 pacientes e 50 pessoas saudáveis), nos quinze centros. O plano de análise dos dados

coletados avaliou a validade de constructo dos domínios e facetas, selecionou as melhores questões de cada faceta, e estabeleceu a confiabilidade (consistência interna) e a validade discriminante. Resultou, assim, em um instrumento de 100 questões.

No quarto estágio (teste de campo), novamente em cada centro, foram estabelecidas as propriedades psicométricas do instrumento: responsividade (sensibilidade à mudança), confiabilidade teste-reteste e validade de critério (especificamente em relação à validade convergente, à discriminante e à preditiva). Para isso, foi usada a versão com 100 questões, que foi dividida em seis domínios e 24 facetas.

Em 1999(a), FLECK et al. apresentaram a versão em português do WHOQOL-100, após a tradução e a discussão em grupos focais com membros da comunidade, pacientes e profissionais de saúde, seguidas de retrotradução. No mesmo ano, FLECK et al. (1999b) mostraram os resultados da aplicação da versão em português do instrumento, a qual está traduzida em 20 idiomas. Foi aplicado em 250 pacientes de quatro grandes áreas médicas (clínica, cirurgia, ginecologia e psiquiatria), em Porto Alegre (RS), e em 50 voluntários (controle). Mostrou boa propriedade psicométrica, com características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste, e em condições de ser utilizado no Brasil, apesar da recomendação de se avaliar as suas características em outras regiões e em diferentes amostras de indivíduos.

A necessidade de um instrumento, que demandasse menor tempo para o seu preenchimento, mas que preservasse satisfatoriamente as características psicométricas levou o Grupo de Qualidade de Vida da OMS a desenvolver o WHOQOL-breve. Este instrumento possui 24 facetas que podem ser agrupadas em quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente). Além desses domínios, o WHOQOL-breve possui duas questões gerais de QV e saúde (Overall), totalizando 26 questões (THE WHOQOL GROUP, 1998). Os domínios nível de independência e espiritualidade incluídos no WHOQOL-100 estão inseridos como facetas nos domínios físico e psicológico do WHOQOL-breve, respectivamente (FLECK et al., 2000).

No Brasil, o WHOQOL-breve foi validado por FLECK et al. (2000) e está disponível, desde dezembro de 1999, no *site* do grupo do Rio Grande do Sul.

FLECK et al. (2000) publicaram o teste de campo brasileiro do WHOQOL-breve, que foi aplicado a uma amostra de 300 indivíduos na cidade de Porto Alegre, RS. O instrumento mostrou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste.

Conforme citado anteriormente, na população idosa o WHOQOL-breve já foi submetido a processo de verificação de sua confiabilidade e validade (GEIB, 2001 e HWANG, 2003). Não existe, entretanto, estudos que tenham empregado o WHOQOL-breve em pacientes com IRCT em hemodiálise.

3.5 - PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DOS INSTRUMENTOS SF-36 E WHOQOL-breve

Como destacado anteriormente, um dos critérios indispensáveis na avaliação e escolha de um instrumento de medida de QV trata-se da análise das propriedades psicométricas do instrumento, que apontarão para sua confiabilidade e validade.

A confiabilidade de um instrumento é definida por LOBIONDO-WOOD e HABER (2001a) como “a medida em que o instrumento produz os mesmos resultados sobre medidas repetidas”. Esses autores apontam que os três principais atributos de uma escala confiável são: 1. a estabilidade (para produzir os mesmos resultados com a testagem repetida); 2. a homogeneidade (cujas questões de um instrumento devem ser homogêneas ao medir o mesmo conceito); e, 3. a equivalência (cujos resultados de instrumentos equivalentes ou paralelos devem ser similares).

Para verificar a estabilidade de um instrumento, utiliza-se a confiabilidade de teste-reteste e a forma paralela ou alternada. Para medir a equivalência avalia-se a confiabilidade interavaliador e/ou a forma paralela ou alternada. Já para comprovar a

homogeneidade de uma escala, pode-se usar a questão de correlações totais, a confiabilidade de metade dividida, o coeficiente de Kuder-Richardson e/ou o alfa de Cronbach (LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001).

Segundo LOBIONDO-WOOD e HABER (2001a), a determinação do alfa de Cronbach é o método mais comumente usado para avaliar a consistência interna de uma escala. Nele é feita a correlação entre os itens nas dimensões de um instrumento, a fim de indicar se eles medem a mesma dimensão ou constructo.

O coeficiente de confiabilidade varia de 0 (sem confiabilidade) a 1 (confiabilidade perfeita). Para que o instrumento seja considerado confiável, um nível de 0,70 ou mais deve ser atingido (LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001). Esse nível, segundo PASCHOAL (2000), “assegurar que a maioria da variância no procedimento de avaliação não será devido a erro”.

Outra propriedade psicométrica é a validade, a qual MCDOWEEL e NEWELL (1996) consideram “a extensão em que um teste mede o que tem intenção de medir”. LOBIONDO-WOOD e HABER (2001a) relatam que existem três tipos principais de validade, que variam de acordo com o tipo de informação fornecida e com o propósito do investigador. São elas: 1. validade de conteúdo; 2. validade de constructo; e 3. validade relacionada com critério.

A validade de conteúdo reporta-se à análise realizada principalmente na construção de um instrumento, ou no processo de adaptação transcultural de um instrumento, e implica na participação de juízes, os quais, de maneira absolutamente sistematizada pelo pesquisador, julgarão diversos aspectos do instrumento, como abrangência, clareza, pertinência, dentre outros (RICARTE et al., 2003).

A validade de constructo é de natureza mais complexa, e pode ser verificada pelo emprego de diferentes métodos, como validade discriminante, validade convergente / validade divergente e análise de fatores (LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001).

LOBIONDO-WOOD e HABER (2001a) consideram que a validade discriminante (de grupos contrastados) deve ser utilizada quando se suspeita que grupos de indivíduos apresentam resultado extremamente alto ou baixo nas características que estão sendo medidas pelo instrumento.

Em relação à validade divergente, LOBIONDO-WOOD e HABER (2001a) referem que se usam abordagens de medição que diferenciam um constructo de outros, talvez semelhantes. Se a medida divergente é negativamente relacionada com outras, a validade para ela é fortalecida.

Na literatura é ressaltado que apesar de um instrumento ter sido validado numa dada cultura, sempre que ele for utilizado em grupos de sujeitos com especificidades distintas, devem ser reavaliadas as suas propriedades psicométricas. Dessa forma, entende-se que o WHOQOL-breve e o SF-36, instrumentos de confiabilidade internacionalmente reconhecida, devem ter essas propriedades reavaliadas no emprego em pacientes renais crônicos idosos. Para tanto, o IEQ e o ESRD-SI mostram-se relevantes para verificar a validade do WHOQOL-breve e do SF-36, no grupo em estudo, dada a possibilidade de correlação dessas medidas com a medida de QV, o que corresponde ao propósito do presente estudo.

4 - OBJETIVOS

4.1 - OBJETIVO GERAL

Comparar, numa população de pacientes idosos com insuficiência renal crônica terminal (IRCT) em programa de hemodiálise ambulatorial, o desempenho de dois instrumentos genéricos de QV.

4.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Verificar comparativamente entre os dois instrumentos de qualidade de vida (SF-36 e WHOQOL-breve):

1a- a praticabilidade dos instrumentos, dada pelo tempo despendido na entrevista e pelo percentual de itens não respondidos pelos idosos;

1b- a consistência interna;

1c- a validade discriminante, em relação ao impacto e à severidade da IRCT;

1d- a validade divergente, em relação ao impacto e à severidade da IRCT.

2. Analisar a correlação entre os dois instrumentos (SF-36 e WHOQOL-breve).

5 - CASUÍSTICA E MÉTODO

5.1 - LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em duas clínicas de terapia renal substitutiva (Hemodiálise) do Estado de São Paulo, nas cidades de Campinas e de São Carlos, nas quais foram atendidos pacientes por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como vinculados a outros convênios. A clínica de Campinas atendia 220 pacientes e a de São Carlos 90 pacientes.

A unidade de terapia renal substitutiva de Campinas atendia a Região Metropolitana de Campinas, incluindo as seguintes cidades: Sumaré, Hortolândia, Paulínia, Santo Antônio da Posse, Mogi Mirim, Pedreira, Valinhos, Artur Nogueira, Monte-Mor, Santa Bárbara do Oeste, Americana, Cosmópolis, Jaguariúna, Vinhedo, Mogi-Guaçu, Jacutinga, Bom Jesus dos Perdões, Conchal, Indaiatuba, Salto, Sorocaba, Itu, Albertina, Holambra, Nova Odécia, Porto Ferreira e Votorantim. Já a unidade de terapia renal substitutiva de São Carlos atendia, além da população local, as cidades de Descalvado, Dourado, Ibaté, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito e Santa Rita do Passa Quatro.

O quadro de funcionários era composto por auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiras, médicos nefrologistas, nutricionista, psicólogo, farmacêutico, assistente social, secretária, técnico de manutenção e funcionários da limpeza. A clínica de São Carlos não possuía nutricionista, psicólogo e assistente social.

Os serviços funcionavam de segunda a sábado, das 6:30 às 22:00 horas. Os programas eram realizados às segundas, quartas e sextas, e às terças, quintas e sábados. O tempo de cada sessão variava entre três e cinco horas.

5.2 - DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo correlacional, que examina a relação entre duas ou mais variáveis, visando quantificar a força da relação entre tais variáveis, de corte transversal, no qual os dados são examinados num ponto de tempo, isto é, os dados são coletados apenas numa ocasião com os mesmos assuntos (LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001b).

5.3 - SUJEITOS

Foram sujeitos deste estudo os pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, com diagnóstico de insuficiência renal crônica terminal, em programa de hemodiálise ambulatorial.

Para o cálculo do tamanho da amostra foi considerado:

1. O valor do coeficiente de correlação $r \geq 0,40$, dado que $r=0,40$ é indicativo de moderada correlação entre variáveis psicossociais (AJZEN e FISHBEIN, 1980);
2. Os valores fixados de $\alpha = 0.05$ e $\beta = 0,05$.

Dessa forma, foi estimado um número mínimo de 75 sujeitos. Como esse número foi muito próximo do número de sujeitos da população alvo, optou-se por incluir todos os idosos que atendiam aos critérios de inclusão e nenhum dos de exclusão, totalizando 100 sujeitos.

Crítérios de inclusão:

- Estar em programa de hemodiálise há pelo menos seis meses. Esse critério foi determinado tendo em vista o estudo de RODRIGUES NETO (2001), no qual o autor avaliou a QV de pacientes com IRCT em hemodiálise no início do tratamento e após seis meses, observando, após esse período, melhora da QV nas dimensões: aspectos físicos, emocionais e sociais, e do estado geral de saúde;
- Apresentar capacidade de compreensão e de comunicação verbal;
- Concordar em participar da pesquisa, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critérios de exclusão:

- Apresentar alterações cognitivas ou distúrbios psiquiátricos. Optou-se por esse critério pela complexidade de diagnóstico de tais alterações/distúrbios, cujos dados foram obtidos a partir do registro do prontuário dos pacientes;
- Apresentar neoplasias ou antecedente de transplante renal. As neoplasias foram excluídas como comorbidades, pela desordem que essas afecções provocam na vida dos sujeitos e pela agressividade que frequentemente é gerada pelo tratamento. Os pacientes com história de transplante renal foram excluídos pelas possíveis alterações emocionais desencadeadas pela rejeição do órgão.

5.4 - PERÍODO DA COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no período de janeiro a março de 2003.

5.5 - INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

5.5.1 - Instrumento de caracterização dos sujeitos

Utilizou-se um instrumento para caracterizar os pacientes, o qual abordou questões relativas a identificação dos sujeitos, dados de caracterização sociodemográfica e de natureza clínica.

A identificação dos sujeitos foi constituída pelo nome, idade e sexo. Os dados de caracterização sociodemográfica incluíram: raça, estado civil, residência, escolaridade e renda familiar. Nas informações sobre o quadro clínico foram destacadas: doença renal primária, condições clínicas associadas, condições sobre a HD e exames laboratoriais.

5.5.2 - SF-36

O SF-36 foi desenvolvido por WARE e SHERBOURNE (1992) e validado no Brasil por CICONELLI (1997), em estudo com pacientes portadores de artrite reumatóide é um questionário multidimensional composto por 36 itens reunidos em oito dimensões¹, descritos a seguir:

- ⇒ **Capacidade funcional (questão 3):** composta por dez itens, que avaliam tanto a presença quanto a amplitude das limitações relacionadas à capacidade física, com três níveis de resposta (muita limitação, pouca limitação, sem limitação).
- ⇒ **Estado geral de saúde (questões 1 e 11):** composta por cinco itens. Uma questão de múltipla escolha que varia de excelente a muito ruim, e outra com quatro itens do tipo falso e verdadeiro para a avaliação da saúde.
- ⇒ **Saúde mental (questão 9, itens b, c, d, f, h):** composta por cinco itens. As questões incluem as principais dimensões de avaliação de saúde mental e bem estar psicológico, como a felicidade, a tranquilidade e as alterações do comportamento ou descontrole emocional, como a depressão, o nervosismo e o desânimo.
- ⇒ **Aspectos físicos (questão 4):** composta por quatro itens. São abordadas limitações no tipo ou quantidade de tempo de dedicação ao trabalho ou outras atividades, ou seja, quanto estas limitações físicas dificultam outras atividades diárias regulares do indivíduo e o seu trabalho.
- ⇒ **Vitalidade (questão 9, itens a, e, g, i):** composta por quatro itens. Apresenta questões que consideram o nível de energia, vigor, vontade e fadiga como esgotamento e cansaço.

¹ WARE e SHERBOURNE (1992) utilizam o termo “escala” para se reportarem às oito dimensões da qualidade de vida avaliadas pelo referido instrumento. Contudo, no presente estudo, será utilizada a nomenclatura “dimensão” nas referências ao termo utilizado por esses autores.

- ⇒ **Aspectos emocionais (questão 5):** composta por três itens. Avaliados da mesma forma que os aspectos físicos. São abordadas limitações no tipo ou quantidade de tempo de dedicação ao trabalho ou em outras atividades, devido a problemas emocionais, como a depressão e a ansiedade.
- ⇒ **Aspectos sociais (questões 6 e 10):** composta por dois itens. Analisa a integração do indivíduo em atividades sociais e define diferentes níveis de atividade social (família, amigos, vizinhos ou grupos).
- ⇒ **Dor (questões 7 e 8):** composta por dois itens. Avalia a intensidade e a interferência nas atividades de vida diária do indivíduo.

Além das oito dimensões citadas acima, o SF-36 inclui uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e aquelas de um ano atrás. Esta questão não participa da análise geral da escala (questão 2).

A avaliação dos resultados é feita mediante a atribuição de escores para cada questão, os quais são transformados numa escala de zero a 100, onde zero corresponde a uma pior QV, e 100, a uma melhor QV. Cada domínio é analisado separadamente.

5.5.3. WHOQOL-breve

O WHOQOL-breve, desenvolvido por THE WHOQOL GROUP (1998) e validado no Brasil por FLECK et al. (2000), consta de 26 questões, sendo duas gerais sobre QV, e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (WHOQOL-100). Aborda quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente).

As facetas abordadas em cada domínio do WHOQOL-breve são:

- ⇒ **Domínio físico:** dor e desconforto; energia e fadiga, sono e repouso; mobilidade, atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos.

⇒ **Domínio psicológico:** sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; auto-estima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade, religião, crenças.

⇒ **Relações Sociais:** relações pessoais; suporte (apoio) social; atividade sexual.

⇒ **Meio ambiente:** segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidades de recreação/lazer; ambiente de risco; transporte.

Os escores dos domínios para o WHOQOL-breve são calculados multiplicando-se por quatro a média de todos os itens incluídos dentro do domínio. A avaliação dos resultados é feita mediante a atribuição de escores para cada questão, os quais podem ser transformados numa escala de zero a 100, onde zero corresponde a uma pior QV, e 100, a uma melhor QV. Cada domínio é analisado separadamente.

5.5.4 - IEQ (*Illness Effects Questionnaire*) – Questionário para avaliação do impacto de doenças crônicas

O IEQ, desenvolvido por GREENBERG e PETERSON (1996) e validado no Brasil por FONSECA (2001), é constituído de 20 afirmações, as quais o paciente é convidado a avaliar e pontuar, numa escala de 0 a 7 pontos, de acordo com a intensidade com a qual discorde (0 a 3) ou concorde (4 – 7) do conteúdo delas. A pontuação total, que pode variar de 0 a 140 pontos, irá representar a percepção do paciente quanto ao efeito global da doença ou da incapacidade apresentada, e corresponderá a uma das 5 categorias: mínimo (0 a 23), leve (24 a 55), médio (56 a 88), moderado (89 a 120) ou severo (120 a 140). Quanto maior o valor, maior o prejuízo, na opinião do paciente, que a doença ou incapacidade traz à sua vida (FONSECA, 2001).

O IEQ foi concebido para ser uma medida breve, passível de ser administrada em ambientes de tratamento e viável para a avaliação de pacientes em diferentes condições, e que permite ainda comparar grupos de pacientes com diferentes diagnósticos. O conteúdo dos itens aborda preocupações comuns, e isso o torna apropriado aos pacientes com condições de saúde diversas e estimula as respostas aos quesitos (FONSECA, 2001).

5.5.5 - ESRD – SI (*End Stage Renal Disease – Severity Index*) – Índice de Severidade da Insuficiência Renal Crônica Terminal

O ESRD-SI, desenvolvido por CRAVEN et al. (1991) e validado no Brasil por FONSECA et al. (2002), é composto de 11 categorias que incluem doenças, complicações e condições mais comuns do paciente renal crônico (doença cardíaca, doença vascular cerebral, doença vascular periférica, neuropatia periférica, doença óssea, doenças respiratórias, dano visual, neuropatia autonômica e distúrbios gastrointestinais, acesso e eventos da diálise, diabetes e outros a especificar).

A classificação corresponde a valores numéricos, calculados proporcionalmente para cada categoria, e obtém, com seu somatório, um índice de gravidade global que pode variar de 0 a 94.

0: ausência de condição de doença (além da IRC);

1-24: suave;

25-43: suave para moderada;

44-58: moderada;

59-76: moderada para grave;

77-94: grave.

5.6 - PROCEDIMENTO

O primeiro contato com os sujeitos foi realizado nas clínicas de terapia renal substitutiva citadas anteriormente. Nesse momento, buscando-se uma relação informal que facilitasse a participação na pesquisa, foram apresentados os objetivos do estudo aos idosos. Uma vez obtido o consentimento dos sujeitos para participar da pesquisa, foi solicitado a eles, ou ao responsável, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2) e preenchido o instrumento de caracterização dos sujeitos da pesquisa e o Índice de Severidade da Insuficiência Renal Crônica Terminal - ESRD-SI (ANEXOS 3 e 4, respectivamente). Um médico nefrologista de cada clínica preencheu o ESRD-SI.

Na sessão subsequente de hemodiálise, foi realizada uma entrevista individual com o idoso, previamente à terapia renal substitutiva (hemodiálise) ou, na sua impossibilidade, nas duas primeiras horas do tratamento, uma vez que o paciente com frequência apresenta alterações hemodinâmicas após este intervalo de tempo.

Neste segundo dia, foram utilizados dois instrumentos genéricos de QV: SF-36 (ANEXO 5) e WHOQOL-breve (ANEXO 6). A ordem de emprego dos instrumentos foi determinada por sorteio a cada entrevista. Considerando-se a possibilidade de os sujeitos apresentarem queda da acuidade visual e baixo nível instrucional, optou-se pela administração dos instrumentos sob a forma de entrevista.

Foi aplicado o IEQ (*Illness Effects Questionnaire* – Questionário sobre as conseqüências da doença) (ANEXO 7) após a entrevista com os instrumentos de avaliação da QV.

5.7 - ESTUDO PILOTO

Foi realizado um estudo piloto com 10 idosos submetidos a tratamento hemodialítico, em uma clínica de terapia renal substitutiva em uma cidade do interior do estado de São Paulo, visando à adequação da coleta propriamente dita e do uso dos instrumentos para a população que elegemos. Considerando que não foi necessário mudar o procedimento de coleta de dados, esses idosos fizeram parte da amostra.

5.8 - DETERMINAÇÃO DA CONFIABILIDADE E VALIDADE DOS INSTRUMENTOS SF-36 E WHOQOL-breve

Para verificar a confiabilidade dos instrumentos SF-36 e WHOQOL-breve, foi utilizado o critério da homogeneidade, com o emprego do coeficiente alfa de Cronbach.

Para a determinação da validade dos instrumentos, foi utilizado o critério de validade de constructo, com análise da:

- Validade divergente, verificada por meio da correlação negativa entre os instrumentos de QV e os instrumentos IEQ e ESRD-SI;

Para análise da validade divergente, considerou-se $r=-0,2$ como fraca correlação, r entre $-0,3$ e $-0,5$ como moderada correlação e $r > -0,5$ como forte correlação. De acordo com AJZEN e FISHBEIN (1980), em ciências sociais, correlações por volta de $-0,30$ têm sido consideradas satisfatórias, e correlações abaixo desse nível teriam pouco valor prático, mesmo que estatisticamente significativas. Correlações em torno de $-0,30$ devem, assim, ser consideradas de magnitude moderada, enquanto que correlações que excedem a $-0,50$ indicam relações relativamente fortes entre duas variáveis. Dessa maneira, no presente estudo adotou-se o critério de classificação dos coeficientes de correlação da seguinte maneira: $<-0,3$: fraca correlação; $\geq -0,30$ a $<-0,5$: moderada correlação e $\geq -0,5$: forte correlação.

- Validade discriminante, adotando-se como critérios: a comparação entre os escores obtidos nos instrumentos de QV e os resultados obtidos no IEQ e ESRD-SI.

Para proceder ao teste de validade discriminante, foram criados, nos dois instrumentos (IEQ e ESRD-SI), duas categorias:

⇒ IEQ: categoria “menor impacto” para os idosos que obtiveram pontuação ≤ 88 com este instrumento e categoria “maior impacto” para os idosos com pontuação > 88 . O ponto de corte foi estabelecido a partir das categorias propostas pelos autores do instrumento, ou seja, foram agrupadas na categoria “menor impacto” as categorias prévias: leve, mínimo e médio. Na categoria “maior impacto” foram agrupadas as categorias prévias: moderada e grave.

⇒ ESRD-SI: categoria “suave” para os idosos que obtiveram pontuação ≤ 24 e categoria “não-suave” para os idosos com pontuação > 24 . A categoria “suave” manteve-se igual à categoria original definida pelo autor. Já para categoria “não-suave”, o ponto de corte foi estabelecido a partir das categorias propostas pelos autores do instrumento, ou seja, foram agrupadas na categoria “não-suave” as categorias prévias: suave para moderada, moderada, moderada para grave e grave.

Destaca-se que para a verificação da correlação entre os instrumentos SF-36 e WHOQOL-breve foi adotado o mesmo critério de classificação dos coeficientes de correlação, descrito para a validade divergente.

5.9 - ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística foi realizada com o apoio do Serviço de Estatística da Comissão de Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Os dados coletados foram inicialmente transportados para uma planilha de dados do programa Excel for Windows 98, e então, para o programa SAS *System for Windows (Statistical Analysis System)* versão 8.02, para as seguintes análises:

- descritiva: com confecção de tabelas de frequência, medidas de posição (média, mediana, mínima e máxima) e dispersão (desvio-padrão), bem como os casos válidos e omitidos;
- coeficiente alfa de Cronbach – utilizado para verificar a homogeneidade ou acurácia dos itens do instrumento, ou seja, sua confiabilidade;
- coeficiente de Correlação de Spearman: para verificar correlação entre os instrumentos;
- de comparação: Teste de Mann-Whitney para verificar o poder de discriminação dos itens das escalas (SF-36 e WHOQOL-breve) em relação ao impacto e a severidade.

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p\text{-valor} \leq 0.05$.

5.10 - ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi formalmente autorizado pelos diretores das clínicas de nefrologia, bem como foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Parecer CEP nº 417/2002 – ANEXO 1).

6 - RESULTADOS

6.1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

Os 100 sujeitos estudados caracterizaram-se pelo equilíbrio entre os sexos (51,0% sexo masculino), idade compreendida entre 60 e 86 anos, com média de 68,3 ($\pm 6,4$) anos; tempo médio de escolaridade de 3,2 ($\pm 3,4$; mediana= 3,0 anos de estudo); predomínio da cor branca (81,0%). A maioria dos pacientes (67,0%) possuía um parceiro. Quanto à renda mensal familiar informada, a média foi de 3,3 ($\pm 5,2$; mediana= 2,0) salários mínimos (SM), oscilando entre 0,5 e 42 SM. No que se refere à procedência, 61,0% dos idosos eram procedentes de Campinas ou região e 38,0% da cidade de São Carlos ou região (Tabela 1).

Tabela 1 - Descrição das variáveis sociodemográficas dos 100 sujeitos estudados. CAMPINAS, 2003.

Variável	Média ($\pm$ dp)	Mediana	Varição Observada	Distribuição em categorias	%
Idade	68,3 ($\pm 6,4$)	66,5	60 - 86	--	--
Escolaridade (anos estudo)	3,2 ($\pm 3,4$)	3,0	0 - 16	--	--
Renda familiar (em SM)	3,3 ($\pm 5,2$)	2,0	0,5 - 42	--	--
Sexo	--	--	--	Masculino	51,0
				Feminino	49,0
Raça	--	--	--	Branca	81,0
				Não Branca	19,0
Estado civil	--	--	--	Com companheiro	67,0
				Sem Companheiro	33,0
Procedência	--	--	--	Campinas	34,0
				Reg. Met. Camp.	27,0
				São Carlos	18,0
				Reg. S. Carlos	20,0
				Outras cidades do Estado de SP	1,0

Reg. Met. Campinas: Região Metropolitana de Campinas; Reg. S. Carlos: Região de São Carlos.

O tempo médio de tratamento hemodialítico dos pacientes foi de $26,7 \pm 21,7$ meses (mediana = 20,5), variando de seis a 117 meses. Em 93,0% dos casos, o acesso vascular para a hemodiálise foi a fístula arteriovenosa.

No que diz respeito às condições clínicas associadas, destaca-se a elevada prevalência de hipertensão arterial sistêmica (79,0%) e de diabetes *mellitus* tipo 2 (42%). As condições clínicas: déficit visual e insuficiência cardíaca congestiva estavam presentes em 25,0% e 15,0% dos pacientes, respectivamente. Foi observada baixa frequência ou ausência das demais condições clínicas pesquisadas (Tabela 2).

Uma proporção significativa dos idosos (45,0%) apresentava duas ou três condições clínicas associadas, sendo observada a seguinte distribuição: 13,0% dos idosos não possuíam condições clínicas associadas; 29,0% apresentavam uma condição clínica associada; 23,0% duas condições; 22,0% três condições clínicas; e 13,0% quatro condições clínicas associadas.

Tabela 2 - Frequência absoluta e relativa das condições clínicas associadas dos 100 sujeitos do estudo. CAMPINAS, 2003.

Condições clínicas associadas*	n	%
Hipertensão arterial sistêmica	79	79,0
Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2	42	42,0
Déficit visual	25	25,0
Insuficiência cardíaca congestiva	15	15,0
Doença cerebrovascular	7	7,0
Doença vascular periférica	6	6,0
Doença isquêmica do coração	5	5,0
Hepatopatia HbsAg + / Anti-Hcv +	4	4,0
D.P.O.C.	3	3,0
Tabagismo	2	2,0
Dependência de álcool	2	2,0
Desnutrição grave	2	2,0
Arritmia cardíaca	1	1,0

* Condições pesquisadas e não constatadas: Pericardite, Diabetes *Mellitus* tipo 1, Dependência de drogas ilícitas, Neoplasia, Doença auto imune, HIV/AIDS e Déficit de deambulação.

As principais causas da IRC foram a nefropatia diabética (38,0%) e a hipertensão arterial sistêmica (22,0%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização dos 100 sujeitos do estudo segundo a etiologia da IRCT. CAMPINAS, 2003.

Etiologia da IRCT	n	%
Nefropatia diabética	38	38,0
Hipertensão arterial sistêmica	22	22,0
Indeterminada	17	17,0
Glomerulonefrite crônica	9	9,0
Nefrite túbulo-intersticial	5	5,0
Rins policísticos	4	4,0
Outra*	4	4,0
Pielonefrite crônica	1	1,0
TOTAL	100	100,0

**Necrose tubular aguda isquêmica, Nefroesclerose, Nefropatia obstrutiva, Litíase renal*

Os dados referentes aos exames laboratoriais são mostrados na Tabela 4. Foram observados que os níveis de hemoglobina e hematócrito estão ligeiramente abaixo da normalidade, apontando para discreta anemia, comumente associada à IRCT, pela deficiência de produção de eritropoetina e perdas sangüíneas nas sessões de hemodiálise. Os valores de uréia no período pré-HD e de creatinina observados confirmam a existência de insuficiência renal, principalmente pela média elevada de valores de creatinina, porém numa condição de estabilidade uma vez que os valores médios de uréia Pré-HD encontravam-se abaixo dos valores associados com a manifestação clínica da uremia. Além disso, os valores de uréia Pré-HD e de Kt/V permitiram caracterizar esses sujeitos como pacientes que apresentam uma boa resposta ao tratamento hemodialítico. Apesar de os níveis séricos de cálcio e fósforo apresentarem-se dentro da normalidade, foram observados níveis séricos de fosfatase alcalina e paratormônio elevados, indicando o risco elevado que esses idosos apresentam para o desenvolvimento de problemas ósseos.

Tabela 4 - Caracterização dos exames laboratoriais dos 100 idosos com IRCT em hemodiálise. CAMPINAS, 2003.

Exames Laboratoriais	Média ($\pm$ dp)	Mediana	Variação Observada	Valor de Normalidade
Uréia Pré-HD (mg/dl)	125,4 ($\pm$ 35,1)	122,0	52 - 244	10 - 50mg/dl
Uréia Pós-HD (mg/dl)	35,3 ($\pm$ 10,4)	35,5	13 - 66,3	10 - 50mg/dl
Creatinina (mg/dl)	9,6 ($\pm$ 2,5)	9,9	3,7 - 17,5	0,5 - 1,2mg/dl
Kt/V	1,4 ($\pm$ 0,2)	1,4	0,8 - 2,2	1,2 - 2,0
Hemoglobina (g/dl)	10,5 ($\pm$ 1,6)	10,5	6,3 - 14,3	11,7 - 15,7g/dl
Hematócrito (%)	32,0 ($\pm$ 5,1)	31,7	19,1 - 43,9	35 - 47%
Potássio (mg/dl)	5,2 ($\pm$ 0,6)	5,1	3,8 - 6,9	3,5 - 5,5 mEq/l
Cálcio total (mg/dl)	9,0 ($\pm$ 1,0)	8,9	7,0 - 12,9	8,5 - 11 mg/dl
Fósforo (mg/dl)	4,9 ($\pm$ 1,6)	4,7	1,1 - 9,7	2,5 - 4,9 mg/dl
Produto Calcio X Fósforo	43,8 ($\pm$ 14,5)	40,7	11,9 - 81,5	21,2 - 53,9
Paratormônio (pg/ml)	206,4 ($\pm$ 275,1)	172,0	49 - 2712	7 - 53pg/ml
Fosfatase Alcalina (UI)	170,8 ($\pm$ 227,8)	88,1	11 - 1491	até 136 U/l

6.2 - PRATICABILIDADE DOS INSTRUMENTOS SF-36 E WHOQOL-breve

Os instrumentos de avaliação da QV (SF-36 e WHOQOL-breve) foram aplicados sob a forma de entrevista, com um tempo médio de aplicação de 14 minutos para o SF-36 (com variação de dez a 20 minutos) e de 9 minutos para o WHOQOL-breve (variando de oito a 12). Outro aspecto avaliado na praticabilidade dos instrumentos foi o percentual de itens não respondidos. As dimensões do SF-36 que apresentaram itens não respondidos pelos idosos foram a capacidade funcional (item 3a e 3g) e a vitalidade (9g). O percentual de não resposta foi de 7% e 5% para os itens 3a e 3g da dimensão capacidade funcional, respectivamente, e 5% para o item 9g da dimensão vitalidade. O WHOQOL-breve, por sua vez, foi preenchido integralmente por todos os sujeitos da pesquisa.

6.3 - QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA TERMINAL EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

As medidas de QV obtidas com a aplicação do SF-36 e do WHOQOL-breve são apresentadas nas Tabelas 5 e 6. Na análise dos escores do SF-36, observou-se menor pontuação nas dimensões aspectos físicos e capacidade funcional [média = 36 ($\pm$ 37,1) e 49,1 ($\pm$ 29,2), respectivamente]. As dimensões aspectos emocionais e aspectos sociais destacaram-se como as de maior pontuação [média = 79,7 ($\pm$ 34,1) e 82,7 ($\pm$ 24,1), respectivamente] (Tabela 5).

Tabela 5 - Escores das dimensões do SF-36 para os 100 idosos com IRCT em hemodiálise. CAMPINAS, 2003.

Dimensões	Média	dp	Variação observada	Variação possível
CF	49,1	29,2	0 - 100	0 – 100
AF	36,0	37,1	0 - 100	0 – 100
D	60,0	29,3	0 - 100	0 – 100
EGS	55,6	18,9	15 - 97	0 – 100
V	56,5	18,2	20 - 100	0 – 100
AS	82,7	24,1	12,5 - 100	0 – 100
AE	79,7	34,1	0 - 100	0 – 100
SM	68,6	20,4	16 – 100	0 – 100

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

Os escores dos quatro domínios do instrumento WHOQOL-breve estão indicados na Tabela 6. Por meio deste instrumento, observou-se um maior comprometimento da QV no domínio físico [média = 51,2 ($\pm$ 18,0)], e melhor pontuação nos domínios psicológico e relações sociais [média = 60,8 ($\pm$ 14,4) e 64,5 ($\pm$ 11,9)], respectivamente.

Tabela 6 - Escores dos domínios do WHOQOL-breve para os 100 idosos com IRCT em hemodiálise. CAMPINAS, 2003.

Dimensões	Média	dp	Variação observada	Variação possível
DF	51,2	18,0	14 – 96	0 – 100
DP	60,8	14,4	12 – 87	0 – 100
DRS	64,5	11,9	25 – 100	0 – 100
DMA	56,2	12,7	25 – 96	0 – 100

DF= Domínio Físico; DP= Domínio Psicológico; DRS=Domínio Relações Sociais; DMA= Domínio Meio Ambiente.

Ao comparar a pontuação de ambos os instrumentos, verifica-se maior variabilidade dos escores entre as dimensões do SF-36 e maior homogeneidade com tendência a médias menores nos domínios do WHOQOL-breve. Entretanto os dois instrumentos foram coerentes ao apontar o aspecto físico como mais comprometido e o aspecto social como o mais preservado neste grupo de sujeitos.

6.4 - IMPACTO E SEVERIDADE DA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA TERMINAL NA VIDA DO IDOSO

Com relação à gravidade da insuficiência renal crônica terminal, avaliada pelo ESRD – IS, observou-se que 87,0% dos casos de IRCT foram categorizados como sendo de grau suave; 12,0% como grau suave e moderado, e somente 1,0% como grau moderado. A média do escore do ESRD-SI foi de 14,0 ($\pm$ 9,9), com mediana = 14,0; aponta para um grupo homogêneo de gravidade da doença renal, configurada como suave para a maioria dos casos, de acordo com a avaliação médica. Considerando-se duas grandes categorias de severidade: suave e não-suave, verificou-se que a maioria dos sujeitos (87,0%) enquadrou-se no primeiro grupo.

No que diz respeito ao impacto da IRCT na vida dos idosos em estudo, avaliado pelo IEQ, constatou-se que o impacto foi considerado como médio ou moderado por 48,0% e 31,0% dos pacientes, respectivamente. O escore médio obtido foi de 75,3 ($\pm$ 25,2). Considerando-se duas grandes categorias de percepção do impacto: menor e maior impacto, com pontuação $\leq$ 88 e >88 respectivamente, tem-se que a maioria dos sujeitos (68,0%) enquadrou-se no primeiro grupo, de menor impacto (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição dos 100 sujeitos de acordo com as categorias do ESRD-SI e do IEQ. CAMPINAS, 2003.

ESRD – IS		ESRD – IS		IEQ		IEQ	
Categorias Originais	%	Categorias Modificadas	%	Categorias Originais	%	Categorias Modificadas	%
Suave	87,0	Suave	87,0	Mínimo	4,0	Menor impacto*	68,0
Suave / Mod	12,0	Não-Suave	13,0	Leve	16,0	Maior impacto**	32,0
Moderada	1,0			Médio	48,0		
Mod / Grave	--			Moderado	31,0		
Grave	--			Severo	1,0		
TOTAL	100,0		100,0		100,0		100,0

* pontuação $\leq$ 88; ** pontuação >88 ; Mod: Moderada

Deve ser observado que apesar de 87,0% dos idosos terem a sua doença objetivamente categorizada pelo médico como suave, 79,0% dos sujeitos referiram perceber o impacto da doença em sua vida como médio ou moderado.

6.5 - CONSISTÊNCIA INTERNA DOS INSTRUMENTOS SF-36 E WHOQOL-breve

A confiabilidade dos instrumentos SF-36 e WHOQOL – breve foi avaliada pelo aspecto da consistência interna, com a determinação do coeficiente alfa de Cronbach. Para o instrumento como um todo, foram verificados valores de alfa 0,90 para o SF-36 e 0,87 para o WHOQOL-breve.

A análise da homogeneidade das oito dimensões do SF-36 está descrita na Tabela 8, ao lado dos valores de coeficiente relatados na literatura, em grupos de adultos jovens e idosos, em diferentes situações clínicas.

Neste estudo foram registrados valores de alfa que variaram de 0,56 a 0,91, sendo que as dimensões capacidade funcional, aspectos físicos, dor, aspectos emocionais e saúde mental apresentaram um alfa de Cronbach maior ou igual a 0,70, que de acordo com LOBIONDO-WOOD e HABES (2001) apontam para uma consistência satisfatória.

As dimensões estado geral de saúde e vitalidade apresentaram um índice de confiabilidade de 0,64 e 0,65, estando muito próximo do desejável.

Já na dimensão aspectos sociais o alfa foi de 0,56, devendo ser salientado que esta dimensão possui apenas dois itens, o que pode ter contribuído para a redução do valor do coeficiente de confiabilidade, conforme apontamentos de PEREIRA (1999).

Tabela 8 - Valores de coeficiente alfa de Cronbach para cada domínio do SF-36 e para o instrumento como um todo, obtidos neste estudo e em outras pesquisas. CAMPINAS, 2003.

Domínios do SF-36	Neste estudo	KIMURA et al. (2002)*	SAVONITTI e KIMURA (2002)**	BRAZIER et al. (1996)***	STADNYK et al. (1998)****	REN e CHANG (1998)*****
CF	0,89	0,86	0,92	0,91	0,91	0,88
AF	0,79	0,83	0,71	0,86	0,81	0,88
D	0,91	0,83	0,71	0,81	0,81	0,84
EGS	0,64	0,72	0,61	0,66	0,75	0,56
V	0,65	0,79	0,68	0,84	0,80	0,76
AS	0,56	0,60	0,40	0,56	0,72	0,57
AE	0,80	0,75	0,64	0,83	0,89	0,90
SM	0,79	0,82	0,74	0,80	0,81	0,38
Instrumento Global	0,90	0,89	NR	NR	NR	NR

CF= Capacidade Funcional; AF= Aspectos físicos; D=Dor ; EGS= Estado Geral de Saúde; V= Vitalidade; AS= Aspectos Sociais; AE= Aspectos Emocionais; SM= Saúde Mental; NR: não relatado.

*população geral da cidade de São Paulo; ** idosos institucionalizados no Brasil; ***mulheres idosas acima de 75 anos no Reino Unido; ****idosos frágeis de dois Serviços Geriátricos do Canadá; ***** idosos chineses em Boston.

O estudo da consistência interna dos quatro domínios do WHOQOL-breve (Tabela 9) resultou em valores de alfa que variaram de 0,42 a 0,79, sendo que apenas o domínio físico atingiu valor acima de 0,70, apesar de que os domínios psicológico e meio ambiente tenham exibido valores próximos de 0,70 ($\alpha=0,63$ e $\alpha=0,69$, respectivamente). O domínio relações sociais foi o que apresentou menor valor de coeficiente ($\alpha=0,42$). Destaca-se que o pequeno número de itens neste domínio pode ter contribuído para reduzir o valor do coeficiente, efeito também observado na dimensão aspectos sociais do SF-36, já apontado anteriormente.

Tabela 9 - Valores de coeficiente alfa de Cronbach para cada domínio do WHOQOL-breve e para o instrumento como um todo, obtidos neste estudo e em outras pesquisas. CAMPINAS, 2003.

Domínios do WHOQOL-breve	Neste estudo	FLECK et al. (2000) *	HWANG et al. (2003)**
DF	0,79	0,84	0,80
DP	0,63	0,79	0,81
DRS	0,42	0,69	0,73
DMA	0,69	0,71	0,80
Instrumento Global	0,87	0,91	NR

DF= Domínio Físico; DP= Domínio Psicológico; DRS= Domínio Relações Sociais; DMA= Domínio Meio Ambiente.

*NR: não relatado *população geral do Rio Grande do Sul; ** idosos moradores de comunidades de Taiwan.*

Na Tabela 9, é possível observar ainda que, na comparação dos coeficientes de confiabilidade obtidos neste estudo e naqueles realizados na população geral e num grupo de idosos, todos os domínios do WHOQOL-breve do presente estudo apresentaram-se mais baixos, com exceção do domínio físico, que exibiu um valor aproximado ($\alpha=0,79$). Em relação ao domínio relações sociais, os estudos exibiram valores de alfa menores para este domínio, quando comparados aos demais domínios do estudo.

6.6 - VALIDADE DISCRIMINANTE DO SF-36 E DO WHOQOL-breve EM RELAÇÃO AO IMPACTO E À SEVERIDADE DA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA TERMINAL

Para verificar a validade discriminante do SF-36 e do WHOQOL-breve, foi empregado o teste de Mann-Whitney para identificar as diferenças entre as duas categorias do IEQ (≤ 88 e > 88) e as duas categorias do ESRD-SI (suave ou não-suave).

Como pode ser observado na Tabela 10, o SF-36 conseguiu discriminar os sujeitos com maior e menor impacto percebido, de modo que os idosos que percebem maior impacto trazido pela IRCT em sua vida apresentam menor escore na medida da QV, e aqueles com menor impacto exibem maior escore em todas as dimensões do SF-36, com exceção da dimensão aspectos emocionais, que apresentou somente uma tendência de significância estatística ($p=0,0808$).

Tabela 10 - Comparação entre os valores dos escores obtidos nas oito dimensões do SF-36 entre os sujeitos com $IEQ \leq 88$ ($n=68$) e > 88 ($n=32$). (Teste de Mann-Whitney). CAMPINAS, 2003.

Domínios do SF-36		IEQ ≤ 88	IEQ > 88	p-valor
CF	Média ($\pm dp$)	57,1 ($\pm 26,7$)	32,3 ($\pm 27,6$)	p< 0,0001
	Mediana	60,0	25,0	
AF	Média ($\pm dp$)	40,8 ($\pm 37,4$)	25,8 ($\pm 35,1$)	p=0.0315
	Mediana	25,0	0	
D	Média ($\pm dp$)	66,5 ($\pm 28,0$)	46,0 ($\pm 27,6$)	p=0,0005
	Mediana	72,0	41,0	
EGS	Média ($\pm dp$)	61,1 ($\pm 17,5$)	44,0 ($\pm 16,4$)	p< 0,0001
	Mediana	62,0	40,0	
V	Média ($\pm dp$)	62,2 ($\pm 17,1$)	44,5 ($\pm 14,6$)	p< 0,0001
	Mediana	65,0	45,0	
AS	Média ($\pm dp$)	89,0 ($\pm 18,8$)	69,5 ($\pm 28,7$)	p=0,0002
	Mediana	100,0	75,0	
AE	Média ($\pm dp$)	82,8 ($\pm 33,3$)	72,9 ($\pm 35,4$)	p=0,0808
	Mediana	100,0	100,0	
SM	Média ($\pm dp$)	75,3 ($\pm 17,0$)	54,4 ($\pm 19,8$)	p< 0,0001
	Mediana	76,0	60,0	

CF= Capacidade Funcional; AF= Aspectos físicos; D=Dor; EGS= Estado Geral de Saúde; V= Vitalidade; AS= Aspectos Sociais; AE= Aspectos Emocionais; SM= Saúde Mental; p=p-valor

Observa-se, na Tabela 11, que o SF-36 conseguiu discriminar os sujeitos com severidade suave e não-suave da IRCT em 50,0% das dimensões, com exceção dos aspectos físicos, vitalidade, aspectos emocionais e saúde mental, sendo que nesta última dimensão, exibiu uma tendência de significância estatística ($p=0.0521$).

Tabela 11 - Comparação entre os valores dos escores obtidos nas oito dimensões do SF-36 entre os sujeitos com ESRD-SI Suave ($n=87$) e Não-Suave ($n=13$) (Teste de Mann-Whitney). CAMPINAS, 2003.

Dimensões do SF-36		ESRD-SI Suave	ESRD-SI Não-Suave	p-valor
CF	Média ($\pm dp$)	52,7 ($\pm 28,6$)	25,4 ($\pm 22,1$)	p < 0,0019
	Mediana	55,0	20,0	
AF	Média ($\pm dp$)	38,2 ($\pm 37,7$)	21,1 ($\pm 30,4$)	p = 0,1304
	Mediana	25,0	0	
D	Média ($\pm dp$)	62,1 ($\pm 29,0$)	45,8 ($\pm 28,7$)	p = 0,0434
	Mediana	62,0	41,0	
EGS	Média ($\pm dp$)	57,2 ($\pm 19,1$)	45,1 ($\pm 14,0$)	p = 0,0203
	Mediana	57,0	40,0	
V	Média ($\pm dp$)	57,8 ($\pm 18,7$)	48,5 ($\pm 12,6$)	p < 0,0698
	Mediana	55,0	50,0	
AS	Média ($\pm dp$)	84,8 ($\pm 22,7$)	69,2 ($\pm 29,6$)	p = 0,0368
	Mediana	100,0	75,0	
AE	Média ($\pm dp$)	81,6 ($\pm 32,0$)	66,7 ($\pm 45,1$)	p = 0,2812
	Mediana	100,0	100,0	
SM	Média ($\pm dp$)	70,4 ($\pm 19,4$)	56,9 ($\pm 23,8$)	p = 0,0521
	Mediana	76,0	64,0	

CF= Capacidade Funcional; AF= Aspectos físicos; D=Dor; EGS= Estado Geral de Saúde; V= Vitalidade; AS= Aspectos Sociais; AE= Aspectos Emocionais; SM= Saúde Mental; p=p-valor

Como pode ser verificado na Tabela 12, todos os domínios do WHOQOL-breve conseguiram discriminar os sujeitos com maior e menor impacto que a IRCT traz à sua vida, de modo que os idosos que percebem maior impacto apresentam menor escore na medida da QV, e aqueles com menor impacto exibem maior escore.

Tabela 12 - Comparação entre os valores dos escores obtidos nos quatro domínios do WHOQOL-breve entre os sujeitos com IEQ ≤ 88 (n=68) e > 88 (n=32) (Teste de Mann-Whitney). CAMPINAS, 2003.

Domínios do WHOQOL -breve		IEQ ≤ 88	IEQ > 88	p-valor
DF	Média ($\pm dp$)	57,9 ($\pm 15,2$)	36,8 ($\pm 15,0$)	p< 0,0001
	Mediana	57,1	35,7	
DP	Média ($\pm dp$)	65,9 ($\pm 11,5$)	49,9 ($\pm 14,0$)	p< 0,0001
	Mediana	66,7	54,2	
DRS	Média ($\pm dp$)	66,7 ($\pm 9,9$)	59,9 ($\pm 14,6$)	p=0.0379
	Mediana	66,0	62,5	
DMA	Média ($\pm dp$)	60,2 ($\pm 11,6$)	47,7 ($\pm 11,6$)	p< 0.0001
	Mediana	59,4	50,0	

DF= Domínio Físico; DP= Domínio Psicológico; DRS= Domínio Relações Sociais; DMA= Domínio Meio Ambiente.

p=p-valor.

Nota-se, na Tabela 13, que o WHOQOL-breve conseguiu discriminar os sujeitos com severidade suave e não-suave da IRCT em todos os domínios.

Tabela 13 - Comparação entre os valores dos escores obtidos nos quatro domínios do WHOQOL-breve entre os sujeitos com ESRD-SI Suave (n=87) e Não-suave (n= 13) (Teste de Mann-Whitney). CAMPINAS, 2003.

Domínios do WHOQOL - breve		ESRD-SI Suave	ESRD-SI Não-Suave	p-valor
DF	Média ($\pm$ dp)	53,4 ($\pm$ 18,0)	36,5 ($\pm$ 10,0)	p=0,0009
	Mediana	57,1	35,7	
DP	Média ($\pm$ dp)	62,3 ($\pm$ 13,8)	51,0 ($\pm$ 15,2)	p=0,0297
	Mediana	62,5	58,3	
DRS	Média ($\pm$ dp)	66,0 ($\pm$ 11,0)	54,5 ($\pm$ 13,9)	p=0,0057
	Mediana	66,7	58,3	
DMA	Média ($\pm$ dp)	57,5 ($\pm$ 12,4)	48,1 ($\pm$ 12,7)	p< 0,0208
	Mediana	56,2	50,0	

DF= Domínio Físico; DP= Domínio Psicológico; DRS= Domínio Relações Sociais; DMA= Domínio Meio Ambiente.

p=p-valor.

Na comparação entre os dois instrumentos de QV quanto ao poder de discriminação em relação ao impacto e à severidade, observa-se que ambos tiveram desempenho semelhante na capacidade de discriminar os sujeitos em relação aos aspectos subjetivos de percepção do impacto. Entretanto, quando o critério objetivo de severidade foi empregado, verificou-se que o SF-36 teve menor poder de discriminação que o WHOQOL-breve, uma vez que somente quatro dos seus oito domínios discriminaram os sujeitos quanto à severidade suave e não-suave.

6.7 - VALIDADE DIVERGENTE DO SF-36 E DO WHOQOL-breve EM RELAÇÃO AO IMPACTO E À SEVERIDADE DA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA TERMINAL

O coeficiente de Correlação de Spearman foi empregado a fim de verificar a validade divergente dos instrumentos, ou seja, a correlação negativa entre os escores dos instrumentos de QV (SF-36 e WHOQOL-breve) e os escores totais do ESRD - IS e IEQ.

Observa-se, na Tabela 14, que tanto o IEQ quanto o ESRD-SI correlacionam-se negativamente com todas as dimensões da QV avaliadas pelo SF-36. Em relação à magnitude das correlações existentes entre o IEQ e as dimensões do SF-36, verifica-se forte correlação negativa com estado geral de saúde, vitalidade e saúde mental, e moderada correlação com capacidade funcional, aspectos físicos, dor, aspectos sociais e emocionais. Quanto às correlações existentes entre o ESRD-SI e as dimensões do SF-36, observa-se correlação negativa de moderada magnitude com a capacidade funcional, e de fraca magnitude com aspectos físicos, estado geral de saúde e aspectos emocionais.

As correlações de maior magnitude foram observadas entre os domínios do SF-36 e o IEQ, o que pode ser explicado pela proximidade do aspecto subjetivo destas avaliações.

Tabela 14 - Coeficiente de Correlação de Spearman dos escores das dimensões do SF-36 com o ESRD-SI e IEQ. CAMPINAS, 2003.

Dimensões do SF-36	IEQ	ESRD-SI
CF	r = -0,45 p < 0,0001	r = -0,46 p < 0,0001
AF	r = -0,37 p = 0,0001	r = -0,26 p = 0,0086
D	r = -0,39 p < 0,0001	r = -0,13 p = 0,1841
EGS	r = -0,50 p < 0,0001	r = -0,22 p = 0,0260
V	r = -0,55 p < 0,0001	r = -0,16 p = 0,1028
AS	r = -0,49 p < 0,0001	r = -0,12 p = 0,2286
AE	r = -0,34 p = 0,0006	r = -0,23 p = 0,0204
SM	r = -0,63 p < 0,0001	r = -0,15 p = 0,1356

CF= Capacidade Funcional; AF= Aspectos físicos; D=Dor; EGS= Estado Geral de Saúde;

V= Vitalidade; AS= Aspectos Sociais; AE= Aspectos Emocionais; SM= Saúde Mental.

r= Coeficiente de Correlação de Spearman; p=p-valor.

A Tabela 15 mostra que tanto o IEQ quanto o ESRD-SI correlacionam-se negativamente com todos os domínios da QV avaliados pelo WHOQOL-breve. Em relação à magnitude das correlações existentes entre o IEQ e os domínios do WHOQOL-breve, verifica-se forte correlação negativa com todos os domínios, com exceção do domínio relações sociais, que foi de fraca magnitude. Quanto às correlações existentes entre o ESRD-SI e os domínios do WHOQOL-breve, observa-se correlação negativa de moderada magnitude, com o domínio físico, de fraca magnitude com domínio relações sociais, apresentando apenas uma tendência de significância estatística nos domínios psicológico e meio ambiente.

Tabela 15 - Coeficiente de Correlação de Spearman dos escores dos domínios do WHOQOL-breve com o ESRD-SI e IEQ. CAMPINAS, 2003.

Domínios do WHOQOL-breve	IEQ	ESRD-SI
DF	$r = -0,65$ $p < 0,0001$	$r = -0,37$ $p = 0,0001$
DP	$r = -0,60$ $p < 0,0001$	$r = -0,20$ $p = 0,0509$
DRS	$r = -0,25$ $p = 0,0136$	$r = -0,22$ $p = 0,0254$
DMA	$r = -0,53$ $p < 0,0001$	$r = -0,19$ $p = 0,0583$

DF= Domínio Físico; DP= Domínio Psicológico; DRS= Domínio Relações Sociais; DMA= Domínio Meio Ambiente. r = Coeficiente de Correlação de Spearman; p =p-valor.

Considerando-se a média dos coeficientes estatísticos significativos observa-se que as correlações negativas entre o WHOQOL-breve e o IEQ foram um pouco mais fortes ($r=-0,51$) do que as observadas entre o SF-36 e o IEQ ($r=-0,46$), já para o ESRD-SI, ambos instrumentos exibiram correlação negativa de fraca magnitude ($r=-0,29$).

6.8 - CORRELAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES DO SF-36 E OS DOMÍNIOS DO WHOQOL-breve

O coeficiente de Correlação de Spearman foi empregado a fim de verificar evidência de correlação positiva entre as dimensões do SF-36 e os domínios do WHOQOL-breve.

Pode ser observado, na Tabela 16, que houve correlação positiva de moderada a forte magnitude entre o domínio físico do WHOQOL-breve e a maioria das dimensões do SF-36, com exceção da dimensão aspectos emocionais, que exibiu fraca correlação, mas significativa estatisticamente. O domínio psicológico apresentou moderada correlação com a maioria das dimensões do SF-36, com exceção da dimensão saúde mental que exibiu forte correlação e a dimensão aspectos emocionais, com a qual não apresentou correlação. O domínio relações sociais apresentou correlação somente com a dimensão estado geral de saúde do SF-36 e mesmo assim de fraca magnitude. Já o domínio meio ambiente exibiu correlação que oscilou de fraca a forte magnitude com as dimensões do SF-36, com exceção da dimensão aspectos emocionais (sem correlação).

Tabela 16 - Correlação entre as dimensões do SF 36 e os domínios do WHOQOL-breve (coeficiente de correlação de Spearman). CAMPINAS, 2003.

	DF	DP	DRS	DMA
CF	0,62 ^a	0,41 ^a	0,15 ^{ns}	0,31 ^a
AF	0,52 ^a	0,47 ^a	0,06 ^{ns}	0,24 ^a
D	0,62 ^a	0,33 ^a	0,10 ^{ns}	0,21 ^b
EGS	0,50 ^a	0,48 ^a	0,24 ^b	0,34 ^a
V	0,51 ^a	0,49 ^a	0,17 ^{ns}	0,41 ^a
AS	0,39 ^a	0,38 ^a	0,13 ^{ns}	0,35 ^a
AE	0,20 ^b	0,09 ^{ns}	0,06 ^{ns}	0,11 ^{ns}
SM	0,49 ^a	0,52 ^a	0,17 ^{ns}	0,51 ^a

p=p-valor; a=p<0,01; b=p<0,05; ns=não significativa.

Chama a atenção a ausência de correlação entre o domínio psicológico do WHOQOL-breve e a dimensão aspectos emocionais do SF-36, e entre o domínio relações sociais do WHOQOL-breve e a dimensão aspectos sociais do SF-36.

De maneira geral, todos os domínios do WHOQOL-breve apresentaram correlação positiva com as dimensões do SF-36, destaca-se, entretanto, a falta de correlação do domínio relações sociais do WHOQOL-breve com quase todas as dimensões do SF-36, exceto com a dimensão estado geral de saúde. Ressalta-se, entretanto, a presença ou a ausência de correlação positiva referente ao domínio relações sociais deva ser avaliada com cautela, dado o baixo valor do coeficiente alfa de Cronbach apresentado para este domínio, o que aponta para sua reduzida precisão.

7 - DISCUSSÃO

Neste capítulo, considerando-se o volume e a riqueza dos dados obtidos, será feita a discussão em tópicos, seguindo a apresentação no capítulo anterior dos dados. Espera-se, assim, facilitar a leitura e a compreensão dos dados analisados à luz dos trabalhos disponíveis na literatura.

7.1 - SOBRE A CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS ESTUDADOS

Os idosos que participaram da pesquisa apresentaram um tempo médio de escolaridade baixo, de acordo com a realidade brasileira. Todavia, esse pouco tempo de escolaridade coincide com os achados de SESSO e YOSHIHIRO (1997), que identificaram no Brasil aproximadamente metade dos pacientes com IRCT como analfabetos ou que cursaram apenas o primário (o que corresponde, atualmente, ao quarto ano do ensino fundamental).

Neste estudo, a mediana da renda familiar foi de 2,0 salários mínimos, o que corresponde, na atualidade, a menos de 200 dólares, valor significativamente inferior ao observado no estudo de YOSHIHIRO (1998) com pacientes renais crônicos em programa de hemodiálise no Brasil, cuja mediana foi de aproximadamente 550 dólares. O baixo nível socioeconômico dos idosos arrolados nesse estudo deve estar associado ao fato de que a maioria dos sujeitos pesquisados são conveniados ao Sistema Único de Saúde, que, segundo ROMÃO JÚNIOR et al. (2003), financia o tratamento dialítico de 92,3% dos pacientes no Brasil.

Trata-se de achados que são significantes, uma vez que MORENO et al. (1996), VALDERRÁBANO et al. (2001) e SESSO et al. (2003) destacam que a baixa escolaridade e o baixo nível socioeconômico influenciam negativamente a QV dos pacientes em tratamento dialítico.

Outro aspecto que chama a atenção refere-se ao tempo médio aproximado de dois anos de tratamento hemodialítico dos sujeitos da pesquisa. KURTNER et al. (2000) mostraram que após três anos de hemodiálise, os idosos apresentaram maior comprometimento funcional, escores de depressão mais altos e maior insatisfação com a vida que o grupo controle (idosos moradores da comunidade que não realizavam hemodiálise).

Desta maneira, os achados deste estudo referentes à baixa escolaridade, ao baixo nível socioeconômico e ao tempo de médio em programa de hemodiálise apontam para um alto risco de comprometimento da QV destes sujeitos.

Os idosos, em sua maioria, apresentavam como causa etiológica da IRCT as afecções crônicas: diabetes *mellitus* (38,0%) e a hipertensão arterial sistêmica (22,0%), cujo prolongamento, segundo RIELLA (1996), levaria ao desencadeamento da IRCT, na maioria das vezes. Este quadro retrata o panorama brasileiro no que se refere à etiologia da IRCT, e que por sua vez, não é distinto do observado nos países desenvolvidos, onde a nefropatia diabética constitui a principal causa de IRCT (PINTO et al., 1997).

ABREU et al. (1998) comentam que no estudo realizado pela Comissão Regional de Nefrologia do Estado de São Paulo, observou-se que aproximadamente um terço dos novos pacientes em 1991 eram idosos, e que a diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial foram os diagnósticos de doença de base mais freqüentes. ROMÃO JÚNIOR et al. (2003) afirmam que a população com IRCT vem aumentando, principalmente pelo envelhecimento da população geral e pelo aumento no número de portadores de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, as duas maiores causas de IRC.

É interessante notar que a diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial tiveram sua prevalência aumentada com o passar do tempo, a partir do diagnóstico de IRC no grupo estudado. Quando pesquisada sob forma de co-morbidade presente na atualidade, a prevalência de diabetes *mellitus* elevou-se de 38,0 para 42,0% e a de hipertensão arterial, de 22,0 para 79,0%. PINHEIRO e ALVES (2003) comentam que a hipertensão arterial sistêmica é altamente prevalente na população em diálise, além de ser um fator que influencia na qualidade e expectativa de vida desses indivíduos. PINHEIRO e ALVES (2003) e CASTRO (1996) são unânimes ao afirmar que a hipertensão arterial é uma das principais responsáveis pela elevada morbidade e mortalidade observada em pacientes com IRCT.

Concomitantemente com essas afecções, os níveis médios de hematócrito e hemoglobina sugerem uma discreta anemia. Novamente observam-se condições que contribuem para uma mudança negativa da QV, as quais também são apontadas por MORENO et al. (1996) e VALDERRÁBANO et al. (2001) ao estabelecerem forte correlação entre a associação de doenças e uma pior QV nos pacientes em diálise.

Outra característica que deve ser destacada nos 100 idosos que participaram do estudo refere-se ao número de condições clínicas associadas, uma vez que somente 13,0% dos sujeitos não possuíam outra co-morbidade, havendo uma média elevada de co-morbidade para o grupo como um todo. No estudo conduzido por HWANG et al. (2003) junto a 1200 idosos residentes em Taiwan, 31,6% dos sujeitos não relataram co-morbidades, bem como somente 20,2% apresentavam três ou mais condições associadas. Neste estudo 35,0% dos pacientes apresentavam três ou mais co-morbidades. Os dados reiteram que a situação clínica do idoso em hemodiálise é mais complexa que a do idoso residente na comunidade, de um modo geral, o que também contribui para maior comprometimento de sua QV.

7.2 - SOBRE A PRATICABILIDADE DOS INSTRUMENTOS SF-36 E WHOQOL-breve

Os estudos junto a idosos requerem cuidados especiais a fim de evitar o cansaço, a perda de atenção e a possível exclusão dos sujeitos. Nesse sentido, o tempo de administração dos instrumentos de QV foi registrado em todos os idosos entrevistados.

Neste estudo, a aplicação do SF-36, sob a forma de entrevista, teve duração entre 10 e 20 minutos, com um tempo médio de 14 minutos. HAYES et al. (1995), em um estudo com idosos no qual compararam a administração do SF-36 sob a forma auto - administrada e por meio de entrevista, observaram que o tempo de preenchimento variou de quatro a 30 minutos. Do total de entrevistados, 84,0% responderam em 10 minutos ou menos, sem diferença entre as formas de administração.

A aplicação do WHOQOL-breve, também sob a forma de entrevista, teve duração média de nove minutos, variando de oito a 12. HWANG et al. (2003), aplicando o WHOQOL-breve em idosos, verificaram que eles utilizavam, em média, 11 minutos para preencher a forma auto - administrada, com uma variação de quatro a 20 minutos, e 15 minutos por meio de entrevista, variando de oito a 32 minutos. GEIB (2001) refere que o tempo médio de resposta do WHOQOL-breve pelos idosos, em seu estudo, foi de 20 minutos.

Desta maneira, verifica-se que o tempo de aplicação dos instrumentos, no presente estudo, esteve próximo ao das publicações citadas, com destaque para o

WHOQOL-breve que demandou menor tempo para o idoso responder quando comparado ao SF-36, o que parece facilitar a sua aplicação junto à pessoa idosa.

Neste estudo, considerando-se previamente as características sociodemográficas da população a ser estudada, optou-se pelo emprego dos instrumentos sob forma de entrevista. É interessante notar, todavia, que esta tem sido a forma mais recomendada de aplicação dos instrumentos na população idosa, também na literatura, devido aos problemas visuais, cognitivos e de escrita, comumente associados ao envelhecimento, os quais influenciam o preenchimento dos instrumentos (BRAZIER et al., 1996; HWANG et al., 2003; SAVONITTI, 2000). Vale ressaltar ainda que HWANG et al. (2003), apesar de terem constatado em seu estudo que a forma auto-administrada de aplicação do WHOQOL-breve tenha consumido menos tempo do que a forma de entrevista, continuam recomendando sua aplicação sob a forma de entrevista, ao considerar as limitações já citadas, freqüentes no idoso.

Outro aspecto avaliado no preenchimento dos instrumentos foi o percentual de itens não respondidos. No SF-36, as dimensões que apresentaram itens não respondidos pelos sujeitos da pesquisa foram a capacidade funcional (item 3a e 3g) e a vitalidade (9g), sendo que o percentual de não resposta foi de 7,0% e 5,0% para os itens 3a e 3g da dimensão capacidade funcional, respectivamente, e 5% para o item 9g da dimensão vitalidade (Anexo 5). Já o WHOQOL-breve foi integralmente preenchido por todos os idosos estudados.

Nos achados da literatura, HAYES et al. (1995) avaliaram a aplicação do SF-36 em idosos e verificaram que os sujeitos estudados não preencheram itens de quatro dimensões: capacidade funcional (3a), aspectos físicos (4a-c), aspectos emocionais (5a-c) e estado geral de saúde (11c). Os autores comentam que o percentual de dados não respondidos, em relação à forma de aplicação, mostrou que por meio de entrevista este percentual foi menor que sob a forma auto-administrada e que quanto maior a idade dos respondentes, maior era o percentual dos dados não respondidos. Já BRAZIER et al. (1996), em um estudo no qual se usou o SF-36 em uma população idosa, observaram que os itens não respondidos se concentraram nas dimensões: capacidade funcional (3a, 3d, 3g), vitalidade (9i) e estado geral de saúde (11a-11d).

Frente aos dados provenientes da literatura e do presente estudo, pode-se afirmar que alguns itens do SF-36 mostram limitações na aplicabilidade com a população idosa. Uma delas corresponde ao item 3a da capacidade funcional, na qual se questiona sobre a dificuldade do idoso na realização de atividades vigorosas e que exigem muito esforço. HAYES et al. (1995) relatam que uma das razões para o não preenchimento desse item se dá pelo fato de os respondentes do seu estudo não fazerem ou não poderem fazer a atividade mencionada no exemplo. Além disso, os autores propõem modificações nos itens 3a, 3g, 3h, 3i, 4 e 5, de modo a alterar somente a ordem das palavras, sem influenciar no conteúdo das questões.

No presente estudo, obteve-se um número menor de itens não respondidos, provavelmente devido à forma de aplicação, que foi a entrevista. Isso é salientado por BRAZIER et al. (1996), como uma alternativa para melhorar a aplicabilidade do SF-36 em idosos, sugerindo novas pesquisas sobre o assunto. Neste estudo e na literatura verifica-se que os itens 3a e 3g são itens problemáticos para o idoso responder. Outros itens também podem apresentar limitações para a compreensão e resposta do idoso, como apontado por este estudo e os demais da literatura. Podem contribuir para essa variabilidade as diferenças culturais e as especificidades do grupo estudado.

Em relação à aplicabilidade do WHOQOL-breve com os idosos na presente pesquisa, foi possível o seu preenchimento integral pela totalidade de sujeitos. HWANG et al. (2003) citam que o percentual de itens não respondidos em sua pesquisa com idosos foi menor que 1,0% para a maioria dos itens, com exceção do item 18 (capacidade para o trabalho – 3,0%) e do item 21 (atividade sexual – 17,0%). Os autores ainda comentam que os idosos de Taiwan foram extremamente relutantes em falar sobre seus desejos sexuais (item 21), possivelmente porque são influenciados pela própria cultura que desencoraja a expressão de seus desejos; dificuldades que não foram observadas na presente pesquisa.

Neste contexto, destaca-se a importância da análise cuidadosa da aplicação dos instrumentos genéricos de QV em diferentes culturas, considerando-se, inclusive, a sua aplicabilidade em grupos específicos de cada cultura, como, por exemplo, na população idosa.

7.3 - SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA TERMINAL EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

No que se refere à QV dos idosos com IRCT em hemodiálise em valores quantitativos, verifica-se que os escores médios do SF-36 variaram de 36,0 a 82,7. Para quatro das oito dimensões, as médias foram iguais ou superiores a 60,0. A maioria das dimensões que avaliam a saúde física (capacidade funcional, aspectos físicos e estado geral de saúde) apresentou escores médios mais baixos que a maior parte das dimensões que avaliam a saúde mental (aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental). Isso também foi observado por MINGARDI et al. (1999) em um estudo com pacientes em diálise que apresentavam pontuações inferiores, especialmente nas dimensões que avaliam a saúde física, do que nas que avaliam a saúde mental. DEOREO (1997), em um estudo prospectivo com pacientes em programa de hemodiálise, notou também que o aspecto físico foi mais afetado que o mental.

Na comparação das medidas de QV dos idosos deste estudo com a medida de QV numa população geral do Brasil (KIMURA et al., 2002), com o uso do SF-36, constata-se maior comprometimento no grupo dos idosos. Contudo, ao relacionar os escores médios do grupo estudado com os escores obtidos em outros estudos realizados também com a população idosa, observa-se semelhança entre as dimensões que atingiram escores médios abaixo de 50, que foram: capacidade funcional (SAVONITTI, 2000; BRAZIER et al., 1996; STADNYK et al., 1998), aspectos físicos (BRAZIER et al., 1996; STADNYK et al., 1998) e vitalidade (STADNYK et al., 1998).

No estudo sobre qualidade de vida de pacientes em diálise, MORENO et al (1996), observaram que os pacientes idosos com um alto grau de comorbidade apresentaram também menores escores da dimensão capacidade funcional.

Desta maneira, os achados desta pesquisa reproduzem os da literatura, uma vez que a capacidade funcional e o aspecto físico também foram as dimensões mais afetadas da qualidade de vida dos sujeitos entrevistados.

A importância do comprometimento do aspecto físico nos pacientes com IRCT em hemodiálise sobre a qualidade de vida é reforçada por estudos que evidenciam melhora da QV desses sujeitos, quando são implementadas intervenções direcionadas para a melhora da capacidade funcional.

Destaca-se na literatura o estudo de TAWNEY et al. (2000), no qual foi avaliado o efeito de um programa de reabilitação física sobre a qualidade de vida de pacientes em hemodiálise, mensurada pelo *Kidney Disease Quality of Life Short Form* (KDQOL-SF). Os autores observaram que seis meses de intervenção melhorou o funcionamento físico do referido grupo de pacientes quando comparado ao grupo controle (pacientes em programa de hemodiálise que não participaram do programa de reabilitação física). Essa intervenção consistiu em nove sessões, de 15 a 30 minutos cada, aplicadas durante o tratamento dialítico. Os pacientes eram encorajados a realizar atividades físicas diariamente, as quais eram planejadas em conjunto com os pesquisadores e variavam de intensidade.

STEWART et al. (1994) e YOUNG et al. (1995) reforçam que grandes níveis de atividade física contribuem para melhora do aspecto físico e qualidade de vida relacionada à saúde em idosos, e em pessoas que vivem com outras doenças crônicas. Os achados de KURTNER et al. (1992) ratificam tal afirmação. A avaliação de pacientes idosos em diálise submetidos a um programa de reabilitação, acompanhados durante sete anos, mostrou que os idosos submetidos à intervenção apresentaram-se mais ativos fisicamente, com menos prejuízos funcionais e limitações.

TAWNEY et al. (2000) consideram que a atividade física é um comportamento modificável que pode influenciar positivamente o funcionamento físico e a qualidade de vida em pacientes com IRCT, uma vez que pequenos declínios no funcionamento físico neste grupo de sujeitos podem levar à dependência funcional. A avaliação periódica do funcionamento físico ao longo do tempo é reforçada como uma medida que pode ajudar pacientes e membros da equipe a detectar perdas sutis deste funcionamento.

Assim, o potencial terapêutico da reabilitação de pacientes com IRCT em hemodiálise pode melhorar a qualidade de vida e a satisfação com o cuidado destes pacientes. Contudo, é importante ressaltar que a reabilitação dos pacientes renais crônicos não pode ser compreendida apenas como atividade física, mas como um conjunto de intervenções planejadas e desenvolvidas em parceria com uma equipe multiprofissional.

Recentemente, LOOS et al. (2003) compararam a QV de idosos (com idade igual ou superior a 70 anos) portadores de IRCT em início de diálise (planejada e não planejada) com um grupo controle, utilizando o SF-36 como instrumento

de avaliação da QV. É possível verificar que todas as dimensões exibiram médias inferiores aos do presente estudo. Vale lembrar que todos os sujeitos da atual pesquisa tinham pelo menos seis meses de tratamento hemodialítico, enquanto que no estudo de LOOS et al. (2003) eles estavam em início de diálise. Isso revela a necessidade de se avaliar a QV dos pacientes em tratamento hemodialítico periodicamente, a fim de planejar a assistência a ser prestada, para assim otimizar as dimensões da QV que se mostrarem comprometidas.

No que se refere ao WHOQOL-breve, o número de publicações junto à população idosa disponíveis na literatura nacional e internacional é distintamente inferior ao do SF-36.

No presente estudo, os escores médios obtidos com a aplicação do WHOQOL-breve mostram que o domínio físico apresentou maior comprometimento, seguido do domínio meio ambiente. Quando os dados do presente estudo são comparados com os de estudos que também empregaram o WHOQOL-breve, no Brasil, como o estudo de FLECK et al.(2000) com a população geral e o de GEIB (2001) com idosos, observa-se que em todos os domínios, os idosos com IRCT apresentaram escores menores, apontando para um maior comprometimento na QV destes sujeitos.

No estudo realizado por HWANG et al. (2003) com idosos moradores da comunidade de Taiwan, verifica-se que os domínios psicológicos (escore médio 56,2) e relações sociais (escore médio 56,2) apresentaram escores médios mais baixos se comparados com os do presente estudo (60,8 e 64,5, respectivamente). Já o domínio físico, no estudo de HWANG et al. (2003), mostrou-se superior ao deste estudo (escore médio de 56,2 e 51,2, respectivamente). É interessante observar que no domínio meio ambiente, os idosos apresentaram o mesmo escore médio (56,2). HWANG et al. (2003) afirmam que poucos instrumentos genéricos incluem explicitamente o ambiente como uma dimensão da QV relacionada à saúde. A esse respeito, destacam que a relevância do ambiente na QV da pessoa idosa tem sido identificada e reconhecida ao longo do tempo.

Dessa forma, é possível concluir que os idosos estudados apresentam uma pior QV que a população geral. Se a comparação for realizada entre idosos, os sujeitos desta pesquisa possuem algumas dimensões da QV comprometidas, principalmente o aspecto

físico. Por outro lado, se comparados com idosos no início de tratamento dialítico (LOOS et al., 2003) pode-se afirmar que, na presente investigação, eles apresentaram melhores escores de QV. Isso era esperado uma vez que os sujeitos desta pesquisa estavam há pelo seis meses em terapia renal substitutiva.

Ao se comparar as médias obtidas nas dimensões do SF-36 (36,0 a 82,7) e nos domínios do WHOQOL-breve (51,2 a 64,5), nota-se que houve maior variabilidade nas dimensões do SF-36, possivelmente porque o SF-36, composto por oito domínios, tenha mostrado maior capacidade para identificar as dimensões mais afetadas ou mais preservadas, do que o WHOQOL-breve, composto por quatro domínios. Entretanto, deve ser destacado que o desvio-padrão dos escores médios das dimensões do SF-36 foi maior que nos domínios do WHOQOL-breve, apontando para uma maior variabilidade entre os sujeitos. Esses achados remetem à necessidade de futuros estudos que utilizem técnicas de análise a fim de possibilitar conclusões ou inferências mais acuradas sobre o significado deste dado.

7.4 - SOBRE O IMPACTO E A SEVERIDADE DA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA TERMINAL NA VIDA DO IDOSO

Em relação ao impacto da IRCT na vida do idoso, a maioria dos sujeitos relatou perceber impacto de média intensidade, ou seja, exibiu um escore médio de 75,3 ($\pm 25,2$).

No Brasil, o estudo de FONSECA (2001) mostrou que a maioria dos pacientes renais crônicos estudados por meio do emprego do IEQ, relatou perceber conseqüências da IRCT em sua vida de média intensidade, com escore médio de 83,1 ($\pm 27,1$). A idade média desses pacientes foi de 41,6 anos e o tempo médio em programa de hemodiálise de 36,8 meses.

Na literatura internacional, KIMMEL et al. (1998) verificaram em pacientes em tratamento hemodialítico que o escore médio do IEQ foi de 64,4 ($\pm 26,3$), ou seja, a maioria deles exibiu médio impacto da IRCT em sua vida. Vale destacar que a idade média desses pacientes era de 54,6 anos e o tempo médio de hemodiálise não foi relatado. SACKS et al. (1990), ao estudar a correlação entre a percepção da doença e a depressão na IRC,

observaram que os pacientes renais crônicos exibiram um escore médio de 59,7 ($\pm 27,5$). Esses sujeitos possuíam uma idade média de 54,8 anos e estavam em tratamento há 56,8 meses (em média). PATEL et al. (2002), utilizando o IEQ em paciente renais crônicos em hemodiálise, verificaram uma pontuação média de 57,1 ($\pm 32,3$), sendo a idade média dos sujeitos de 54,4 ($\pm 13,7$) anos, e tempo médio em programa de hemodiálise de 46,6 ($\pm 48,1$) meses.

Diante disso, pode-se afirmar que os dados do presente estudo reproduzem os da literatura, uma vez que, de forma geral, os pacientes estudados percebem que a IRCT trouxe consequências de média intensidade à sua vida. Além disso, nota-se que a idade e o tempo médio de tratamento não influenciam necessariamente na percepção do impacto da IRCT na vida do sujeito. A esse respeito, GREENBERG e PETERSON (1997) afirmam que as pessoas com as mesmas condições podem apresentar percepções muito diferentes acerca dos efeitos da doença. Os autores ainda apontam que condições consideradas mais amenas, como dor de cabeça, apresentaram média de pontuação similar às consideradas mais graves, como a doença cardíaca.

Em relação à severidade da IRCT, é possível verificar que a maioria dos sujeitos obteve um índice de severidade médio de 14,0 ($\pm 9,9$), o qual é considerado suave. Do total de sujeitos estudados, 87,0% tiveram sua doença categorizada como de severidade suave, ou seja, houve uma homogeneidade dos idosos em relação ao ESRD-SI, sendo possível distinguir a maioria deles em relação às condições clínicas. CRAVEN et al. (1991) verificaram, entre pacientes submetidos a diversas formas de tratamento dialítico, uma pontuação média do ESRD-SI de 10,2. Especificamente na faixa etária de 63 a 80 anos, esse índice médio subiu para 12,4. Com respeito à forma de tratamento, nos pacientes em hemodiálise, o índice médio cai para 8,1. Independentemente da análise, a maioria esteve incluída na categoria suave.

Diante do exposto, nota-se que a maioria dos sujeitos, tanto do presente estudo quanto da literatura, foi categorizada como portadora de IRCT com severidade suave. Essa homogeneidade em relação à severidade da IRCT pode, de certa forma, influenciar nas correlações com outros instrumentos, pois o ESRD-SI não conseguiu distinguir os sujeitos da presente investigação quanto a gravidade da IRCT, englobando 87,0% da amostra em uma mesma categoria.

7.5 - SOBRE A CONSISTÊNCIA INTERNA DOS INSTRUMENTOS SF-36 E DO WHOQOL-breve

A consistência interna dos instrumentos SF-36 e WHOQOL-breve, em sua totalidade, foi alta indicando boa confiabilidade. Em relação à homogeneidade das dimensões do SF-36, é possível verificar que a maioria atingiu um alfa de Cronbach superior a 0,70, com exceção das dimensões estado geral de saúde (0,64), vitalidade (0,65) e aspectos sociais (0,56), embora as duas primeiras tenham apresentado um coeficiente de confiabilidade próximo a 0,70.

Com respeito ao SF-36, se comparados os valores do coeficiente alfa de Cronbach da presente pesquisa com os da literatura junto à população geral e diferentes grupos de idosos, observa-se uma semelhança no comportamento dos valores desse coeficiente: os valores de alfa estiveram em torno de 0,80 para as dimensões capacidade funcional, aspectos físicos, dor, aspectos emocionais, saúde mental, exceto para a dimensão saúde mental verificada em uma população de idosos chineses, a qual foi de 0,38. Esse fato revela a especificidade inerente a cada grupo estudado, e novamente indica a demanda de estudos que verifiquem o valor de alfa para cada dimensão e em cada grupo estudado.

Os domínios do WHOQOL-breve apresentaram valores de coeficiente alfa de Cronbach que apontaram para a existência de confiabilidade satisfatória, com exceção do domínio relações sociais, que apresentou baixa consistência interna ($\alpha=0,42$).

Se comparada a consistência interna do presente estudo com a relatada na literatura junto à população geral e com um grupo de idosos moradores da comunidade de Taiwan (HWANG et al., 2003), em relação ao WHOQOL-breve, os valores de alfa de Cronbach em todos os domínios foram inferiores aos da literatura, exceto no domínio físico, que apresentou um valor aproximado ($\alpha=0,79$). Reitera-se, portanto, a importância de estudos que avaliem o valor do coeficiente de confiabilidade para cada domínio e por grupos estudados.

Frente a esses dados, chama a atenção a dimensão social de ambos os instrumentos (SF-36 e WHOQOL-breve), que apresentou coeficientes de confiabilidade baixos, com valores de 0,56 e 0,42, respectivamente. Isso talvez se justifique pelo pequeno

número de itens nesta dimensão. CRONBACH (1996) afirmam que o aumento da extensão da avaliação está associado ao aumento do coeficiente de confiabilidade. Em outras palavras, quanto maior o número de itens melhor será o coeficiente de confiabilidade. Isto aponta para a necessidade de revisão do domínio relações sociais, no mínimo, para a aplicação neste grupo de sujeitos.

Em síntese, ambos os instrumentos mostraram-se como ferramentas confiáveis para a medida de QV em renais crônicos idosos. Embora o SF-36 tenha apresentado valores de coeficiente alfa superiores aos do WHOQOL-breve, quando analisados os seus domínios/dimensões separadamente, esse instrumento apresentou valores de coeficiente que permitem o seu emprego na população alvo, destacando-se, entretanto, o cuidado na análise referente ao domínio relações sociais, cujo coeficiente mostrou-se abaixo de 0,50.

7.6 - SOBRE A VALIDADE DISCRIMINANTE E DIVERGENTE DO SF-36 E DO WHOQOL-breve EM RELAÇÃO AO IMPACTO E À SEVERIDADE DA IRCT

Todas as dimensões do SF-36, exceto os aspectos emocionais, discriminaram os sujeitos com maior e menor impacto da IRCT, e exibiram correlação negativa, que oscilou de moderada a forte magnitude entre todas as dimensões do SF-36 e o IEQ. Ou seja, o SF-36 correlacionou negativamente e discriminou os idosos em relação ao impacto da IRCT. Exceção foi observada na dimensão aspectos emocionais, a qual, embora tenha apresentado correlação negativa com o IEQ, exibiu apenas uma tendência de significância estatística para discriminar os sujeitos.

Em relação à severidade da IRCT, metade das dimensões do SF-36 foi capaz de discriminar os idosos, exceto as dimensões aspectos físicos, vitalidade, aspectos emocionais e saúde mental. O SF-36 exibiu correlação negativa significativa estatisticamente nas dimensões capacidade funcional, aspectos físicos, estado geral de saúde e aspectos emocionais. Dessa forma, associando-se a capacidade discriminante e divergente do SF-36 em relação às categorias do ESRD-SI, pode-se afirmar que as melhores dimensões do

SF-36 foram a capacidade funcional e o estado geral de saúde, uma vez que além de discriminar os sujeitos, elas apresentaram uma correlação negativa estatisticamente significativa.

Ainda com respeito à severidade da IRCT, as dimensões aspectos sociais e dor discriminaram os idosos, mas não mostraram correlação, o que aponta para a existência de aglomerados de sujeitos nos extremos de pontuação de ambas as escalas. Já as dimensões aspectos emocionais e aspectos físicos, embora revelem correlação negativa com a severidade, não conseguiram discriminar os sujeitos quanto às categorias da severidade da IRCT. Vale destacar a dimensão saúde mental e vitalidade que exibiu menor sensibilidade, tendo em vista que não discriminou e nem se correlacionou significativamente.

No que se refere ao WHOQOL-breve, todos os domínios discriminaram os sujeitos com maior e menor impacto da IRCT. Três dos seus domínios exibiram correlação negativa de forte magnitude com a pontuação do IEQ, exceto o domínio relações sociais, que mostrou fraca correlação negativa, embora significativa estatisticamente. A associação da capacidade discriminante e divergente do WHOQOL-breve em relação ao IEQ revela que todos os domínios do WHOQOL-breve discriminaram os sujeitos e correlacionaram negativamente com o IEQ.

Com respeito à severidade, todos os domínios do WHOQOL-breve discriminaram os sujeitos com severidade suave e não-suave da IRCT, embora apenas dois de seus domínios tenham apresentado correlação negativa significativa com a pontuação da severidade: o domínio físico, com moderada magnitude, e o domínio relações sociais, com fraca magnitude. Os domínios psicológico e meio ambiente exibiram somente uma tendência à fraca correlação negativa, ou seja, no que se refere à validade divergente para severidade, o WHOQOL-breve mostrou desempenho semelhante ao do SF-36, cuja dimensão de maior correlação negativa com a severidade foi o aspecto físico, em ambos.

A análise mostra que, comparado o poder de discriminação dos dois instrumentos de QV (SF-36 e WHOQOL-breve) em relação às variáveis de critério adotadas (impacto e severidade da IRCT), o WHOQOL-breve apresenta maior poder de discriminação, uma vez que distinguiu os sujeitos com maior e menor impacto da IRCT na

vida dos idosos e com severidade suave e não-suave da IRCT em todos os seus domínios. É preciso destacar que, em relação à severidade da IRCT, apesar da maioria dos sujeitos (87%) ter sua doença categorizada como portadora de severidade suave da IRCT, todos os domínios do WHOQOL-breve foram capazes de discriminar os idosos com severidade suave ou não-suave da IRCT.

A validade divergente dos instrumentos de QV com o impacto da IRCT, tanto para o SF-36 quanto para o WHOQOL-breve exibiu correlação negativa, variando de fraca a forte magnitude. Já com a severidade da IRCT, o SF-36 apresentou correlação negativa em 50,0% das dimensões (capacidade funcional, aspectos físicos, estado geral de saúde e aspectos emocionais), e o WHOQOL-breve exibiu correlação negativa no domínio físico e relações sociais. Já os domínios psicológico e meio ambiente exibiram apenas uma tendência com significância estatística.

Na busca de comparação dos achados da presente pesquisa com a literatura nacional e internacional, verificou-se poucos estudos que correlacionaram o impacto e a severidade da IRCT com a QV dos pacientes renais crônicos.

Acerca do impacto da IRCT, PATEL et al. (2002) verificaram a existência de correlação das variáveis psicossociais e crenças religiosas com a QV de pacientes com IRCT em hemodiálise. Os autores utilizaram vários instrumentos, dentre eles o IEQ e uma questão geral sobre QV do questionário de QV de McGill, e observaram correlação negativa de forte magnitude ($r=0,56$; $p\text{-valor}<0,0001$) entre o impacto da IRCT na vida do sujeito (IEQ) e a QV dos mesmos (questão geral sobre QV). SHIDLER et al. (1998), estudando a relação entre variáveis psicossociais e a sua QV em pacientes com IRCT no período pré-dialítico, utilizaram o IEQ e escalas que avaliaram a depressão, suporte social, satisfação com a vida e funcionamento físico. Os achados mostraram que os pacientes com percepção mais negativa da doença exibiram maiores níveis de depressão e pior QV.

Quanto à severidade, MAOR et al. (2001) aplicaram três medidas de QV em pacientes em diálise: a técnica “*time trade-off*”, QV relacionada à saúde e o SF-36. Dentre os vários instrumentos utilizados, também foi empregado o ESRD-SI. Os autores encontraram correlação negativa entre o ESRD-SI e os componentes físico e mental do SF-36, correspondendo a forte ($r=0,60$; $p\text{-valor}=0,0001$) e moderada magnitude ($r=0,39$; $p\text{-valor}=0,0033$), respectivamente.

Neste contexto, pode ser verificado que nenhum estudo foi publicado até o momento, sobre a correlação entre o IEQ ou o ESRD-SI com o WHOQOL-breve ou com o SF-36, exceto o de MAOR et al. (2001), que correlacionaram o ESRD-SI apenas com os componentes físico e mental do SF-36 e não com cada dimensão especificadamente. Novamente, a escassez de literatura salienta a importância da presente pesquisa e remete à necessidade de pesquisas futuras em outros grupos e culturas a fim de possibilitar as respectivas comparações.

7.7 - SOBRE A CORRELAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES DO SF-36 E OS DOMÍNIOS DO WHOQOL-breve

Os domínios físico, psicológico e meio ambiente do WHOQOL-breve correlacionaram-se com todas as dimensões do SF-36, exceto a dimensão aspectos emocionais, que não exibiram correlação com os domínios psicológico e meio ambiente. Vale destacar que o domínio relações sociais do WHOQOL-breve não apresentou correlação com as dimensões do SF-36, com exceção da dimensão estado geral de saúde.

Novamente, na literatura, são poucos os artigos que tratam entre o SF-36 e o WHOQOL-breve. DÜNDAR et al. (2002) compararam os domínios comuns dos referidos instrumentos e observaram boa correlação entre os domínios físico e psicológico do WHOQOL-breve com as dimensões capacidade funcional, estado geral de saúde, aspectos sociais e saúde mental do SF-36. Além disso, os autores observaram fraca correlação entre o domínio relações sociais do WHOQOL-breve e as dimensões do SF-36 citadas acima.

No presente estudo, chama atenção a ausência de correlação entre os domínios compatíveis, como o domínio psicológico do WHOQOL-breve e a dimensão aspectos emocionais do SF-36, e entre o domínio relações sociais do WHOQOL-breve e a dimensão aspectos sociais do SF-36. Esta falta de correlação talvez possa ser atribuída à diferença de conteúdo avaliado em cada dimensão/domínio relacionados da QV de cada instrumento.

Se analisado o conteúdo das dimensões citadas acima, nota-se que a dimensão aspectos emocionais avalia os problemas emocionais decorrentes do trabalho ou atividade diária regular, enquanto o domínio psicológico aborda a imagem corporal, concentração,

sentido de vida e frequência de sentimentos negativos. O domínio relações sociais avalia as relações e os suportes sociais além da atividade sexual; já os aspectos sociais estimam a influência da saúde física e dos problemas emocionais nas atividades sociais. Assim, comparando-se a dimensão aspectos emocionais (SF-36) e o domínio psicológico (WHOQOL-breve), verifica-se que na primeira há um enfoque na influência dos problemas emocionais sobre as atividades diárias, enquanto que no segundo avaliam-se mais amplamente os aspectos psicológicos da qualidade de vida. Da mesma forma, comparando-se a dimensão aspectos sociais (SF-36) e o domínio relações sociais (WHOQOL-breve), observa-se que, neste último, é avaliada a atividade sexual. Neste contexto, o conteúdo abrangido pelas dimensões e domínios relacionados mostraram-se diferentes.

8 - CONCLUSÕES

Os dados obtidos no presente estudo, em um grupo de pacientes renais crônicos idosos em hemodiálise ambulatorial, permitem as seguintes conclusões:

1. Quanto à praticabilidade dos instrumentos SF-36 e WHOQOL-breve, analisada pelo tempo despendido na entrevista e pelo percentual de itens não respondidos pelos idosos, observou-se melhor desempenho do WHOQOL-breve, com menor tempo despendido na entrevista, e por itens integralmente respondidos por todos os sujeitos do estudo;

2. Os instrumentos SF-36 e WHOQOL-breve apresentaram semelhante e elevado nível de confiabilidade, quando avaliados em sua totalidade. Quando avaliados de acordo com cada dimensão/domínio, entretanto, o SF-36 exibiu maiores valores do coeficiente alfa de Cronbach, apontando uma maior consistência das dimensões desse instrumento, quando comparadas aos domínios do WHOQOL- breve;

3. Todos os domínios do WHOQOL-breve tiveram poder de discriminar os sujeitos em relação ao impacto e à severidade da doença. O SF-36, por sua vez, exibiu menor poder de discriminação, principalmente quanto à severidade da doença, critério que foi discriminado por somente 50,0% de suas oito dimensões;

4. No que se refere à validade divergente, os instrumentos apresentaram desempenho semelhante, com correlação negativa mais forte entre a medida de QV e de IEQ do que entre QV e ESRD-SI. As correlações negativas entre o WHOQOL-breve e o IEQ foram um pouco mais fortes (correlação média $r=-0,51$) do que as observadas entre SF- 36 e IEQ (correlação média $r=-0,46$), já para o ESRD-SI, ambos instrumentos exibiram correlação negativa de fraca magnitude (correlação média $r=-0,29$);

5. Houve correlação positiva entre a maioria das dimensões do SF-36 e os domínios do WHOQOL-breve, com exceção do domínio relações sociais do WHOQOL-breve que exibiu correlação apenas com a dimensão estado geral de saúde do SF-36, o que aponta para a medida de um atributo de QV pouco presente no SF-36.

Em síntese, pode-se afirmar que ambos instrumentos (SF-36 e WHOQOL-breve) mostraram-se confiáveis e válidos para serem empregados na medida da qualidade de vida de pacientes idosos com IRCT em hemodiálise.

Os resultados sinalizam um melhor desempenho do WHOQOL-breve na população estudada, particularmente no que se refere ao tempo de aplicação do instrumento e ao poder de discriminação do mesmo em relação ao impacto e à severidade da IRCT.

Contudo, considerando que ambos instrumentos apresentam especificidades de desempenho distintas, recomenda-se que no estudo da qualidade de vida em idosos com IRCT a escolha do instrumento genérico deva ser pautada nessas especificidades à luz do desenho e objetivos da pesquisa.

***9 - LIMITAÇÕES DO PRESENTE ESTUDO
E PERSPECTIVA PARA FUTURAS
INVESTIGAÇÕES***

No desenvolvimento do presente estudo algumas limitações foram identificadas, as quais são relevantes para futuros estudos dessa natureza, a fim de que possam ser evitadas ou, pelo menos, previstas.

Previamente à coleta de dados, uma das clínicas selecionadas, e autorizada para a realização do estudo, necessitou ser excluída devido à mudança do seu quadro diretivo e à posterior suspensão da referida autorização. Considerando o número limitado de clínicas de terapia renal substitutiva na cidade de Campinas que atendiam um grande número de pacientes, buscou-se outra instituição em outra cidade do interior do estado de São Paulo, a qual atendeu aos objetivos do estudo.

No que se refere aos instrumentos utilizados na pesquisa, o ESRD-IS no grupo de idosos estudados não foi capaz de distinguir as condições clínicas dos sujeitos. Em outras palavras, observou-se uma maior homogeneidade dos pacientes, uma vez que 87% deles tiveram a sua doença categorizada como “severidade suave”.

Outro dado relevante diz respeito ao coeficiente de confiabilidade baixo na dimensão social, cujo alfa de Cronbach foi 0,56 e 0,42 no SF-36 e no WHOQOL-breve, respectivamente. Isto aponta para a necessidade de revisão dessa dimensão no uso desses instrumentos nessa população.

Conforme destacado no capítulo anterior, a análise do presente estudo possibilitou apontar, com base nas propriedades psicométricas do SF-36 e do WHOQOL-breve, vantagens e desvantagens de ambos os instrumentos junto a idosos portadores de IRCT em tratamento hemodialítico. Permite, assim, afirmar que na avaliação da qualidade de vida destes sujeitos é preciso considerar as vantagens de cada instrumento e a sua relação com o objeto de estudo.

Ambos os instrumentos guardam propriedades relevantes para a avaliação dos domínios de interesse na QV. Contudo, não é possível indicar o “melhor” ou o “pior” instrumento para este propósito. Se no propósito do estudo interessa o meio ambiente do idoso, recomenda-se o uso do WHOQOL-breve, já que este instrumento genérico corresponde a um dos poucos instrumentos que incluem o meio ambiente como uma

dimensão da QV relacionada à saúde (HWANG et al, 2003). Por outro lado, se o estudo propõe-se a avaliar a evolução clínica do paciente ou a resposta a um tratamento, recomenda-se o uso do SF-36.

Além disso, alguns achados obtidos nesse estudo merecem ser futuramente explorados, como os dados de caracterização sociodemográfica e clínica dos sujeitos e a sua relação com a qualidade de vida, bem como com o impacto e a severidade da IRCT na vida dos idosos em tratamento hemodialítico. Algumas características identificadas nessa pesquisa como, por exemplo, o nível educacional e as condições clínicas associadas, são descritas na literatura como fatores que influenciam a QV dos pacientes renais crônicos.

Alguns idosos obtiveram pontuação zero em algumas dimensões do SF-36. Esse dado chamou a atenção, contudo a impossibilidade do mesmo ser explorado, no presente estudo, remete a futuras investigações. Houve, ainda, idosos que exibiram pontuação 100 em algumas dimensões/domínios do SF-36 e WHOQOL-breve, o que sugere a presença de grande variabilidade dos escores obtidos pelos sujeitos.

Esses achados sinalizam a necessidade de futuros estudos que utilizem análise estatística que possibilite conclusões ou inferências mais acuradas sobre o significado dos mesmos, bem como permita interpretações acerca da qualidade de vida dos idosos portadores de IRCT em hemodiálise.

10 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, P.F.; SESSO, R.C.C.; RAMOS, L.R. Aspectos renais no idoso. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, 20(2): 158-65, 1998.

AJZEN, I., FISHBEIN, M. **Understanding attitudes and predicting social behavior**. New Jersey: Prentice-Hall, 1980.

APOLONE, G.; MOSCONI, P. Review of the concept of quality of life assessment and discussion of the present trend in clinical research. **Nephrol Dial Transplant**, 13: 65-9, 1998.

BARROS, E.; MANFRO, R. C.; THOMÉ, F. S. GONÇALVES L. F. S. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

BARTOLOMÉ, J. Tratamento depurativo: estado actual y perspectivas. In: ANDRES, J.; FORTUNY, C. **Cuidados de enfermeria en la insuficiencia renal**. Barcelona: ELA Editorial Libro Del Año, 1994. p.53-9.

BELASCO, A.G.S. **Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise**. São Paulo, 2002. (Tese - Doutorado - Universidade Federal de São Paulo).

BERGNER, M.; BOBBIT, R.A.; CARTER, W.B.; GILSON, B.S.; The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measures. **Med Care**, 19: 787-805, 1981.

BRAZIER J. E.; WALTERS, S.J.; NICHOLL, J.P.; KOHLER, B. Using the SF-36 and Euroqol on an elderly population. **Quality of Life Research**, 5: 195-204,1996.

CAGNEY, K.A.; WU, A.W.; FINK, N.E.; JENCKES, M.W.; MEYER, K.B.; BASS, E.B.; POWE, N.R. Formal Literature Review of Quality of Life Instruments used in end-stage renal disease. **American Journal Kidney Disease**, 36(2): 327-36, 2000.

CAMARANO, A.A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS,E.V.; PY, L.; NERI, A.L.; CANÇADO, F.A.X.; ROCHA, S.M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 58-71.

CARVALHO, F.J.W., SILVA, A.B.F., COSTA, R.C. Análise da diálise no paciente idoso. **Arq Geriatr Gerontol.** 3(1): 5-10,1999.

CARVALHO, F.J.W. Envelhecimento do aparelho genitourinário. In: FREITAS,E.V.; PY, L.; NERI, A.L.; CANÇADO, F.A.X.; ROCHA, S.M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.426-29.

CASARINI, K. A. **Estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes portadores de insuficiência renal crônica** - São Carlos, 1997 (Monografia – Universidade Federal de São Carlos).

CASTRO, M.C.M. Revisão/atualização em hipertensão arterial: hipertensão arterial na insuficiência renal crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, 18(2): 169-74, 1996.

CHURCHILL, D.N. Psychosocial adaptation of dialysis patients. In: Nissensson, A.R.; FINE, R.N.; GENTILE, D.E.: **Clinical Dialysis**, 3.ed. Boston: Prentice-Hall, 1995. p. 827-38.

CICONELLI, R.M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)”**. São Paulo, 1997. (Tese – Doutorado - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo).

CRAVEN, J.; LITTEFIELD, C.; RODIN, G.; MURRAY, M. The end stage renal disease severity index (ESRD-SI). **Psychological Medicine**, 21: 237-43, 1991.

CRONBACH, L.J. **Fundamentos da testagem psicológica.** 5.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996,

DEOREO, P.B. Hemodialysis patients assessed functional health status predicts continued survival, hospitalization and dialysis-attendance compliance. **American Journal Kidney Disease**, 30 : 204-12, 1997.

DONALD, C.A.; WARE, J.E. The measurement of social suport. In: GREENLEY, J. R. **Research Community and Mental Health.** Greenwich: JAI Press, 1984. p.325-70.

DUARTE, P.S. **Tradução, adaptação cultural e validação do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos em programa dialítico – “Kidney Disease Quality of Life Short Form” (KDQOL-SF 1.3)** – São Paulo, 2003a. (Dissertação – Mestrado – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo).

DÜNDAR, P.; FIDANER, C.; FIDANER, H.; ORAL, A.; ESER, S.; ATMAN, U.C. et al. Comparing the Turkish versions of WHOQOL-bref and SF-36. Convergent validity of WHOQOL-bref and SF-36. **Hippokratia**, 6 (suppl.1): 37-43, 2002.

EDGEELL, E.T.; COONS, S.J.; CARTER, W.B.; KALLICH, J.D.; MAPES, D.; DAMUSH, T.M. et al. A Review of health-related quality of life measures used in end-stage renal disease. **Clinical Therapeutics**, 18: 887-914, 1996.

FARQUHAR, M. Elderly people's definitions of quality of life. **Soc Sci Med**, 41 (10): 1439-46, 1995.

FITZPATRICK, R.; FLETCHER, A.; GORE, S.; JONES, D. SPIEGELHALTER, D.; COX, D. Quality of life measures in health care: applications and issues in assessment. **B M J**, 305: 1074-7, 1992.

FLECK, M.P.A.; LEAL, O.F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 21 (1): 19-28, 1999a.

FLECK, M.P.A.; LEAL, O.F. LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, 33 (2): 198-205, 1999b.

FLECK, M.P.A.; LEAL, O.F. LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL- bref”. **Revista de Saúde Pública**, 34(2): 178-83, 2000.

FONSECA, P.P. **Um questionário para a avaliação do impacto de doenças crônicas: tradução validada e estudo de confiabilidade do IEQ (Illness Effects Questionnaire)** – São Paulo, 2001. (Dissertação – Mestrado – Universidade Federal de São Paulo).

FONSECA, P.P.; OLIVEIRA, A.F.F.; DEL PORTO, J.A. Uma escala para a avaliação clínica padronizada de pacientes com IRC Terminal: tradução e estudo da confiabilidade do ESRD-SI (End Stage Renal Disease – Severity Index). In: Congresso Brasileiro de Nefrologia, 21, Congresso Brasileiro de Enfermagem em Nefrologia, 11, 2002, Brasília. **Anais...** Brasília, 2002. p. 90.

GEIB, T.M. **Associação entre a capacidade funcional e qualidade de vida de idosos do Município de São Paulo, residentes na comunidade que moram sozinhos.** – São Paulo, 2001. (Dissertação – Mestrado – Universidade Federal de São Paulo).

GILL, T.M.; FEINSTEIN, A.R. A critical appraisal of the quality of life measurements. **JAMA**, 272: 619-26, 1994.

GREENBERG, G.D., PETERSON R.A. **Manual for the Illness Effects Questionnaire, Professional Illness Effects Questionnaire, Illness Effects Questionnaire/Family and Treatment Effects Questionnaire.** Unpublished manuscript. 1996.

GREENBERG, G.D., PETERSON R.A., Illness Effects Questionnaire. In **Evaluating Stress – A Book of Resources.** London: The Scarecrow Press, 1997. p. 141-64.

GUYATT, G.H.; FEENY, D.; PATRICK, D.L. Measuring health-related quality of life. **Ann Intern Med**, 118: 622-29, 1993.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de fisiologia médica.** 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

HAYES, V.; MORRIS, J.; WOLFE, C.; MORGAN, M. The SF-36 Health Survey Questionnaire: Is suitable for use with Older Adults? **Age and Ageing**, 24: 120-25, 1995.

HAYS, R.D.; KALLICH, J.D.; MAPES, D.L.; COONS, S.J.; AMIN, N.; CARTER, W.B. **Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF). Version 1.3: a manual for use and scoring.** Santa Monica: RAND, 1997. p. 1-39.

HORNBERGER, J.C.; REDELMEIER, D.A.; PETERSEN, J. Variability among methods to assess patients' well-being and consequent effect on a cost-effectiveness analysis. **J Clin Epidemiol**, 45: 505-12, 1992.

HWANG, H.F.; LIANG, W.M.; CHIU, Y.N.; LIN, M.R. Suitability of the WHOQOL-bref for community-dwelling older people in Taiwan. **Age and Ageing**, 32: 593-600, 2003.

KHAN, I.H.; GARRATT, A.M.; KUMAR, A. CODY, D.J.; CATTO, G.R.D.; EDWARD, N. et al. Patient's perception of health on renal replacement therapy: evaluation using new instrument. **Nephrol Dial Transplant**, 10: 684-89, 1995.

KIMMEL, P.L.; PETERSON, R.A.; WEIHS, K.L.; SIMMENS, S.J.; ALLEYNE, S.; CRUZ, I. et al. Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. **Kidney International**, 54: p.245-54, 1998.

KIMURA, M.; GOUVEIA SANTOS, V.L.C.; AMENDOLA, F.; SALVETTI, M.G.; GONZAGA, S.T.G., SALLIMBENI, T. Validação do questionário de avaliação de qualidade de vida Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey para a população geral do município de São Paulo. In: II ENCONTRO INTERNACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM: TRAJETÓRIA ESPAÇO-TEMPORAL DA PESQUISA, 2002, Águas de Lindóia. **Livro-Programa**. São Paulo, 2002, p.193.

KIRSHNER, B.; GUYATT, G. A methodologic framework for assessing health indices. **J Chronic Dis**, 38: 27-36, 1985.

KURTNER, N.G.; CARDENAS, D.D.; BOWER, J.D. Rehabilitation, aging an chronic renal disease. **Am J Phys Med Rehabil**, 71: 97-101, 1992.

KURTNER, N.G. Assessing end-stage renal disease patients functioning and well-being: Measurement approaches and implications for clinical practice. **American Journal Kidney Disease**, 24: 321-33, 1994.

KURTNER, N.G.; BROGAN, D.; HALL, D.; HABER, M. DANIELS, D.S. Funcional impairment, depression, end Life Satisfaction among older hemodialysis patients and age-matched controls: a prospective study. **Arch Phys Med Rehabil**, 81: 453-9, 2000.

LAUPACIS, A.; MUIRHEAD, N.; KEOWN, P.; WONG, C. A disease-specific questionnaire for assessing quality of life in patients on hemodialysis. **Nephron**, 60: 302-06,1992.

LAWTON, M.P.; WINDLEY, P.G.; BYERTS, T.O. **Aging and the environment: Theoretical Approaches**. New York: Springer, 1982.

LIMA, A. F. C. **O significado da hemodiálise para o paciente renal crônico: a busca por uma melhor qualidade de vida** – São Paulo, 2000. (Dissertação -Mestrado –Universidade de São Paulo).

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Confiabilidade e validade. In: LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001a. p. 186-99.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Desenhos não experimentais. In: LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001b. p. 110-21.

LOOS, C.; BRIANÇON, S.; FRIMAT, L.; HANESSE, B.; KESSLER, M. Effects of end-stage renal disease on the quality of life of older patients. **JAGS**, 51: 229-33, 2003.

MAOR, Y.; KING, M.; OLMER, L.; MOZES, B. A comparison of three measures: the time trade-off technique, global health-related quality of life and the SF-36 in dialysis patients. **J Clin Epidemiol**, 54: 565-70, 2001.

MCDOWELL, I.; NEWELL, C. **Measuring Health. A guide to rating scales and questionnaire**, 2.ed. New York: Oxford University Press, 1996.

MCKEVITT, P.M.; JONES, J.F.; LANE, D.A.; MARION, R.R. The elderly on dialysis: some considerations in compliance. **American Journal Kidney Disease**. 4: 346-50,1990.

MINGARDI, G.; CORNALBA, L.; CORTINOVIS, E.; RUGGIATA, R.; APPOLONE, G. DIA-QOL Group: Health-related quality of life in dialysis patients. A report from an Italian study using the SF-36 Health Survey. **Nephrol Dial Transplant**, 14: 1503-10, 1999.

MORENO, F.; LÓPEZ-GÓMEZ, J.M.; SANZ-GUAJARDO, D.; JOFRE, R.; VALDERRÁBANO, F. The Spanish Cooperative Renal Cooperative Patients Quality of Life Study Group: Quality of Life in dialysis patients. A Spanish multicentre study. **Nephrol Dial Transplant**, 11: S125-S129, 1996 (suppl 2).

NERI, A.L. **Palavras chaves em gerontologia**. Campinas: Alínea, 2001. 136p.

PASCHOAL, S.M.P. Autonomia e Independência. In: PAPALLÉO NETTO, M. ed. **Gerontologia**. São Paulo, Atheneu, 1996. p. 313-23.

PASCHOAL, S.M.P. **Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião** - São Paulo, 2000. (Dissertação -Mestrado - Universidade de São Paulo).

PASCHOAL, S.M.P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS,E.V.; PY, L.; NERI, A.L.; CANÇADO, F.A.X.; ROCHA, S.M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.79-84.

PATEL, S.S.; SHAH, V.S.; PETERSON, R.A.; KIMMEL, P.L. Psychosocial variables, quality of life, and religious beliefs in ESRD patients treated with hemodialysis. **American Journal Kidney Disease**, 5: 1013-22, 2002.

PATRICK, D; ERICKSON, P. Health status and health policy. **Quality of life in health care evaluation and resource allocation**. New York: Oxford, 1992.

PEREIRA, J.C.R. **Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais**. São Paulo: EDUSP, 1999.

PINHEIRO, M.A.; ALVES, C.M.P. Hipertensão arterial na diálise e no transplante renal. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, 25(3): 142-8, 2003.

PINTO, F.M.; ANÇÃO, M.S.; SAKUMOTO, M.; FERREIRA, S.R.G. Contribuição da nefropatia diabética para a insuficiência renal crônica na Grande São Paulo. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, 19(3): 256-63, 1997.

PIRES, A. J. Insuficiência renal. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; NERI, A.L.; CANÇADO, F.A.X.; ROCHA, S.M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 457-66.

RAJA, R. M. Acesso vascular para hemodiálise. In: DAUGIRDAS, J. T.; ING, T. S. **Manual de diálise**. 2. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1996. 50-72.

RAMOS, L.R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; NERI, A.L.; CANÇADO, F.A.X.; ROCHA, S.M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 72-8.

REN, X.S.; CHANG, K. Evaluating health status of elderly chinese in Boston. **J Clin Epidemiol**, 51(5): 429-35, 1998.

RIBEIRO, R.C.H.M. **A condição de vida de idosos com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico** - Ribeirão Preto, 2000. (Dissertação - Mestrado –Universidade de São Paulo).

RICARTE, M.C.; PINTO, C.J.M.; COLOMBO, R.C.R.; GALLANI, M.C.B.J. Avaliação da qualidade de um instrumento de coleta de dados em pesquisa. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL: INOVAÇÃO E DIFUSÃO DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM. 2003, Ribeirão Preto. **Livro de Resumos**. São Paulo, 2003, p. 194.

RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

RODRIGUES NETO, J.F. **Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise: um estudo prospectivo**. São Paulo, 2001. (Tese - Doutorado - Universidade Federal de São Paulo).

ROMÃO, M.A.F. **Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em programa de hemodiálise** - São Paulo, 2001. (Dissertação - Mestrado – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo).

ROMÃO JÚNIOR, J. E. Insuficiência renal crônica. In: CRUZ, J.; PRAXEDES, J. N.; CRUZ, H. M. M. **Nefrologia**. São Paulo: Sarvier, 1995. p. 187-200.

ROMÃO JÚNIOR, J. E; PINTO, S.W.L.; CANZIANI, M.E.; PRAXEDES, J.N.; SANTELLO, J.L.; MOREIRA, J.C.M. Censo SBN 2002: informações epidemiológicas das unidades de diálise do Brasil. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, 25(4): 188-99, 2003.

SACKS, C.R.; PETERSON, R.A.; KIMMEL, P.L. Perception of illness and depression in Chronic Renal Disease. **American Journal Kidney Disease**, 15(1): 31-9, 1990.

SAVONITTI, B.H.R.A. **Qualidade de Vida de Idosos Institucionalizados** - São Paulo, 2000. (Dissertação - Mestrado – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo).

SAVONITTI, B.H.R.A.; KIMURA M. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. In: II ENCONTRO INTERNACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM: TRAJETÓRIA ESPAÇO-TEMPORAL DA PESQUISA, 2002, Águas de Lindóia. **Livro-Programa**. 2002. p. 194.

SESSO, R.; YOSHIHIRO, M.M. Time of diagnostic of chronic renal failure and assessment of quality of life in haemodialysis patients. **Nephrol Dial Transplant**, 10: 2111-16, 1997.

SESSO, R. RODRIGUES NETO, J.F. FERRAZ, M.B. Impact of Socioeconomic Status on the Quality of Life of ESRD Patients. **American Journal Kidney Disease**, 41(1): 186-95, 2003.

SHIDLER, N.R.; PETERSON, R.A.; KIMMEL, P.L. Quality of life and psychosocial relationships in patients with chronic renal insufficiency. **American Journal Kidney Diseases**, 32 (4): 557-66, 1998.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

STADNYK, K.; CALDER, J.; ROCKWOOD, K. Testing the Measurement Properties of the Short Form – 36 Health Survey in a Frail Elderly Population. **J Clin Epidemiol**, 51(10): 827-35, 1998.

STEWART, A.L.; HAYS, R.D.; WELLS, K.B.; ROGERS, W.H.; SPRITZER, K.L.; GREENFIELD, S. Long-term functioning and well-being outcomes associated with physical activity and exercises in patients with chronic conditions in the Medical Outcomes Study, **J Clin Epidemiol**, 47: 719-30, 1994.

TAMBURINI, M. Twenty years of research on the evaluation of quality of life in medicine. In: Tamburini, M. **Quality of Life Assessment in Medicine**. 3. ed. GLAMM Interactive. CD-ROM for Windows 95 & 98. 1998.

TAWNEY, K.W.; TAWNEY, P.J.W.; HLADIK, G.; HOGAN, S.L.; FALK, R.J.; WEAVER, C. et al. The Life Readiness Program: a physical rehabilitation program for patients on hemodialysis. **American Journal Kidney Disease**, 36 (3): 581-91, 2000.

TESTA, M.A.; NACKLEY, J.F. Methods for quality of life studies. **Annu Rev Public Health**, 15: 535-59, 1994.

THE WHOQOL GROUP. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). **Quality of Life Research**, 2: 153-9, 1993.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**, 41(10): 1403-9, 1995.

THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assessment. **Psychol Med**, 28: 551-8, 1998.

VALDERRÁBANO, F.; JOFRE, R.; LÓPEZ-GÓMEZ; J.M. Quality of life in end-stage renal disease patients. **American Journal of Kidney Diseases**, 38(3): 443-64, 2001.

VEIT, C.; WARE, J.E. The structure of psychological distress and well being in general populations. **J Cons Clin Psychol**, 51: 730-42, 1983.

WARE, J.E.; SHERBOURNE, C.D. The MOS 36 – Item Short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Med Care**, 30: 473-83, 1992.

YOSHIHIRO, M.M. **Tempo de diagnóstico de insuficiência renal crônica e avaliação da qualidade de vida de pacientes em hemodiálise.** – São Paulo, 1998. (Dissertação – Mestrado – Universidade Federal de São Paulo).

YOUNG, D.R.; MASAKI, K.H.; CURB, J.D. Associations of physical activity with performance-based and self-reported physical functioning in older men: The Honolulu Heart Program. **J Am Geriatr Soc**, 43: 845-54, 1995.

ZAWADA JÚNIOR, E. T. Indicações de diálise. In: DAUGIRDAS, J. T.; ING, T. S. **Manual de diálise.** 2. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1996. p. 3-9.

11 - ANEXOS



INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Caixa Postal 6
13083-970 Campinas,
SP (019) 3788-81
fax (019) 3788-81
E-mail: etica@unicamp.br

CEP. 19/11/02
(Grupo III)

PARECER PROJETO: Nº 417/2002

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE IDOSO EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO: UMA COMPARAÇÃO DE DOIS INSTRUMENTOS GENÉRICOS"

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Fabiana Ferreira de Souza

INSTITUIÇÃO: Departamento Enfermagem FCM/Unicamp - Clínica Nefrologia e Diálise - Campinas-SP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 01/10/2002

II - OBJETIVOS

Comparar a medida da qualidade de vida de idosos com insuficiência renal crônica terminal (IRC-T) obtida por meio de dois instrumentos genéricos.

III - SUMÁRIO

O estudo será desenvolvido em duas Clínicas de Terapia Substitutiva Renal (Hemodiálise) da Cidade de Campinas-SP.

Serão sujeitos da pesquisa pessoas acima de 60 anos, com diagnóstico de insuficiência renal crônica terminal em hemodiálise. A coleta de dados será realizada por meio de entrevista onde serão utilizados dois instrumentos genéricos de qualidade de vida: SF-36 e WHOQOL-breve.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

A insuficiência renal crônica terminal (IRC-T) doença crônica debilitante, afeta diretamente a qualidade de vida do idoso e das pessoas com quem ele convive, pois é uma doença incurável que traz atrelado a ela a necessidade de se realizar um tratamento pelo resto da vida. Por isso a pesquisadora busca uma forma de responder aos questionamentos: quais as alterações provocadas pela IRC-T e que instrumento de medida de qualidade de

vida é sensível às alterações provocadas pela IRC-T no idoso. Recomendamos sua aprovação, uma vez que está de acordo com as normas da Resolução 196/96 CNS-MS

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e 251/97, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

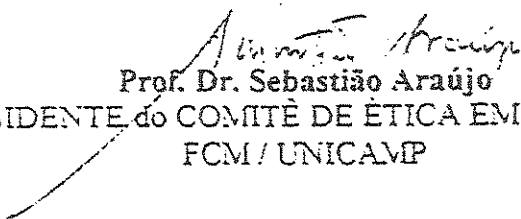
Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

Atenção: Projetos de Grupo I serão encaminhados à CONEP e só poderão ser iniciados após Parecer aprovatório desta.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na XI Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 19 de novembro de 2002.


Prof. Dr. Sebastião Araújo
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

ANEXO 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO EM HEMODIÁLISE: UMA COMPARAÇÃO DE DOIS INSTRUMENTOS GENÉRICOS

RESPONSÁVEL: FABIANA FERREIRA DE SOUZA - (16) 97035679

Eu, _____, _____,
nome idade
_____, residente à _____
RG endereço
_____, _____,
complemento (endereço) cidade

concordo em participar da pesquisa em questão, que tem por finalidade comparar a medida da qualidade de vida dos idosos que realizam hemodiálise obtida por dois questionários com intuito de verificar qual deles melhor avalia a qualidade de vida, estou ciente de que:

1. serei submetido a uma entrevista oral, que será registrada (anotada) pela pesquisadora com duração de aproximadamente 30 minutos;
2. receberei resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos assuntos relacionados à pesquisa pela pesquisadora;
3. caso não concorde em participar da pesquisa não terei prejuízo do atendimento, cuidado ou tratamento pela equipe da Clínica de Nefrologia;
4. tenho a garantia do sigilo e do caráter confidencial das informações que prestarei à pesquisa; e,
5. estou ciente do número de telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (3788-8936), para proceder a eventual reclamação.

Data: ____/____/____

Assinatura do paciente

Eu, _____, RG nº. _____, declaro que
informei o paciente _____ sobre o propósito e as
implicações desta pesquisa.

Data ____/____/____

Assinatura do Pesquisador

ANEXO 3: INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Clínica de Nefrologia _____

I. Identificação

Nome: _____ Registro: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

II. Dados de caracterização sociodemográfica

Sexo: (1) Masculino

(2) Feminino

Raça: (1) Branca

(2) Negra

(3) Indígena

(4) Amarela

Estado Civil: (1) Casado (a)

(5) Separado (a)

(2) Solteiro (a)

(6) Divorciado (a)

(3) Viúvo (a)

(7) Não Responde

(4) Amasiado (a)

Reside em que cidade?

(1) Campinas

(2) Região Metropolitana de Campinas

(3) São Carlos

(4) Cidades próximas à São Carlos *

(5) Outras Cidades do Estado de SP

* Descalvado, Dourado, Ibaté, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito e Santa Rita do Passa Quatro.

Quantos anos o Sr (a) estudou? _____

Renda familiar: R\$ _____ - Conversão para salários mínimos _____

III. Dados de caracterização clínica

Doença Renal Primária:

(1) Nefropatia diabética

(5) Pielonefrite crônica

(2) Glomerulonefrite crônica

(6) Hipertensão Arterial

(3) Nefrite túbulo-intersticial

(7) Indeterminada

(4) Rins policísticos

(8) Outra

Condições Clínicas:

- | | |
|---|-------------------------------------|
| (1) Insuficiência Cardíaca Congestiva | (11) Tabagismo |
| (2) Doença isquêmica do coração | (12) Dependência de álcool |
| (3) Arritmia cardíaca | (13) Dependência de drogas ilícitas |
| (4) Pericardite | (14) Neoplasia |
| (5) Doença Cerebro Vascular | (15) D.P.O.C. |
| (6) Doença Vascular Periférica | (16) Doença Auto Imune |
| (7) <i>Diabetes Mellitus</i> I | (17) HIV/AIDS |
| (8) <i>Diabetes Mellitus</i> II | (18) Déficit de deambulação |
| (9) Hipertensão Arterial | (19) Desnutrição grave |
| (10) Hepatopatia () HbsAg+ () anti-HCV+ | (20) Déficit visual |

Data de Início da hemodiálise (HD): ____/____/____ Tempo de HD: _____

Tipo de acesso utilizado para hemodiálise:

- (1) Fístula artério-venosa (2) Cateter de Duplo Lumen

Exames Laboratoriais: data da última coleta: ____/____/____

Uréia Pré-HD: _____ Uréia Pós-HD: _____

Creatinina: _____ KT/V: _____

Hemoglobina: _____ Hematócrito: _____

Potássio: _____ Cálcio (Ca): _____

Fósforo (P): _____ Produto Ca X P: _____

Paratormônio (PTH): _____ Fosfatase alcalina: _____

ANEXO 4: ESRD-SI

NOME:	DATA:
TEMPO DE DIÁLISE:	IDADE:

Por favor, classifique a severidade da(s) doença(s) orgânica(s) que você determinou estar(em) presente(s) neste paciente no momento. Guie-se pelos exemplos dados, atribuindo uma classificação para cada uma das categorias preenchidas através de uma "marca" em cada uma das escalas dadas. Coloque uma marca na coluna ausente se a doença for ausente. As classificações devem ser baseadas na natureza da doença orgânica subjacente e devem ser feitas independentemente das reações do paciente à doença.

Categoria da Doença	Classificação da Gravidade			
	Ausente	Suave	Moderada	Grave
Doença Cardíaca		Ex: Angina ocasional aos esforços	Ex: Angina com ou sem falência cardíaca	Ex: Angina severa, falência cardíaca, incapacidade para mínimos esforços
Doença Vascular Cerebral		Ex: TIA ocasional ou amauroso fugaz	Ex: TIA recorrente	Ex: (AVC) com sequelas
Neuropatia Periférica		Ex: Parestesia	Ex: Distúrbios sensitivos	Ex: Miopatia
Doença Vascular Periférica		Ex: Dor ocasional no exercício	Ex: Dor em atividade moderada - i.e.: caminhando meio quarteirão moderada	Ex: Dor na perna à noite, em repouso ou ulceração extensa
Doença Óssea		Ex: Mínimos sintomas, alterações bioquímicas e radiológicas	Ex: Dor óssea sempre presente; alterações evidentes radiológicas	Ex: Fratura patológica
Doenças Respiratórias		Ex: SOB com períodos de bronquite	Ex: SOB aos esforços moderados, infecções respiratórias frequentes	Ex: SOB ao repouso
Dano Visual		Ex: Visão não é clara como antes, incapaz de ver detalhes, pode ler com pequeno esforço	Ex: Não consegue dirigir devido a dano visual, capaz de ler "outdoors"	Ex: Incapaz de mesmo letras grandes, incapaz de se locomover sem apoio, não consegue ler
Neuropatia Autonômica e Distúrbios GI		Ex: Náuseas, sensação de fraqueza pós-diálise	Ex: Náuseas, vômitos, síncope ocasional	Ex: Vômito pós-diálise, síncope
Complicações & Eventos da diálise		Ex: Mal posicionamento ocasional, facilmente corrigível	Ex: Peritonite, infecção de cateter, baixo fluxo	Ex: Falência de membrana, múltiplos episódios de peritonite, hemorragia pulmonar
Distúrbios do metabolismo		Ex: Não insulino-dependente	Ex: Hipoglicemia ocasional, glicemia elevada	Ex: Frequente hipoglicemia, cetoacidose
Outros (Especificar)				

ANEXO 5: SF-36

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)

- . Excelente.....1
- . Muito boa.....2
- . Boa.....3
- . Ruim.....4
- . Muito ruim.....5

2. **Comparada a um ano atrás**, como você classificaria sua saúde em geral, **agora**?

(circule uma)

- . Muito melhor agora do que a um ano atrás.....1
- . Um pouco melhor agora do que a um ano atrás.....2
- . Quase a mesma coisa de um ano atrás.....3
- . Um pouco pior agora do que a um ano atrás.....4
- . Muito pior agora do que a um ano atrás.....5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde**, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum.
a. Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b. Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d. Subir vários lances de escada	1	2	3
e. Subir um lance de escada	1	2	3

f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar mais de um quilômetro	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência da sua saúde física**?
(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldades de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex.: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de algum problema emocional** (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira a sua saúde física ou os problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

- . De forma nenhuma.....1
- . Ligeiramente.....2
- . Moderadamente.....3
- . Bastante.....4
- . Extremamente.....5

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

(circule uma)

- . Nenhuma.....1
- . Muito leve.....2
- . Leve.....3
- . Moderada.....4
- . Grave.....5
- . Muito grave.....6

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

(circule uma)

- . De forma nenhuma.....1
- . Um pouco.....2
- . Moderadamente.....3
- . Bastante.....4
- . Extremamente.....5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxima da maneira como você se sente. Em relação as **últimas 4 semanas**:

(circule um número em cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vontade, cheio de força?						
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?						
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?						
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?						
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?						
f. Quanto tempo você tem se sentido						

desanimado e abatido?						
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?						
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?						
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?						

10. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

- . Todo o tempo.....1
- . A maior parte do tempo.....2
- . Alguma parte do tempo.....3
- . Uma pequena parte do tempo.....4
- . Nenhuma parte do tempo.....5

11. O quanto **verdadeiro** ou **falso** é **cada** uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas					
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço					
c. Eu acho que minha saúde vai piorar					
d. Minha saúde é excelente					

ANEXO 6: WHOQOL-breve

Instruções					
Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas . Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:					
	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

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

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

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

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

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

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

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

ANEXO 7: IEQ

QUESTIONÁRIO SOBRE AS CONSEQUÊNCIAS DA DOENÇA (IEQ)

NOME	
Doença ou incapacidade	Data
	Pontuação

INSTRUÇÕES: Suas respostas a esse questionário nos ajudarão a entender como sua doença ou incapacidade prejudica sua vida. Avise cada afirmação e escolha um número para cada item que melhor corresponda a sua experiência mais recente. Quanto maior o número que você escolher, maior é, na sua opinião, o prejuízo que a sua doença (incapacidade) traz à sua vida.

Eu Discordo

Eu Concordo

forte/e	moderada/e	parcial/e	um pouco	um pouco	parcial/e	moderada/e	forte
0	1	2	3	4	5	6	7
0	1	2	3	4	5	6	7
0	1	2	3	4	5	6	7
0	1	2	3	4	5	6	7
0	1	2	3	4	5	6	7
0	1	2	3	4	5	6	7
0	1	2	3	4	5	6	7
0	1	2	3	4	5	6	7
0	1	2	3	4	5	6	7
0	1	2	3	4	5	6	7

Eu Discordo

Eu Concordo

forte/e	moderada/e	parcial/e	um pouco	um pouco	parcial/e	moderada/e	forte
0	1	2	3	4	5	6	7
0	1	2	3	4	5	6	7
0	1	2	3	4	5	6	7
0	1	2	3	4	5	6	7
0	1	2	3	4	5	6	7
0	1	2	3	4	5	6	7
0	1	2	3	4	5	6	7
0	1	2	3	4	5	6	7
0	1	2	3	4	5	6	7
0	1	2	3	4	5	6	7

- 1- Minha doença (incapacidade) me traz dificuldades para dormir.
- 2- Minha doença (incapacidade) cria problemas entre eu e minha família (ou amigos).
- 3- Minha vida sexual está sendo afetada.
- 4- Eu tenho dor ou sinto desconforto.
- 5- Eu me preocupo com minha doença (incapacidade).
- 6- Algumas pessoas não levam minha doença (incapacidade) suficientemente a sério.
- 7- Eu experimento muitos sintomas diferentes.
- 8- Meu apetite está diminuído.
- 9- Minha doença (incapacidade) é a maior dificuldade em minha vida.
- 10- O meu desempenho no trabalho, na escola ou nos meus passatempos prediletos está prejudicado.

- 11- Minha doença (incapacidade) ameaça minha vida.
- 12- Minha doença (incapacidade) exige que eu faça tratamento frequente.
- 13- Minha memória ou minha mente não está tão bem agora.
- 14- Eu não gosto da minha vida o bastante.
- 15- Minha doença (incapacidade) é difícil de controlar.
- 16- Eu dependo de outros para fazer coisas que eu costumava fazer sozinho.
- 17- Eu estou menos ativo agora.
- 18- Eu posso estar sendo um peso para os que cuidam de mim.
- 19- Às vezes, eu me pergunto se ainda serei a pessoa que eu era antes de ficar doente (incapacitado).
- 20- De um modo geral, minha doença (incapacidade) prejudica minha vida.

Versão Brasileira do IEQ (ILLNESS EFFECTS QUESTIONNAIRE) - Patricia Pinto Fonseca/2001