



**Universidade Federal de Juiz de Fora  
Programa de Pós-Graduação em Saúde  
Área de Concentração: Saúde Brasileira**

**FABIANE ROSSI DOS SANTOS**

**EFEITOS DA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR NA QUALIDADE DE  
VIDA DE PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA**

**Juiz de Fora  
2007**

**FABIANE ROSSI DOS SANTOS**

**EFEITOS DA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR NA  
QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DOENÇA  
RENAL CRÔNICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito para obtenção do Grau de Mestre.

**Orientador:** Prof. Rogério Baumgratz de Paula

**Co-orientadora:** Prof. Maria Stella Tavares Filgueiras

**Juiz de Fora  
2007**

Santos, Fabiane Rossi dos

Efeitos da abordagem interdisciplinar na qualidade de vida de  
pacientes com Doença Renal Crônica / Fabiane Rossi dos Santos;  
orientador: prof. Rogério Baumgratz de Paula, co-orientadora:  
Maria Stella Tavares Filgueiras. -- 2007.  
126 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde Brasileira) – Faculdade De Medicina,  
Universidade Federal de Juiz de Fora.

1. Insuficiência Renal Crônica. 2. Qualidade de vida. 3. Hemo-  
diálise I. Paula, Rogério Baumgratz de. II. Filgueiras, Maria  
Stella Tavares . III. Título.

CDU 616. 61

**FABIANE ROSSI DOS SANTOS**

**EFEITOS DA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR NA QUALIDADE DE VIDA DE  
PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito para obtenção do Grau de Mestre.

Aprovado em 13 de setembro de 2007.

**BANCA EXAMINADORA:**

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Márcia Mota**  
Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof. Dr. Eugênio Paes Campos**  
Fundação Educacional Serra dos Órgãos de Terezópolis

**Prof. Dr. Rogério Baumgratz de Paula**  
Universidade Federal de Juiz de Fora

Aos meus pais, João e Neyza, que abriram mão de seus sonhos para que eu pudesse concretizar os meus. Às minhas irmãs Adriane e Liliane, pelo apoio e carinho em todos os momentos da minha vida. A todos os pacientes renais crônicos, verdadeiros exemplos de luta pela vida.

## **Agradecimentos**

À Deus, por ter me guiado e permitido concluir mais uma importante etapa da minha vida.

Agradeço de forma especial ao meu orientador Prof. Dr. Rogério Baumgratz de Paula, pela oportunidade e disponibilidade na orientação deste trabalho.

À minha co-orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Stella Tavares Filgueiras, pelo carinho e atenção em todos os momentos e pela contribuição indispensável à realização deste estudo.

Ao Prof. Dr. Marcus Gomes Bastos, chefe do Serviço de Nefrologia – UFJF e diretor da Fundação IMEPEN, por ser um exemplo de amor à pesquisa e incansável incentivador do trabalho interdisciplinar.

Ao Prof. Dr. Alfredo Chaoubah, do Depto de Estatística – ICE – UFJF, pelo auxílio na análise estatística.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Darcília Nagen, pela amizade e pela confiança no meu trabalho.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Brasileira, pelos ensinamentos importantes para minha formação acadêmica.

A todos os colegas de mestrado, em especial os amigos Arise Galil, Wander Barros e Priscylla Vieira, pelo companheirismo.

A TODOS os amigos da Fundação IMEPEN, em especial à Jani, Tarcila, Ramon, June, Luciana e Fernanda Elias, pelo grande apoio e incentivo em todos os momentos.

Ao Alexandre, pelo companheirismo nos momentos finais desta caminhada.

À Dr<sup>a</sup> Natália Fernandes, exemplo de amor e dedicação à profissão, pelo imenso auxílio na realização deste estudo.

Pela grande ajuda na análise estatística, agradeço à Neimar Fernandes, que em meio aos números se revelou um grande amigo.

A todas as estagiárias do Serviço de Psicologia da Fundação IMEPEN, em especial à Simone Lima, pela grande ajuda na realização deste trabalho.

À Elenice Fávero, pela escuta e incentivo em todos os momentos.

À grande amiga Denise Mafra, exemplo de amor pela vida acadêmica, agradeço por sempre acreditar no meu potencial.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, meus mais sinceros agradecimentos.

## Resumo

O impacto do diagnóstico da Doença Renal Crônica pode trazer perdas que vão além da função renal. A evolução da doença pode trazer significativas mudanças na qualidade de vida de pacientes renais crônicos, envolvendo alterações corporais, sociais e psíquicas. Grande parte dos programas de atendimento a pacientes com Doença Renal Crônica são focados em pacientes já em terapia renal substitutiva. Porém, o acompanhamento precoce destes pacientes, ainda em tratamento conservador, pode proporcionar aos profissionais de saúde intervenções que busquem retardar a entrada destes em diálise, bem como reforçar uma maior adesão ao tratamento. A abordagem de pacientes em tratamento conservador através de equipes interdisciplinares torna-se fundamental, uma vez que se destina a uma abordagem global desta população, e pode ter como consequência uma melhora da qualidade de vida destes pacientes. O presente estudo avaliou os efeitos da abordagem interdisciplinar na qualidade de vida de pacientes com Doença Renal Crônica em tratamento conservador. Através da avaliação da qualidade de vida pelo instrumento SF-36 e de parâmetros bioquímicos, foi realizada comparação entre um grupo de pacientes acompanhados por equipe interdisciplinar e um grupo que recebeu apenas acompanhamento médico tradicional, observando-se o impacto do acompanhamento interdisciplinar nas possíveis melhoras de aspectos físicos, sociais e emocionais. Pacientes acompanhados por equipe interdisciplinar apresentaram melhora da qualidade de vida nos domínios capacidade funcional, aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade e aspectos emocionais. O grupo que recebeu acompanhamento médico tradicional não apresentou melhora da qualidade de vida em nenhum dos parâmetros. Pacientes acompanhados por equipe interdisciplinar também apresentaram mudança estatisticamente significativa da anemia, cálcio e redução de peso, o que não foi observado no grupo controle.

**Palavras-chave:** Doença Renal Crônica, Qualidade de Vida, SF-36, Interdisciplinar.



## Summary

The impact of chronic renal disease may involve losses well beyond renal function. Body, social, and psychic changes, brought about by disease evolution, may significantly impair the quality of life. A sizeable proportion of programs targeting chronic renal disease patients prioritize those on renal substitutive therapies. If these patients are followed at an earlier stage, while still on conservative treatment, health providers may implement interventions to delay dialytic therapy and enhance compliance. A global interdisciplinary approach to the care of patients on conservative treatment is fundamental, as it may lead to a better quality of life. This study assessed the effects on the quality of life of an interdisciplinary approach to the care of chronic renal disease patients on conservative treatment. Through SF-36-assessed quality of life and determination of biochemical parameters, a group of patients followed by an interdisciplinary team was compared with a group receiving traditional medical care. The interdisciplinary approach was possibly accountable for the improvements in the physical, social, and emotional features. Patients followed by the interdisciplinary team had better quality of life as refers to functional capacity, physical features, general health, vitality, and emotional features. The group on traditional medical care did not present any improvement of the quality of life as refers to these parameters. Patients on interdisciplinary care also had statistically significant favorable changes in their anemia, calcium levels, and weight loss, findings not seen in the control group.

**Key-words:** Chronic Renal Disease, Quality of Life, SF-36, Interdisciplinary.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**GHRI:** General Health Rating Index

**HADS:** Hospital Anxiety and Depression Scale

**K/DOQI:** Kidney Disease Outcomes Quality Initiative

**KDQ:** Kidney Disease Questionnaire

**KDQOL:** Kidney Disease-Quality of Life

**KDQOL-CF:** Kidney Disease Quality of Life-Cognitive Function Subscale

**KDQOL-SF<sup>TM</sup>:** Kidney Disease and Quality of Life Short-Form

**KTQ:** Kidney Transplant Questionnaire

**KTv:** Índice de eficiência da hemodiálise (depuração / tempo / volume)

**MHI:** Mental Health Inventory

**MOS:** The Medical Outcomes Study

**3MS:** Modified Mini-Mental State Exam

**NKF:** National Kidney Foundation

**RFG:** Ritmo de Filtração Glomerular

**SF-36:** Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	13
2.1 DOENÇA RENAL CRÔNICA.....	13
2.2 QUALIDADE DE VIDA.....	18
2.3 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NA DOENÇA RENAL CRÔNICA.....	20
2.4 INTERDISCIPLINARIDADE.....	31
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	36
3.1 GERAL.....	36
3.2 ESPECÍFICOS.....	36
<b>4 PACIENTES E MÉTODOS</b> .....	37
4.1 PACIENTES.....	37
4.2 INSTRUMENTOS.....	38
4.3 PROCEDIMENTOS.....	39
4.4. ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	39
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	41
5.1. ARTIGO ORIGINAL.....	42
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	68
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	70
<b>8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	71
<b>9 ANEXOS</b> .....	76
<b>10 APÊNDICE</b> .....	124



## **1- Introdução:**

A doença renal crônica caracteriza-se pela diminuição da função dos rins e, por sua característica de cronicidade, pode trazer uma série de conseqüências na qualidade de vida destes pacientes, envolvendo alterações físicas, sociais e emocionais. A progressão da doença traz como possibilidade de tratamento a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal. Porém, é fundamental que sejam realizadas intervenções na fase pré-dialítica, para que sejam realizados um melhor fornecimento de informações, bem como um melhor preparo destes pacientes para sua entrada em terapia renal substitutiva.

Tais intervenções devem ser focadas na abordagem global desta população, através de equipes interdisciplinares, uma vez que se pode obter uma maior qualidade do atendimento prestado e, conseqüentemente, uma maior adesão destes pacientes ao tratamento.

Estudos têm sido iniciados na literatura, buscando-se observar a importância do trabalho em equipe interdisciplinar no tratamento de pacientes com doença renal crônica, uma vez que este se baseia em intervenções psicoeducacionais, e desta forma podem aumentar o conhecimento destes pacientes sobre a doença e o tratamento. Este fator pôde ser observado em um estudo no qual os pacientes que receberam cuidado interdisciplinar na pré-diálise apresentaram uma sobrevida de oito meses a mais após entrarem em terapia dialítica que os pacientes que receberam apenas o cuidado

médico tradicional (DEVINS et al., 2005). Tal fato aponta para a importância de intervenções precoces, em pacientes ainda em fase pré-dialítica, para uma melhora da qualidade de vida desta população no decorrer de todo o tratamento.

Diversos autores têm demonstrado a influência da doença renal crônica na qualidade de vida destes pacientes. Pacientes renais crônicos apresentam considerável diminuição da qualidade de vida quando comparados à população geral, havendo uma associação entre a função renal e os escores de escalas que avaliam bem-estar e qualidade de vida (GORODETSKAYA et al., 2005).

Uma vez que a doença renal crônica pode ter influência significativa na qualidade de vida, torna-se fundamental a realização de estudos que visem observar as conseqüências da doença, não somente no quadro clínico destes pacientes, mas também em sua vida social e em sua saúde mental. Para tal avaliação, O SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey*) pode ser um importante instrumento, uma vez que analisa aspectos físicos, sociais e emocionais.

Poucos trabalhos são encontrados na literatura visando a análise da qualidade de vida em pacientes em tratamento conservador. Além disto, grande parte dos estudos são focados na avaliação de parâmetros físicos, não abordando os demais aspectos acima citados. Pouco se sabe também sobre a importância da abordagem interdisciplinar na melhora da qualidade de vida destes pacientes.

No presente estudo foi, portanto, avaliado o impacto do trabalho em equipe interdisciplinar na qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica em fase pré-dialítica.

## **2- Revisão de Literatura**

### **2.1- Doença Renal Crônica**

Segundo a *National Kidney Foundation* (NKF) em seu documento *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (K/DOQI), a doença renal crônica consiste em uma lesão presente por três meses ou mais, caracterizada por anormalidades estruturais ou funcionais do rim, com ou sem diminuição do ritmo de filtração glomerular (RFG). Ela manifesta-se por anormalidades patológicas ou marcadores de lesão renal, incluindo alterações sanguíneas ou urinárias, ou nos exames de imagem: RFG  $<60 \text{ mL/min/1,73m}^2$  por um período de maior ou igual a três meses, com ou sem lesão renal.

Desta forma, a evolução da doença é marcada por seu estagiamento, caracterizando-se o estágio I da doença renal crônica por um RFG  $\geq 90 \text{ mL/min/1,73m}^2$  (RFG normal), estágio II um RFG entre 60-89 (diminuição leve do RFG), estágio III um RFG de 30 a 59 (diminuição moderada do RFG), estágio IV um RFG entre 15-29 (diminuição severa do RFG) e estágio V um RFG  $< 15$  (falência renal) (K/DOQI, 2002).

A progressão da doença renal crônica é baseada na taxa de declínio da filtração glomerular, a qual se relaciona com a doença de base. Dentre as estratégias para retardo da progressão da doença renal crônica estão o controle adequado da pressão arterial, controle rigoroso da glicemia, do colesterol, a restrição ao fumo e da ingestão protéica, e a correção da anemia (BREGMAN, 2004).



Uma vez atingida a fase avançada de falência renal, os pacientes renais crônicos podem ser submetidos a três métodos eficazes de tratamento: diálise peritoneal, hemodiálise e transplante renal. Milhares de pessoas utilizam atualmente o método dialítico, realizado através da diálise peritoneal e da hemodiálise. Apesar de o transplante renal permitir melhor qualidade de vida aos pacientes, muitos apresentam contra-indicações ao procedimento e outros optam livremente pela diálise, adaptando-se à nova condição de vida (DRAIBE e AIZEN, 1999).

A doença renal crônica constitui hoje um importante problema médico e de saúde pública. No Brasil, a prevalência de pacientes mantidos em programas de diálise cresceu significativamente nos últimos oito anos. De 24.000 pacientes mantidos em programa dialítico em 1994, o índice em 2004 foi de aproximadamente 59.153 pacientes. A incidência de novos casos cresce cerca de 8% ao ano e o gasto com o programa de diálise e transplante renal no Brasil situa-se ao redor de 1,4 bilhão de reais ao ano. Portanto, a detecção precoce da doença renal e a realização de condutas terapêuticas apropriadas para o retardamento de sua progressão podem atenuar o sofrimento dos pacientes e os custos financeiros associados à doença renal crônica. Assim, a capacitação, a conscientização e a vigilância dos profissionais de saúde são essenciais para o diagnóstico e encaminhamento precoce ao nefrologista, para retardar a progressão da doença, prevenir suas complicações, modificar co-morbidades presentes e preparo adequado para uma terapia de substituição renal (ROMÃO, Jr., 2004).

Dentre as medidas que podem retardar a progressão da doença renal crônica está a referência precoce de pacientes ao nefrologista. Em um estudo com pacientes que tiveram indicação precoce ao nefrologista (mais de um mês antes da primeira diálise) e pacientes que foram encaminhados tardiamente (menos de um mês antes da primeira diálise/diálises de urgência), utilizando-se as escalas VAS (Escala Análoga Visual de avaliação da saúde geral) e o SF-36 (Short-Form 36, que se caracteriza por uma escala de avaliação da qualidade de vida), pôde-se observar que o VAS foi significativamente melhor nos pacientes com encaminhamento precoce, principalmente quando a primeira diálise foi planejada. Estes pacientes também tiveram melhores escores no SF-36 nos aspectos saúde mental e aspectos emocionais, além do status sócio-econômico ter se mostrado um fator importante nos aspectos físicos da qualidade de vida (CASKEY et al., 2003).

Estudos têm demonstrado que intervenções educacionais na pré-diálise podem protelar a entrada de pacientes em terapia renal substitutiva e melhor prepará-los para o tratamento. Em uma análise de 297 pacientes com doença renal crônica entre seis e 18 meses, o tempo para a terapia dialítica foi relativamente mais longo para o grupo que recebeu intervenção psico-educacional na pré-diálise com relação ao grupo-controle, que recebeu cuidado usual. Os autores sugerem que a aquisição de conhecimento sobre a doença e o tratamento, através da intervenção psico-educacional pode, portanto, protelar o tempo de entrada em diálise de pacientes com doença renal crônica (DEVINS et al., 2003).

As atividades educativas podem ser de grande importância na pré-diálise, uma vez que fornecem aos pacientes um maior conhecimento em relação à doença e maior adesão ao tratamento.

Os efeitos do processo educativo na fase pré-dialítica pôde ser observado em um programa de educação na pré-diálise constituído por quatro sessões de grupo com os temas: doença renal, orientações nutricionais, terapia renal substitutiva, exercícios físicos e o impacto da insuficiência renal na vida econômica, familiar e social. Neste estudo, foram avaliados 28 pacientes urêmicos pareados por idade, sexo, nível social, escolaridade, duração da doença, escolha de tratamento dialítico e resultados de exames laboratoriais. Resultados mostraram que os pacientes que participaram do grupo educativo tiveram escores significativamente melhores em humor, problemas de mobilidade, inaptidão funcional e níveis de ansiedade, quando comparados com o grupo sem intervenção do programa (KLANG et al., 1998).

A eficácia da abordagem educativa na doença renal crônica também foi observada no *US National Pré-End-Stage Renal Disease (pré-ESRD) Education Initiative*, que se caracteriza por um programa de educação sobre função renal, insuficiência renal, diálise, e transplante, sendo abordados 15000 pacientes. Os participantes dos grupos na pré-diálise responderam um questionário após sua entrada em terapia dialítica. Os resultados desse programa sugerem que a educação destes pacientes influencia na escolha do tipo de tratamento, independentemente de raça, idade, e co-morbidades, e que, desta forma, a incidência de diálise peritoneal pode ser aumentada e, conseqüentemente, sua qualidade de vida no tratamento. A educação precoce de pacientes durante o curso da doença pode oferecer muitos

benefícios para os pacientes, como melhores resultados no tratamento, redução de ansiedade, melhores perspectivas de continuidade do tratamento, maior tempo para entrada em diálise e uma melhor oportunidade de intervenção para retardar a progressão da doença (GOLPER, 2001).

Conclui-se, portanto, que o desenvolvimento de atividades educativas na fase pré-dialítica pode fornecer maiores informações sobre a doença, reforçar uma maior adesão ao tratamento e melhor preparar os pacientes para a terapia renal substitutiva.

O tratamento da doença renal crônica consiste quase que exclusivamente ao cuidado a pacientes em estágios mais avançados da doença, próximo à entrada em terapia renal substitutiva. Porém, a evolução da doença renal crônica dependerá muito da qualidade do atendimento prestado muito antes da falência renal. Por propiciar a identificação de problemas que vão além do aspecto médico do paciente, o acompanhamento interdisciplinar de pacientes em tratamento conservador pode otimizar os cuidados de saúde no decorrer da evolução da doença e do tratamento (BASTOS et al., 2004). Desta forma, através do trabalho interdisciplinar pode-se obter uma melhora da qualidade de vida destes pacientes, uma vez que o objetivo deste destina-se a uma abordagem global da população atendida.

Outro aspecto relacionado à redução da qualidade de vida é a presença de uma doença crônica, principalmente se associada à idade avançada, quando se observam maiores déficits das capacidades físicas e funcionais dos pacientes (MORENO et al., 1996). Além da atividade física, o status de saúde, bem-estar mental e social, e qualidade de vida, são importantes fatores na determinação do resultado do tratamento (PORTER, 1994). Neste sentido,

dados americanos demonstram redução significativa da qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica, quando comparados à população geral (MERKUS et al., 1997).

## **2.2 – Qualidade de Vida**

A Organização Mundial de Saúde definiu o termo qualidade de vida 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., 2000).

O conceito de qualidade de vida abrange o “viver bem” em pelo menos quatro áreas: social, afetiva, profissional, e a que se refere à saúde (LIPP, 1996). É um conceito multifatorial, caracterizando-se pela sensação de bem-estar físico e de satisfação emocional, psíquica e social do indivíduo (REIS e GLASHAN, 2001).

Inicialmente a preocupação com conceitos como “qualidade de vida” e “padrão de vida” eram de interesse apenas de cientistas sociais, políticos e filósofos. Com o desenvolvimento da Medicina e ciências afins, e sua conseqüente desumanização, estes conceitos começaram a ser incorporados à área médica. A preocupação com o conceito de qualidade de vida refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (FLECK, 2000).

Através do seu desenvolvimento tecnológico, nos últimos anos a Medicina tem buscado reduzir os índices mortalidade e investir em programas

preventivos, como forma de avaliar os resultados das intervenções nos cuidados de saúde.

O conceito de qualidade tem sido utilizado junto aos serviços de saúde desde 1970, mas inicialmente apenas relacionado a melhoras no atendimento ambulatorial e hospitalar. Posteriormente, este conceito passou a ser vinculado aos pacientes, surgindo assim instrumentos genéricos e específicos para avaliação da qualidade de vida dos mesmos (CASTRO et al., 2003). Em 1991, mais de 160 diferentes instrumentos foram publicados, e hoje encontramos diversos questionários para avaliação da qualidade de vida. O interesse cresceu também no que diz respeito às mensurações de qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica, uma vez que esta reduz a capacidade física, tem um impacto negativo sobre os níveis de energia e vitalidade, e limita as interações sociais e problemas ligados à saúde mental. Em decorrência disto, as avaliações de qualidade de vida passaram a incluir dados sobre condição física, psicológica e social, além do impacto dos sintomas da doença e tratamento (DUARTE et al., 2003).

Além disso, nos últimos tempos tem havido crescente reconhecimento da importância da visão do paciente a respeito de sua doença. A melhor medida de qualidade de vida não significa, desta forma, a frequência com que um serviço médico é oferecido a um paciente, mas o quanto os resultados obtidos se aproximam dos objetivos fundamentais de prolongar a vida, aliviar a dor, restaurar a função e prevenir a incapacidade (CICCONELLI, 1997).

## **2.3- Instrumentos de avaliação da qualidade de vida na Doença Renal Crônica**

Um instrumento bastante utilizado na avaliação de pacientes com doenças crônicas é o SF-36 (*Medical Outcomes Study Questionnaire 36 – Item Short Form Health Survey*), que avalia: desempenho das atividades diárias, como cuidar de si, vestir-se; impacto da saúde física no desempenho das atividades; nível de dor e seu impacto; percepção subjetiva do estado de saúde; influência da condição física nas atividades sociais e condições emocionais e na saúde mental (CASTRO et al., 2003). O SF-36 é um questionário de fácil aplicação e compreensão, cujas propriedades de medida, reprodutibilidade, validade e suscetibilidade foram comprovadas. O instrumento possui 36 questões, subdivididas em oito componentes, e é muito utilizado para comparar diferentes populações, avaliar o impacto causado por doenças e quantificar os possíveis benefícios de tratamentos específicos sobre a população em estudo para sua qualidade de vida. O SF-36 foi traduzido e validado para a língua portuguesa por Ciconelli, tendo sido feita também a adaptação cultural do questionário para a população brasileira (LIMA, 2004). Sua aplicação leva em média dez minutos, pessoalmente ou por telefone, ou por auto-aplicação, em pessoas com idade superior a 13 anos (BARROS, 2002).

O SF-36 foi derivado inicialmente de um questionário de avaliação da saúde composto por 149 itens, testado em 22000 pacientes em um estudo de avaliação da saúde (*The Medical Outcomes Study – MOS*). Com o objetivo de elaborar um questionário menos extenso, foi criado inicialmente um questionário de 18 itens, que buscava avaliar capacidade física, limitação

devido à doença, saúde mental e percepção da saúde. Posteriormente, foram adicionados mais dois itens: os aspectos sociais e a dor, sendo assim criado o SF-20. O SF-36 foi criado a partir de uma revisão de vários instrumentos existentes na literatura nos últimos 20 anos, com a seleção de oito conceitos de saúde dentre mais de 40 conceitos e escalas analisadas (CICCONELLI, 1997).

O SF-36 possui dez itens que avaliam a capacidade funcional, quatro itens relacionados aos aspectos físicos, dois itens que avaliam dor, cinco itens sobre o estado geral de saúde, quatro de vitalidade, dois sobre aspectos sociais, três sobre aspectos emocionais e cinco sobre saúde mental. A avaliação da capacidade funcional analisa a presença e a extensão das limitações ligadas à capacidade física, e foi baseada na escala de função física da avaliação de saúde MOS (*Medical Outcomes Study*). As avaliações dos aspectos físicos e emocionais basearam-se nas escalas do SF-20, abrangendo não somente as limitações no tipo e quantidade de trabalho, mas também quantificando a influência destas limitações na rotina do paciente. A escala de dor também se baseou no SF-20, acrescentando-se também a medida da extensão e influência da dor nas atividades diárias. A análise do estado geral de saúde foi baseada no questionário *General Health Rating Index (GHRI)* e a de vitalidade no questionário de saúde mental *Mental Health Inventory (MHI)*. A avaliação dos aspectos sociais possui uma questão além da abordada pelo SF-20 e analisa a integração do indivíduo em atividades sociais (CICCONELLI, 1997).

Tal instrumento tem sido bastante utilizado na análise da qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica já em fase dialítica. Um estudo



realizado com 184 pacientes em hemodiálise avaliou a qualidade de vida dos pacientes em diferentes tempos de hemodiálise e foram também coletados dados demográficos, socioeconômicos e bioquímicos. Neste estudo, foi verificada correlação negativa entre idade e capacidade funcional, aspectos físicos, dor e vitalidade; entre tempo de hemodiálise e aspectos emocionais. Por outro lado, foi constatada correlação positiva entre escolaridade e aspecto emocional, e entre hemoglobina e vitalidade. Neste estudo, os pacientes diabéticos, quando comparados aos não diabéticos, apresentavam menores valores nas dimensões capacidade funcional e estado geral de saúde. Os autores apontaram o SF-36 como um importante instrumento para análise de pacientes em hemodiálise, destacando-se a importância de aspectos como a doença crônica, a necessidade de tratamento contínuo, a idade avançada e a presença de co-morbidades na qualidade de vida desta população (CASTRO et al., 2003).

Em um outro estudo, no qual foi utilizado o SF-36 em 304 pacientes em diálise, pôde-se observar que a escala teve uma aceitabilidade maior que 80%. Pacientes diabéticos tiveram escores significativamente piores nos aspectos físicos, e pacientes com problemas de saúde mental tiveram escores significativamente menores nos aspectos de saúde mental. Em média, as mulheres obtiveram escores menores, e o impacto do envelhecimento foi mais evidente nas escalas físicas. Não foi encontrada associação significativa com os índices de Ktv (*depuração / tempo / volume*), hemoglobina, massa muscular, paratormônio e tipo de diálise. Houve correlação entre a concepção de saúde física e os níveis de albumina. O SF-36 mostrou-se um questionário de fácil aplicação para pacientes em diálise e

seus escores foram relacionados com aspectos clínicos importantes, demonstrando a influência destes na melhora da qualidade de vida (MINGARDI et al., 1999).

A presença de diabetes pode ter influência na qualidade de vida destes pacientes e foi observada em um estudo no qual 232 pacientes diabéticos foram avaliados. Dentre eles, 182 pacientes (81%) haviam iniciado hemodiálise e 45 (19%) começaram diálise peritoneal. Em comparação a pacientes não-diabéticos, os pacientes diabéticos usavam mais drogas, a pressão arterial era mais alta, apresentavam maiores complicações cardiovasculares e menores pontuações nas escalas físicas do SF-36. Os pacientes diabéticos em diálise apresentaram auto-percepção da qualidade de vida pior em relação aos não-diabéticos, capacidade funcional mais baixa e maior prognóstico de mortalidade. A presença de diabetes mostrou-se um fator que pode em muito contribuir para a diminuição da qualidade de vida (MARTINEZ-CASTEANO et al., 2004).

A presença de co-morbidades pode, portanto, estar associada a uma redução da qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica, sendo importante a realização de avaliações que correlacionem a influência destas co-morbidades na sobrevida destes pacientes.

O SF-36 foi aplicado em 318 pacientes em diálise (208 diabéticos), com o objetivo de observar a relação entre a qualidade de vida destes pacientes e a mortalidade. Durante o estudo, 80 pacientes morreram e as causas de morte foram relacionadas com piores escores físicos e mentais do SF-36. O componente saúde mental do SF-36 foi relacionado com as causas de mortalidade e mais dias de internação. A saúde mental mostrou-se um fator

preditor independente de morbi-mortalidade, principalmente entre pacientes diabéticos (REVUELTA et al., 2004).

A influência da doença renal na qualidade de vida foi observada em pacientes australianos utilizando-se o SF-36. Os autores observaram um déficit significativo em todas as escalas do instrumento, exceto vitalidade e saúde mental. Pacientes que apresentavam outras co-morbidades obtiveram escores mais baixos nos itens aspectos físicos, capacidade funcional, estado geral de saúde, vitalidade e aspectos emocionais. Com relação aos efeitos da idade na qualidade de vida, observou-se que a saúde mental foi particularmente prejudicada no grupo mais jovem e os aspectos físicos no grupo mais idoso com doença renal. Os autores ressaltaram a importância da intervenção clínica para a preservação da função renal e para uma melhora do impacto negativo da doença renal na qualidade de vida (CHOW et al., 2003).

Fatores como idade e presença de diabetes podem, portanto, ter influência significativa na qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica, sendo fundamentais intervenções que visem a melhora do quadro clínico destes pacientes para uma melhor qualidade de vida.

Além da avaliação de qualidade de vida de pacientes em diálise, o SF-36 é também utilizado para avaliações relacionadas ao transplante renal. Seu uso foi indicado para avaliação em transplantados renais, destacando as mudanças positivas que o transplante pode acarretar na qualidade de vida de pacientes, principalmente na atividade física, energia e imagem destes pacientes. O SF-36 é apontado como um instrumento de avaliação geral da qualidade de vida, havendo também instrumentos específicos para doentes

renais, como o *Kidney Transplant Questionnaire* (KTQ), o *Kidney Disease Questionnaire* (KDQ) e o *Kidney Disease-Quality of Life* (KDQOL). O primeiro estudo da qualidade de vida foi realizado com transplantados de pâncreas e rim, tendo sido o SF-36 utilizado em 1998 para avaliação destes pacientes (FIEBIGER, MITTERBAUER e OBERBAUER, 2004).

Desta forma, o SF-36 também tem sido utilizado para avaliar a qualidade de vida de pacientes transplantados renais. Dados de 72 pacientes com boa evolução após o transplante foram comparados com 58 pessoas saudáveis e 43 pacientes em hemodiálise. Os escores obtidos nos transplantados e nos pacientes em hemodiálise foram todos inferiores ( $p < 0,05$ ) aos relatados pela população normal. Os escores dos transplantados renais foram melhores do que os obtidos com os pacientes em hemodiálise, e não estatisticamente diferentes aos da população geral em cinco dimensões: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, saúde geral e aspectos emocionais. Concluiu-se que o SF-36 foi um instrumento de fácil aplicação e que os transplantados renais apresentaram escores superiores aos pacientes em hemodiálise, e mais próximos aos de indivíduos sadios, demonstrando que o transplante traz melhoras na reabilitação física, mental e social dos pacientes (PEREIRA et al., 2003).

O impacto do transplante na qualidade de vida de pacientes renais também foi avaliado através do SF-36 em um estudo que teve como objetivo observar as diferenças entre grupos de pacientes transplantados por doador vivo e doador cadáver. Neste estudo, um total de 347 pacientes foi avaliado (76 por doador vivo e 271 por cadáver) através do SF-36 e do *Transplant Effects Questionnaire*. Pacientes transplantados demonstraram percepção da

qualidade de vida satisfatória, principalmente com relação ao bem-estar emocional. Níveis de qualidade de vida encontrados foram equivalentes em ambos os grupos. As diferentes formas de transplante podem acarretar diferentes respostas, embora sem diferença aparente na qualidade de vida. Em particular, sentimentos de culpa com relação ao doador parecem ser proeminentes nos transplantados de doadores vivos (GRIVA et al., 2002).

O SF-36 mostrou-se, portanto, um importante instrumento para avaliação da qualidade de vida não somente em pacientes em diálise, mas também em pacientes transplantados, podendo ser um recurso para estudos comparativos entre pacientes em hemodiálise e transplantados, bem como entre pacientes transplantados por doador vivo e doador cadáver.

Grande parte dos estudos que utilizam o SF-36 destina-se à avaliação da influência da doença renal e do tratamento dialítico na qualidade de vida destes pacientes. Em um estudo que utilizou tal instrumento, pacientes em diálise foram comparados com pessoas saudáveis. Neste estudo, fatores como idade, sexo, ocupação, escolaridade, situação familiar e presença de co-morbidades, apresentaram-se como fatores independentes com relação à qualidade de vida. A percepção de saúde de pacientes em diálise foi pior em relação ao grupo de pessoas saudáveis, as mulheres apresentaram escores menores com relação aos homens, e o impacto do envelhecimento foi mais evidente nas escalas físicas. Os autores ressaltam a aplicabilidade do SF-36 a pacientes em hemodiálise e este pode ter seus fatores relacionados a aspectos clínicos importantes (KUSZTAL et al., 2003).

Uma correlação semelhante foi realizada em uma análise de 634 pacientes, utilizando o SF-36, na qual os autores compararam a qualidade de

vida de pacientes com doença renal crônica, pacientes em hemodiálise e um grupo controle de pacientes saudáveis, correlacionando-se também os escores obtidos com o ritmo de filtração glomerular e os níveis de albumina e hemoglobina. Observou-se que os escores da escala de qualidade de vida foram mais altos em pacientes com doença renal crônica quando comparados com pacientes em hemodiálise, mas inferiores ao do grupo controle de pacientes saudáveis. O ritmo de filtração glomerular não foi significativamente associado com a qualidade de vida, e o nível de hemoglobina foi associado com escores maiores, tanto físicos como mentais, e com todos os demais componentes da escala, exceto dor (PERLMAN et al., 2005). Pacientes em tratamento conservador apresentam, portanto, melhor qualidade de vida quando comparados a pacientes em diálise. Nota-se correlação entre a melhora do quadro clínico destes pacientes com o aumento de sua qualidade de vida.

A relação entre qualidade de vida, depressão e o risco de mortalidade foi analisada em um estudo que também utilizou o SF-36 como escala de qualidade de vida. Uma pobre qualidade de vida e a depressão podem estar associadas com a mortalidade de pacientes em hemodiálise. Neste estudo, foram analisados 490 pacientes em hemodiálise através do SF-36 e do HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*), sendo analisados também dados demográficos e aspectos clínicos. Foi observada a sobrevida por 36 meses e 50 pacientes morreram durante o estudo. A mortalidade foi estatisticamente associada com os escores do SF-36 e HADS. A percepção de saúde foi independentemente associada com mortalidade ( $p < 0,05$ ). Entre os escores do

SF-36 e HADS em pacientes em hemodiálise, a percepção de saúde geral foi o fator mais associado com mortalidade (TAKAKI, NAKAO e YANO, 2005).

Torna-se importante, portanto, avaliações da qualidade de vida, correlacionando-se a influência de aspectos como o estágio da doença e a presença de co-morbidades na melhora de parâmetros clínicos e na sobrevivência destes pacientes. O SF-36 pode ser um recurso para tais avaliações, uma vez que é um instrumento de fácil compreensão e aplicável a pacientes que se encontram nos mais diferentes estágios da doença, seja em tratamento conservador, diálise ou pós-transplante.

Alguns instrumentos específicos para avaliação da qualidade de vida em pacientes renais crônicos derivaram-se do SF-36. O KDQOL-SF™ (*Kidney Disease and Quality of Life Short-Form*) caracteriza-se pela mensuração da qualidade de vida na doença renal crônica aplicável a pacientes que realizam algum tipo de tratamento dialítico e utiliza itens do SF-36, além de escalas específicas sobre as principais preocupações dos pacientes renais crônicos. O KDQOL-SF™ foi traduzido da versão original (inglês) para a língua portuguesa por autores e tradutor, e posteriormente revisado e avaliado, sendo aplicado em 30 pacientes com insuficiência renal em tratamento dialítico, aleatoriamente. A viabilidade do instrumento e as dificuldades encontradas pelos pacientes foram avaliadas e as mudanças realizadas, sendo substituídas as atividades do instrumento original que eram incompatíveis com as da população brasileira, bem como o uso de algumas expressões. A tradução e adaptação cultural do questionário foi um importante passo para sua validação e utilização em nosso meio (DUARTE et al., 2003).

O KDQOL-SF foi utilizado em um estudo juntamente com a avaliação de sintomas de depressão, ansiedade e suporte social. A predominância de pacientes idosos, diabéticos e alta co-morbidade entre pacientes em hemodiálise é freqüente, podendo ter influência na qualidade de vida, e estes efeitos podem ser diferentes em subgrupos de pacientes sem estas características. Neste estudo, foi avaliado um grupo de pacientes não diabéticos, idade menor que 65 anos e baixa co-morbidade, e foram analisados os efeitos de fatores demográficos, clínicos e psicossociais na qualidade de vida. Foram avaliados 117 pacientes e estes apresentaram um perfil similar ao da população geral em hemodiálise, com baixos escores de saúde física, mas escores normais de saúde mental. A análise demonstrou que gênero, idade avançada, desemprego, baixo suporte social e baixos níveis de hemoglobina, Kt/V ou taxa de proteína, têm efeitos negativos, mas estes efeitos são de uma magnitude pequena e aparecem somente em algumas escalas. Nos pacientes não diabéticos, com idade menor ou igual a 65 anos e com baixa co-morbidade, fatores psicológicos (ansiedade e sintomas de depressão) são cruciais e determinantes na qualidade de vida (VASQUEZ et al., 2003).

O KDQOL (*Kidney Disease Quality of Life*) foi utilizado juntamente com uma escala de triagem de depressão (*Diagnostic Interview Schedule*) em pacientes que começaram a dialisar. Neste estudo, os escores do SF-36 (parte do KDQOL) foram significativamente mais baixos nestes pacientes. Pacientes com dados positivos para depressão (45% da amostra) tiveram escores mais baixos em todas as oito escalas do SF-36 e em nove das 12 dimensões do KDQOL, mas não houve diferença entre deprimidos e não



deprimidos com relação a dados demográficos, clínicos ou laboratoriais. A prevalência de anemia, hipoalbuminemia e sintomas depressivos no início da terapia dialítica reforça a importância de maiores cuidados destes pacientes na fase pré-dialítica (WALTERS et al., 2002).

O KDQOL-CF (*Kidney Disease Quality of Life-Cognitive Function Subscale*) avalia a função cognitiva de pacientes com Doença Renal Crônica em tratamento dialítico, também incluindo itens do SF-36. Sua validação se deu a partir de um estudo com 157 pacientes, incluindo 79 em hemodiálise e 78 em fase pré-dialítica, tendo o *Modified Mini-Mental State Exam* (3MS) como padrão ouro para avaliação da função cognitiva geral. Observou-se que doença vascular cerebral e periférica, uso de benzodiazepínico e altas concentrações de fósforo sérico foram associados com menores escores do KDQOL-CF, enquanto uso de beta-bloqueadores, educação e altas concentrações de albumina foram associados com os escores mais altos. O KDQOL-CF se mostrou um importante recurso para avaliação de déficit cognitivo de pacientes renais crônicos, principalmente se aliado a outros instrumentos de triagem (KURELLA, YAFFE e CHERTOW, 2004).

A utilização de escalas específicas para pacientes renais crônicos pode trazer importantes benefícios nas avaliações, como o uso dos instrumentos derivados do SF-36, uma vez que abordam aspectos da doença e do tratamento segundo sua especificidade.

Pouco, porém, se sabe sobre o impacto da doença renal crônica na qualidade de vida destes pacientes ainda na fase pré-dialítica. O maior número de publicações destinam-se à avaliação da qualidade de vida apenas de pacientes em hemodiálise, diálise peritoneal ou transplantados renais. A

utilização de escalas de avaliação da qualidade de vida junto a pacientes crônicos torna possível a visualização do impacto da doença sobre suas vidas, em aspectos diversificados. Tal avaliação é justificada por alguns aspectos, como: conhecimento do impacto da doença sobre atividades diárias; identificação de problemas específicos; avaliação do impacto dos tratamentos e outros determinantes, como a não adesão do paciente; obtenção de informações que permitam a comparação entre diferentes tratamentos, entre outros (TAYLOR, 1999).

## **2.4- Interdisciplinaridade**

Um dos fatores que podem possibilitar melhoras na qualidade de vida de pacientes crônicos é sua abordagem através da ação interdisciplinar, a qual pode tornar possível a percepção de questões diversas acerca dos mesmos. Por equipe multiprofissional, entende-se um grupo de especialistas atuando de forma independente em um mesmo local de trabalho. Se esses profissionais de diferentes ciências tiverem os mesmos objetivos, define-se então, uma equipe interdisciplinar. Com o desenvolvimento das ciências da saúde, surgiram diversas especialidades profissionais, todas possuindo especificidades importantes para a saúde global e qualidade de vida dos pacientes, sendo impossível a um só profissional adquirir todas as informações e aplicá-las na assistência ao paciente e seus familiares. Nas equipes interdisciplinares, esses especialistas atuam de forma interdependente, somando seus conhecimentos específicos e experiências em prol de uma melhor qualidade de vida para os pacientes. Se as especialidades forem praticadas isoladamente, podem gerar uma visão

fragmentada do paciente, não abrangendo a saúde global do mesmo, que vivencia durante o tratamento, junto a seus familiares, grandes repercussões psicossociais que transcendem a doença e incluem questões emocionais, econômicas, culturais e sociais (DINIZ e CARVALHAES, 2002).

Durante muitos anos o modelo de saúde teve como foco a prática médica, o discurso hegemônico tem sido o do médico e, se outras disciplinas são chamadas a atuar, elas acabam por se inscrever no registro ditado pelo saber médico. Embora esse enfoque venha predominando por séculos, sabe-se que abordar os problemas de saúde apenas pela ótica biológica não responde às demandas de saúde em toda sua complexidade. Sabe-se também que para lidar com a ansiedade provocada pelo contato diário com o sofrimento, a dor e a morte, as equipes de saúde desenvolvem mecanismos individuais e grupais de defesa, em um esforço para manter distantes os componentes emocionais julgados impertinentes para a tarefa de cuidar. O desenvolvimento humano, o processo saúde/doença inerente à existência, e as novas formas do adoecer demandam então que outros profissionais entrem em cena (VOLICH, FERRAZ e RAUÑA, 2003).

Movimentos como a entrada da Psicanálise no hospital trouxeram conceitos como a importância das relações afetivas na constituição do sujeito, a singularidade de cada doença, a importância da relação transferencial entre médico e paciente, as fantasias do doente acerca de seu adoecimento e da cura. Os Grupos Balint, a interconsulta médico-psicológica, os alojamentos mãe-bebê, as atividades de preparação para cirurgias e transplantes e os grupos lúdicos ou de atividades expressivas, foram novos modelos que foram

implantados a partir desta nova concepção de atendimento e abriu espaço para o trabalho interdisciplinar (VOLICH, FERRAZ e RAUÑA, 2003).

O trabalho em conjunto não significa que todos devam saber de tudo ou que todos façam tudo, a idéia de equipe remete a um campo de acolhimento, de subjetivação, em que cada profissional tem seu lugar. Para isto, é necessário que os profissionais tenham disponibilidade para a escuta e que possam executá-la sem pré-conceitos, e tenham humildade, respeito e disponibilidade para experimentar limites e intervenções em suas idéias. Trata-se de uma aprendizagem onde a atitude e as ações da equipe não são a síntese isolada de todas, mas aquela nova, gerada da proposição conjunta (ROMANO, 1999).

A integração de especialidades permite o ganho de um novo método que possibilita o delineamento de melhores e maiores estratégias de intervenção, sem que se percam as especificidades. A assistência deve ser programada de acordo com as necessidades de cada paciente. É preciso assistir pacientes renais crônicos, mostrando-lhes que suas histórias de vida podem ser reconstruídas, que estes possam perceber que a doença renal não os transforma em pessoas incapazes ou vítimas. Acredita-se que o poder de desejar e escolher traz implicações e compromissos com a vida e, conseqüentemente, o autocuidado e a adesão ao tratamento (DINIZ, 2006).

A necessidade de equipes interdisciplinares no cuidado de pacientes com doença renal crônica na fase pré-dialítica tem como objetivos estabelecer e manter a confiança e a relação terapêutica, educar os pacientes sobre a doença e suas opções de tratamento, prepará-los para a diálise, reforçar informações fornecidas pelo nefrologista, e proporcionar suporte e

aconselhamento aos pacientes. A educação precoce e intervenções de suporte a estes pacientes podem proporcionar uma melhor adaptação dos mesmos a sua possível entrada em diálise (HARWOOD et al., 2005).

O cuidado interdisciplinar na pré-diálise pode ter, dentre vários benefícios, a redução do número de hospitalizações, bem como um maior número de pacientes iniciando hemodiálise com acesso vascular. Comparando-se pacientes que receberam acompanhamento interdisciplinar na pré-diálise e um grupo que recebeu apenas acompanhamento convencional observou-se que, ao iniciaram a diálise, pacientes acompanhados interdisciplinarmente tiveram melhores resultados clínicos com relação ao grupo controle. Eles apresentaram melhores níveis de albumina, cálcio, bem como redução do número de internações e mortes, mostrando-se o acompanhamento interdisciplinar na pré-diálise estar associado com melhores resultados no início da terapia dialítica (GOLDSTEIN et al., 2004).

Comparação semelhante também foi realizada entre um grupo de pacientes que recebeu acompanhamento interdisciplinar e um grupo que recebeu apenas atendimento nefrológico convencional. Neste estudo, o grupo acompanhado pela equipe interdisciplinar apresentou melhores níveis de hemoglobina (102 vs 90 g/l,  $p < 0,0001$ ), albumina (37,0 vs 34,8 g/l,  $p = 0,002$ ) e cálcio (2,29 vs 2,16 mmol/l,  $p < 0,0001$ ) no início da diálise, sendo a sobrevida também significativamente melhor ( $p = 0,01$ ) no grupo acompanhado pela equipe interdisciplinar (CURTIS et al., 2005).

A abordagem interdisciplinar pode proporcionar aos profissionais de saúde as condições possíveis e necessárias para uma melhor compreensão da realidade de seus usuários, atuando terapeuticamente em relação aos

mesmos. O trabalho de diversos profissionais de saúde na intervenção precoce de pacientes com doença renal crônica pode, principalmente, proporcionar a estes uma melhor assistência, sendo fundamental, portanto, avaliar os efeitos de tal abordagem. Acredita-se que o trabalho em equipe interdisciplinar possa trazer melhoras na qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica, uma vez que tem como foco a qualidade da assistência, a humanização do atendimento, bem como uma visão global acerca da população atendida.

### **3- Objetivos:**

#### **3.1- Geral:**

- Avaliar a eficácia do acompanhamento interdisciplinar na qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica em tratamento conservador.

#### **3.2- Específicos:**

- Avaliar a influência do acompanhamento interdisciplinar nos parâmetros bioquímicos e controle pressórico destes pacientes;
- Observar a influência de variáveis demográficas (idade, sexo e escolaridade) e clínicas (estágio da doença, presença de co-morbidades) na qualidade de vida dos mesmos.

## **4- Pacientes e Métodos:**

A pesquisa foi realizada no Programa PREVENRIM do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Nefrologia / Universidade Federal de Juiz de Fora (NIEPEN/UFJF), que possui acompanhamento em equipe interdisciplinar (Médico, Enfermeiro, Nutricionista, Psicólogo e Assistente Social) a pacientes com doença renal crônica em tratamento conservador. No programa os pacientes são atendidos por toda a equipe, em um mesmo dia, sendo feitas intervenções simultâneas pelos profissionais. Semanalmente são discutidos os casos clínicos atendidos e são determinadas pela equipe as intervenções necessárias a cada caso específico. O grupo de pacientes atendidos no PREVENRIM teve como grupo controle os pacientes do ambulatório do SCHDO (Serviço de Controle de Hipertensão, Diabetes e Obesidade / PAM Marechal), que fornece acompanhamento médico tradicional.

O estudo foi submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário de Juiz de Fora (CEP/HU/UFJF). Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e uma vez em concordância com o mesmo, assinaram um Termo de Consentimento Informado, e receberam uma cópia do mesmo.

### **4.1- Pacientes:**



Os pacientes selecionados para participarem da pesquisa foram aqueles em primeira ou segunda consulta no Programa PREVENRIM e ambulatório de Uremia do SCHDO, no período de um ano. As consultas no programa PREVENRIM constituíram-se de consultas médicas, de enfermagem, nutrição, psicologia e serviço social. No SCHDO os pacientes foram submetidos apenas às consultas médicas.

Foram incluídos pacientes que concordaram em participar do estudo, que tinham facilidade de compreensão e que estavam em acompanhamento freqüente nos programas. Foram excluídos aqueles que não demonstraram interesse em participar da pesquisa e que tinham dificuldade em compreender os objetivos da mesma.

Foram avaliados pacientes de qualquer idade, de ambos os sexos, que se encontravam entre os estágios II a V da doença renal crônica. Pacientes que no período da avaliação entraram em diálise ou apresentaram alguma intercorrência que os excluísse dos programas não foram reavaliados.

#### **4.2- Instrumentos:**

Os pacientes foram avaliados através da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida SF-36, que se caracteriza por um questionário de auto-avaliação da funcionalidade, sendo analisados o estado de saúde geral e qualidade de vida. A escala caracteriza-se por uma versão reduzida do questionário da *Medical Outcomes Trust*, traduzida e validada para o português. Através do SF-36 são avaliados os aspectos: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. A cada domínio avaliado são atribuídos escores, que variam de zero a cem, sendo os

escores mais próximos de zero demonstrativos de pior qualidade de vida e os escores mais próximos de cem demonstrativos de melhor qualidade de vida.

#### **4.3- Procedimentos:**

As aplicações do questionário pelo Serviço de Psicologia foram realizadas durante as consultas agendadas dos pacientes nos Programas, em espaço reservado, mantendo-se o sigilo das respostas. A entrevista pode ser auto-administrável ou lida pelo entrevistador, para que não exclua pacientes analfabetos, com baixa escolaridade ou com danos visuais.

Após um ano, todos os pacientes foram reavaliados, comparando-se os dados de qualidade de vida obtidos no ambulatório realizado pela equipe interdisciplinar no programa PREVENRIM e os obtidos no ambulatório médico do SCHDO, observando-se assim as possíveis diferenças na qualidade de vida entre os grupos.

Foram avaliados os níveis de creatinina, hemoglobina, albumina, cálcio, fósforo, potássio, colesterol, glicemia, peso e pressão arterial nos períodos de entrada dos pacientes nos ambulatórios, bem como após 12 meses, sendo analisada uma possível relação entre a progressão da doença e a diminuição da qualidade de vida dos mesmos. Foram também coletados dados demográficos e a presença de co-morbidades dos pacientes envolvidos no estudo.

#### **4.4- Análise Estatística:**

A Prova U de Mann-Whitney foi utilizada na comparação dos dados do SF-36 entre pacientes do PREVENRIM e SCHDO, para observar se os grupos eram

comparáveis. Com o mesmo objetivo, foi usado teste t para amostras independentes na comparação de dados laboratoriais dos dois programas.

Nas avaliações de qualidade de vida foram aplicados testes não paramétricos devido às dimensões do SF-36 não terem distribuição normal. Com relação aos dados laboratoriais foi possível a utilização de testes paramétricos, pois os dados eram métricos e tinham distribuição normal.

A Prova de Wilcoxon foi utilizada para avaliação antes e depois do questionário SF-36 e teste t pareado para dados laboratoriais de pacientes no PREVENRIM e no SCHDO. Na Prova de Wilcoxon são gerados os ranques positivos e negativos de cada domínio avaliado pelo SF-36, onde um número maior de ranques positivos significa uma melhor pontuação na reaplicação do questionário em comparação à primeira avaliação.

## **5- Resultados e discussão:**

Os resultados e a discussão serão apresentados na forma de artigo.

No artigo original, encontram-se os principais resultados obtidos no presente estudo e foi intitulado “Efeitos da abordagem interdisciplinar na qualidade de vida de pacientes com Doença Renal Crônica”. Este artigo foi submetido ao periódico *Cadernos de Saúde Pública*.

**Artigo original****EFEITOS DA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR NA QUALIDADE DE VIDA DE  
PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA  
QUALITY OF LIFE AS AN OUTCOME OF AN INTERDISCIPLINARY APPROACH  
TO THE CARE OF PATIENTS WITH CHRONIC RENAL DISEASE**Autores:**Fabiane Rossi dos Santos**

Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Nefrologia - Universidade Federal de Juiz de Fora/ Minas Gerais/ Brasil

**Maria Stella Tavares Filgueiras**

Departamento de Psicologia/ Instituto de Ciências Humanas - Universidade Federal de Juiz de Fora / Minas Gerais/ Brasil

**Alfredo Chaoubah**

Laboratório de Estudos Estatísticos na Saúde/ Departamento de Estatística - Universidade Federal de Juiz de Fora/Minas Gerais/ Brasil

**Marcus Gomes Bastos**

Faculdade de Medicina - Universidade Federal de Juiz de Fora/Minas Gerais/ Brasil

**Rogério Baumgratz de Paula**

Faculdade de Medicina - Universidade Federal de Juiz de Fora/ Minas Gerais/ Brasil

**Endereço para correspondência:**

Fabiane Rossi dos Santos

Telefone: (32)3216-5234/(32)9121-7369 Fax: (32) 3217-1065

Endereço: Fundação IMEPEN - Rua José Lourenço Kelmer, 1300/ Conj. 208-222- São Pedro

– CEP 36036-330 - Juiz de Fora / MG – Brasil.

E-mail: [fabpsic@yahoo.com.br](mailto:fabpsic@yahoo.com.br)

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar os efeitos da abordagem interdisciplinar na qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica (DRC) em tratamento conservador. Foram estudados 75 pacientes, tendo sido realizado comparação entre um grupo de pacientes acompanhados por equipe interdisciplinar (n= 50) e um grupo que recebeu apenas acompanhamento médico tradicional (n= 25). Foi realizada avaliação da qualidade de vida pelo Medical Outcomes Study Questionnaire 36 – Item Short Form Health Survey (SF-36) e análise de parâmetros clínicos e laboratoriais. Após um ano de acompanhamento, os pacientes assistidos por equipe interdisciplinar apresentaram melhora da qualidade de vida avaliada pelo SF-36, nos seguintes aspectos: capacidade funcional, aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade e aspectos emocionais. O grupo controle não apresentou melhora da qualidade de vida em nenhum dos parâmetros. Pacientes acompanhados por equipe interdisciplinar também apresentaram mudança estatisticamente significativa da anemia, cálcio e redução de peso, o que não foi observado no grupo controle. Pacientes acompanhados por equipe interdisciplinar apresentaram melhor qualidade de vida em comparação a pacientes que receberam apenas o atendimento médico convencional.

Palavras-chave: Doença Renal Crônica, Interdisciplinar, Qualidade de Vida, SF-36.

## **SUMMARY**

This study aimed to assess the effects on the quality of life of an interdisciplinary approach to the care of chronic renal disease (CRD) patients on conservative treatment. 75 patients in all were studied: 50 followed by an interdisciplinary team and 25 on traditional medical care. Quality of life was assessed through the Medical Outcomes Study Questionnaire 36 – Item Short Form Health Survey (SF-36) and clinical and laboratory parameters. After 1-year follow-up, the patients followed by the interdisciplinary team had better quality of life as assessed by the SF-36, as refers to: functional capacity, physical features, general health, vitality, and mood. The control group did not exhibit improvement in their quality of life for any of the parameters. Patients followed by the interdisciplinary team also had statistically significant favorable changes in their anemia, calcium levels, and weight loss, findings not presented by controls. Patients followed by an interdisciplinary team had better quality of life than those on conventional medical care.

**Key-words:** Chronic renal disease, Interdisciplinary, Quality of Life, SF-36.

**Introdução:**

A doença renal crônica (DRC) é caracterizada pela diminuição progressiva da função dos rins e, por sua característica de cronicidade, acarreta limitações físicas, sociais e emocionais, que interferem de modo significativo na qualidade de vida de pacientes renais crônicos. Deste modo, é fundamental a implementação de intervenções nos pacientes em tratamento conservador, com vistas à obtenção de um melhor preparo deles pacientes para iniciar o tratamento com terapia renal substitutiva (TRS).

Tais intervenções devem ser focadas na abordagem global desta população, através de equipes interdisciplinares, uma vez que se pode obter melhor qualidade do atendimento prestado e, conseqüentemente, maior adesão destes pacientes ao tratamento.

Nos últimos anos, alguns estudos têm avaliado a importância do trabalho em equipe interdisciplinar no tratamento de pacientes com doença renal crônica, com base em intervenções psicoeducacionais. Estes estudos têm como objetivo principal a divulgação de informações sobre a DRC, sua prevenção e seu tratamento para a população de doentes renais e seus familiares. Os benefícios deste tipo de intervenção foram observados em um estudo no qual os pacientes que receberam cuidado interdisciplinar na pré-diálise apresentaram uma sobrevivência de oito meses a mais após entrarem em terapia dialítica, quando comparados aos pacientes que receberam apenas o cuidado médico tradicional <sup>1</sup>.



O cuidado interdisciplinar na pré-diálise possibilita, entre outros benefícios, a redução do número de hospitalizações, o melhor controle da hipertensão arterial, dos distúrbios metabólicos e da anemia, bem como um melhor preparo psicológico no período anterior ao início da diálise. Estes benefícios foram demonstrados por Goldstein e cols.<sup>2</sup>, ao avaliarem um grupo de pacientes em tratamento conservador que recebeu atenção interdisciplinar, comparado a um grupo que recebeu apenas acompanhamento nefrológico convencional. Os autores observaram que os pacientes acompanhados por equipe interdisciplinar apresentaram melhores níveis de albumina, cálcio, bem como redução do número de internações e de mortes, dados estes indicativos da maior eficácia do acompanhamento interdisciplinar a pacientes em tratamento conservador.

Em outro estudo, com desenho semelhante, um grupo de pacientes que recebeu acompanhamento interdisciplinar foi comparado a um grupo que recebeu apenas atendimento nefrológico convencional. Os resultados mostraram que o grupo acompanhado pela equipe interdisciplinar apresentou maior sobrevida quando comparado ao grupo controle e que os dados laboratoriais indicativos de maior eficácia de diálise, tais como hemoglobina, cálcio e albumina plasmática, foram significativamente mais elevados no grupo que recebeu intervenção interdisciplinar<sup>3</sup>.

Estes achados apontam para a importância de intervenções precoces em pacientes ainda em tratamento conservador, para uma melhora da qualidade de vida desta população desde o diagnóstico da DRC até a entrada em TRS.

Diversos autores têm demonstrado a influência da doença renal crônica na qualidade de vida destes pacientes. Pacientes renais crônicos apresentam considerável diminuição da qualidade de vida quando comparados à população geral, havendo uma

associação entre a função renal e os escores de escalas que avaliam bem-estar e qualidade de vida <sup>4</sup>.

Considerando que a doença renal crônica pode ter influência significativa na qualidade de vida, torna-se fundamental a realização de estudos que visem observar as conseqüências da doença não somente no quadro clínico destes pacientes, mas também em sua vida social e em sua saúde mental.

Na literatura, poucos estudos têm avaliado a qualidade de vida de pacientes em tratamento conservador, especialmente aqueles que utilizam uma abordagem interdisciplinar. Além disto, grande parte dos estudos são focados na avaliação de parâmetros físicos e laboratoriais, em detrimento de parâmetros psicológicos e de qualidade de vida.

O objetivo do presente estudo foi comparar o impacto na qualidade de vida de pacientes com DRC pré-dialítica acompanhados por equipe interdisciplinar com o tratamento médico convencional.

### **Métodos:**

No presente estudo, foram avaliados dois grupos. O grupo experimental foi composto por pacientes do Programa PREVENRIM do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Nefrologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (NIEPEN/UFJF). Neste programa, os pacientes são atendidos em um mesmo dia, por uma equipe interdisciplinar composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e assistente social. A dinâmica do atendimento inclui discussão semanal dos casos a serem atendidos, sendo então determinadas as intervenções a serem efetuadas. O grupo controle foi constituído por pacientes do ambulatório do SCHDO (Serviço de Controle de Hipertensão, Diabetes e Obesidade do Serviço de Pronto

Atendimento - PAM Marechal, SUS de Juiz de Fora), que oferece acompanhamento médico convencional, realizado apenas pela equipe médica.

Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e, uma vez tendo concordado com o mesmo, assinaram um Termo de Consentimento Informado e receberam uma cópia do mesmo.

*Pacientes:* Foram selecionados para o estudo pacientes agendados para a primeira ou segunda consulta no Programa PREVENRIM e ambulatório do SCHDO, no período de um ano.

Foram avaliados pacientes de ambos os sexos, com idade que variou entre 18 e 90 anos, nos estágios 2 a 5 da doença renal crônica e que tinham facilidade de compreensão do protocolo. Os critérios de exclusão foram a negativa em participar da pesquisa ou a dificuldade em compreender os objetivos do estudo. Além disso, pacientes que, no período da avaliação, necessitaram de terapia renal substitutiva, foram também excluídos do protocolo.

*Instrumentos:* Para avaliação da qualidade de vida, foi utilizada a escala Medical Outcomes Study Questionnaire 36 – Item Short Form Health Survey (SF-36)<sup>5</sup>. Através do SF-36, são avaliados os aspectos: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. A cada domínio avaliado, são atribuídos escores, que variam de zero a cem, sendo os escores mais próximos de zero demonstrativos de pior qualidade de vida e os escores mais próximos de cem demonstrativos de melhor qualidade de vida.

*Procedimentos:* As aplicações do questionário foram realizadas durante as consultas agendadas dos pacientes nos programas, em espaço reservado, mantendo-se o sigilo das respostas. A entrevista foi auto-administrável ou lida pelo entrevistador,

para que não fossem excluídos pacientes analfabetos, com baixa escolaridade ou com danos visuais.

Decorrido um ano da avaliação inicial, todos os pacientes foram reavaliados, comparando-se os dados de qualidade de vida obtidos no ambulatório realizado pela equipe interdisciplinar no programa PREVENRIM com os obtidos no ambulatório médico do SCHDO.

Os dados laboratoriais avaliados incluíam os níveis de creatinina, hemoglobina, albumina, cálcio, fósforo, potássio, colesterol, glicemia, peso corporal e pressão arterial nos períodos de entrada dos pacientes nos ambulatórios, bem como após 12 meses. Foram também coletados dados demográficos e a presença de co-morbidades dos pacientes envolvidos no estudo.

*Análise Estatística:* Para comparação dos dados do SF-36 entre pacientes do PREVENRIM e SCHDO, foi utilizada a Prova U de Mann-Whitney. Com o mesmo objetivo, foi usado teste t para amostras independentes na comparação de dados laboratoriais dos dois programas.

Na avaliação antes e depois, foram utilizados Prova de Wilcoxon para análise do questionário SF-36 e teste t pareado para dados laboratoriais de pacientes no PREVENRIM e no SCHDO. Na Prova de Wilcoxon são gerados os ranques positivos e negativos de cada domínio avaliado pelo SF-36 e o número maior de ranques positivos significa uma melhor pontuação na reavaliação do questionário em comparação à primeira avaliação.

A hipótese nula foi rejeitada quando o valor de  $p < 0,05$ .

O estudo foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário de Juiz de Fora, tendo sido aprovado em 20 de maio de 2004 (Protocolo nº 386.071.2004).

**Resultados:***Dados demográficos*

Foram avaliados 50 pacientes do Programa PREVENRIM e 25 pacientes do SCHDO. Cinco pacientes (10%) do PREVENRIM e cinco pacientes (20%) do SCHDO foram excluídos do estudo por óbito ou por entrada em programa de diálise. Desta forma, 45 pacientes do PREVENRIM e 20 pacientes do SCHDO completaram o protocolo. A média de idade dos pacientes do PREVENRIM foi igual a  $60,0 \pm 12,64$  anos, comparável à média dos pacientes do SCHDO, cujos valores foram iguais a  $59,9 \pm 10,12$  anos. Houve predomínio do sexo feminino em ambos os programas; entre os 45 pacientes do PREVENRIM, 25 eram mulheres (56%) e, entre os 20 pacientes do SCHDO, 14 eram mulheres (70%). Nos dois grupos avaliados, a maior parte dos pacientes eram aposentados (78% no PREVENRIM e 85% no SCHDO). Os pacientes de ambos os grupos avaliados possuíam baixa escolaridade, a qual se restringiu ao nível fundamental em 79% dos pacientes no PREVENRIM e 91% dos pacientes no SCHDO.

A maioria dos pacientes encontravam-se nos estágios 3 e 4 da DRC, 84% no PREVENRIM e 58% no SCHDO. Com relação à presença de co-morbidades, havia maior registro de hipertensão arterial (69%) e doenças cardiovasculares (13%) nos pacientes do PREVENRIM. Em pacientes do SCHDO, houve predomínio de diabetes (75%), seguido de hipertensão arterial (60%) e de dislipidemia (10%), condições estas associadas às principais causas de doença renal crônica. Outras patologias associadas à doença renal crônica, como lúpus eritematoso sistêmico e retinopatia diabética, foram encontradas em 15% dos pacientes no SCHDO e em 16% dos pacientes do PREVENRIM.

*Avaliação inicial da qualidade de vida:*

Na Tabela 1, pode ser vista a avaliação basal de qualidade de vida analisada pelo SF-36. Conforme demonstrado, no período basal, os ranques médios de todos os domínios avaliados pelo SF-36 foram estatisticamente semelhantes entre os dois grupos, portanto os grupos eram comparáveis.

Tabela 1. Avaliação basal de qualidade de vida

<b>Domínios SF-36</b>	<b>Local</b>	<b>n</b>	<b>Ranque Médio</b>	<b>p</b>
Capacidade Funcional	TRADICIONAL	20	26,17	0,052
	INTERDISCIPLINAR	45	36,03	
Aspectos Físicos	TRADICIONAL	20	31,20	0,593
	INTERDISCIPLINAR	45	33,80	
Dor	TRADICIONAL	20	27,95	0,147
	INTERDISCIPLINAR	45	35,24	
Estado Geral de Saúde	TRADICIONAL	20	28,63	0,213
	INTERDISCIPLINAR	45	34,94	
Vitalidade	TRADICIONAL	20	26,85	0,080
	INTERDISCIPLINAR	45	35,73	
Aspectos Sociais	TRADICIONAL	20	30,73	0,508
	INTERDISCIPLINAR	45	34,01	
Aspectos Emocionais	TRADICIONAL	20	30,40	0,405
	INTERDISCIPLINAR	45	34,16	
Saúde Mental	TRADICIONAL	20	26,40	0,060
	INTERDISCIPLINAR	45	35,93	

\*Prova não-paramétrica U de Mann-Whitney

*Avaliação clínica e laboratorial no período basal:*

Na avaliação basal dos parâmetros clínicos e laboratoriais, também não foi observada diferença significativa entre os dois grupos avaliados, exceto com relação ao fósforo e à albumina, cujos valores foram respectivamente iguais a  $3,9 \pm 0,8$  e  $4,5 \pm 1,8$  no grupo que recebeu intervenção interdisciplinar e iguais a  $2,8 \pm 0,9$  e  $2,6 \pm 1,7$  no grupo que recebeu intervenção convencional (Tabela 2). Vale ressaltar que todos os dados foram obtidos através de registros dos prontuários em ambos os programas e que, no grupo controle, foi observado um número reduzido de registro de alguns parâmetros avaliados, o que provavelmente comprometeu a comparação entre os grupos.

Tabela 2. Avaliação basal dos parâmetros clínicos e laboratoriais

PARÂMETRO	INTERDISCIPLINAR		TRADICIONAL		T	p
	n	X±SD	n	X±SD		
PA Sistólica	45	143±29	13	148±18	0,50	0,621
PA Diastólica	45	83±20	13	89±12	1,12	0,266
Peso	45	71±15	7	81±10	1,71	0,093
Creatinina	45	1,8±0,8	14	1,9±1,0	0,17	0,870
Hemoglobina	44	11,6±2,4	6	12,6±2,0	0,93	0,358
Albumina	30	4,5±1,8	2	2,6±1,7	-3,06	0,005 <sup>a</sup>
Cálcio	42	8,6±1,1	5	9,6±1,5	1,91	0,063
Fósforo	42	3,9±0,8	4	2,8±0,9	2,45	0,018 <sup>a</sup>
Potássio	42	4,5±0,6	8	5,0±1,0	1,25	0,245
Glicose	10	151±107	13	138±59	-0,35	0,734
Colesterol	38	208±51	6	196±45	-0,53	0,598

\* Resultados expressos em média ± desvio padrão Teste t de Student

<sup>a</sup> p < 0,05 Interdisciplinar vs tradicional

*Avaliação clínica e laboratorial após doze meses:*

Na tabela 3, podem ser vistos os parâmetros clínicos e laboratoriais na avaliação inicial e após doze meses de acompanhamento. Após um ano de acompanhamento, os pacientes que receberam intervenção interdisciplinar, apresentaram redução do peso corporal de  $71 \pm 15$  para  $59 \pm 30$  ( $p < 0,05$ ), associada à elevação estatisticamente significativa dos níveis de hemoglobina e do cálcio plasmático, respectivamente de  $11,4 \pm 2,5$  para  $12,4 \pm 1,7$  ( $p < 0,05$ ) e de  $8,6 \pm 1,06$  para  $9,1 \pm 1,0$  ( $p < 0,05$ ). No grupo controle, não foi encontrada melhora significativa em nenhum dos parâmetros clínicos e laboratoriais analisados.

Tabela 3. Parâmetros clínicos e laboratoriais no período basal e após 12 meses

	TRADICIONAL				INTERDISCIPLINAR			
	n	Antes	Depois	p	n	Antes	Depois	p
Creatinina	7	$1,6 \pm 0,8$	$1,9 \pm 1,1$	0,204	43	$1,8 \pm 0,8$	$2,06 \pm 1,1$	0,115
Hemoglobina	2	$10,6 \pm 0,07$	$11,2 \pm 0,5$	0,374	37	$11,4 \pm 2,5$	$12,4 \pm 1,7$	0,003 <sup>a</sup>
Albumina	-	-	-	-	19	$4,4 \pm 0,85$	$4,2 \pm 0,2$	0,147
Cálcio	2	$9,1 \pm 0,6$	$8,5 \pm 1,1$	0,705	38	$8,6 \pm 1,06$	$9,1 \pm 1,0$	0,048 <sup>a</sup>
Fósforo	1	2,9	4	-	40	$3,9 \pm 0,85$	$3,9 \pm 0,8$	0,680
Potássio	5	$4,8 \pm 0,9$	$4,9 \pm 1,7$	0,897	40	$4,6 \pm 0,62$	$4,7 \pm 0,6$	0,308
Glicose	6	$161 \pm 67,9$	$191 \pm 72,5$	0,069	7	$156 \pm 115$	$112 \pm 53$	0,213
Colesterol	1	159	199	-	31	$210 \pm 52$	$204 \pm 51$	0,279
Peso	6	$83 \pm 8,9$	$53,9 \pm 36,9$	0,148	40	$71 \pm 15$	$59 \pm 30$	0,006 <sup>a</sup>
PA Sistólica	9	$144 \pm 20,7$	$149 \pm 16,2$	0,609	41	$142 \pm 28$	$143 \pm 32$	0,694
PA Diastólica	9	$87,8 \pm 13,01$	$88,9 \pm 7,8$	0,813	41	$83 \pm 20$	$81 \pm 18$	0,459

\*Resultados expressos em média  $\pm$  desvio padrão (Teste t de Student)

<sup>a</sup>  $p < 0,05$



*Avaliação final da qualidade de vida:*

Na tabela 4, podem ser vistos os *ranques* médios obtidos pelo SF-36 nos pacientes do PREVENRIM após um ano de acompanhamento, em comparação aos *ranques* de pacientes do SCHDO. É importante destacar que um número maior de *ranques* positivos em relação aos negativos de cada domínio do SF-36 significa melhor qualidade de vida após os 12 meses de acompanhamento.

Conforme demonstrado, no grupo que recebeu intervenção interdisciplinar, foi observado um número maior de *ranques* positivos em todos os domínios avaliados pelo SF-36, enquanto no grupo controle, houve número maior de *ranques* positivos em apenas quatro parâmetros (capacidade funcional, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental), indicando melhor qualidade de vida. Após um ano de acompanhamento, o grupo que recebeu intervenção interdisciplinar obteve melhora estatisticamente significativa em cinco dos oito domínios avaliados pelo SF-36: capacidade funcional, aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade e aspectos emocionais. No grupo controle, não foi observada melhora estatisticamente significativa em nenhum dos parâmetros de qualidade de vida avaliados pelo SF-36.

Tabela 4. Parâmetros de qualidade de vida avaliados pelo SF-36

DOMÍNIOS		INTERDISCIPLINAR			TRADICIONAL		
DO SF-36		n	Ranque médio	p	n	Ranque médio	p
Capacidade Funcional	Ranques negativos	11	18,64	0,003 <sup>a</sup>	5	12,70	0,816
	Ranques positivos	30	21,87		11	6,59	
	Empates	4			4		
	Total	45			20		
Aspectos Físicos	Ranques negativos	8	9,50	0,000 <sup>a</sup>	8	7,06	0,800
	Ranques positivos	24	18,83		6	8,08	
	Empates	13			6		
	Total	45			20		
Dor	Ranques negativos	14	16,11	0,142	10	10,80	0,601
	Ranques positivos	21	19,26		9	9,11	
	Empates	10			1		
	Total	45			20		
Estado Geral de Saúde	Ranques negativos	12	18,46	0,050 <sup>a</sup>	13	11,46	0,100
	Ranques positivos	25	19,26		7	8,71	
	Empates	7			0		
	Total	45			20		
Vitalidade	Ranques negativos	16	19,91	0,039 <sup>a</sup>	7	12,50	0,930
	Ranques positivos	28	23,98		11	7,59	
	Empates	1			2		
	Total	45			20		
Aspectos Sociais	Ranques negativos	13	18,19	0,197	7	10,57	0,755
	Ranques positivos	22	17,89		9	6,89	
	Empates	10			4		
	Total	45			20		
Aspectos Emocionais	Ranques negativos	8	8,88	0,038 <sup>a</sup>	9	7,78	0,263
	Ranques positivos	15	13,67		5	7,00	
	Empates	22			6		
	Total	45			20		
Saúde Mental	Ranques negativos	17	22,15	0,243	7	14,57	0,778
	Ranques positivos	26	21,90		12	7,33	
	Empates	2			1		
	Total	45			20		

\* Prova de Wilcoxon

Ranques negativos: depois &lt; antes

Ranques positivos: depois &gt; antes

Empates: depois = antes

<sup>a</sup> p < 0,05

**Discussão:**

Os resultados obtidos no presente estudo evidenciam melhora de vários parâmetros relativos à qualidade de vida avaliados pelo SF-36, no grupo que recebeu acompanhamento interdisciplinar. Após um ano de acompanhamento, pacientes que receberam este tipo de intervenção apresentaram melhora significativa da qualidade de vida em quase todos os parâmetros da escala, o que não foi observado no grupo controle, que recebeu o atendimento médico convencional. Pacientes do grupo que recebeu acompanhamento interdisciplinar apresentaram melhora na capacidade funcional, nos aspectos físicos, no estado geral de saúde, na vitalidade e nos aspectos emocionais, ou seja, cinco entre oito parâmetros do SF-36.

A melhora dos aspectos físicos e emocionais observada em nosso estudo tem sido notada em outras populações de doentes crônicos. Godoy et al.<sup>6</sup> demonstraram que pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica que receberam suporte psicológico apresentaram redução dos níveis de sintomas comportamentais, especialmente depressão e ansiedade, e tiveram melhora da capacidade de realizar exercícios físicos e na qualidade de vida relacionada à saúde.

No presente estudo, o grupo que recebeu intervenção interdisciplinar apresentou melhora não apenas dos aspectos físicos e laboratoriais, mas especialmente dos emocionais. A importância da melhora deste parâmetro em pacientes renais crônicos é fundamental, uma vez que há relação direta entre depressão e redução da qualidade de vida<sup>7</sup>. Berber et al.<sup>8</sup> destacam que a depressão pode influenciar negativamente a qualidade de vida dos pacientes, por aumentar a sensação de dor e incapacidade, tornar

a adesão ao tratamento mais difícil e diminuir a qualidade das relações sociais. Estes autores observaram que pacientes portadores de fibromialgia que tinham depressão apresentaram reduzidos escores de qualidade de vida das seguintes escalas: condicionamento físico, funcionalidade física, percepção da dor, funcionalidade social, saúde mental, funcionalidade emocional e percepção da saúde em geral.

A maioria dos estudos em pacientes portadores de DRC se destinam a avaliar a eficácia da interdisciplinaridade na sobrevida e na melhora de parâmetros clínicos, em detrimento da avaliação da qualidade de vida, o que dificulta a comparação dos resultados obtidos no presente estudo com dados da literatura. Este parece ser o primeiro estudo desenhado para avaliação da eficácia da interdisciplinaridade, que tem como foco a qualidade de vida de pacientes renais crônicos em tratamento conservador.

Em um dos poucos estudos que avaliaram a eficácia da intervenção fisioterápica na qualidade de vida de pacientes renais crônicos, nove pacientes em tratamento dialítico foram submetidos a treinamento aeróbico por 12 semanas. Ao final deste período, foi observada melhora significativa em sete dos oito parâmetros do SF-36<sup>9</sup>, com significativa melhora da qualidade de vida após a intervenção. Neste estudo os autores apontam como fator relevante para a melhora da qualidade de vida a atenção recebida pelos pacientes, os quais, a partir do cuidado recebido, obtiveram mudanças significativas nos aspectos físicos e emocionais.

A importância da inserção de novos profissionais no cuidado de pacientes renais crônicos é fundamental e tem sido demonstrada por alguns autores<sup>1,3,10,11,12</sup>. Curtis et al.<sup>3</sup> observaram que pacientes acompanhados por equipe interdisciplinar apresentaram maior sobrevida e melhores parâmetros clínicos, ao entrarem em diálise, do que pacientes que receberam apenas o atendimento nefrológico convencional. Do mesmo

modo, Hemmelgarn et al <sup>10</sup> também observaram que pacientes renais crônicos que receberam intervenção interdisciplinar apresentaram maior sobrevida quando comparados a pacientes que foram acompanhados de forma tradicional. Pacientes hipertensos que também foram acompanhados por uma equipe interdisciplinar apresentaram controle da pressão arterial e do colesterol após 12 meses, o que reforça a importância deste tipo de intervenção <sup>13</sup>.

Além da qualidade de vida, no presente estudo, o acompanhamento por uma equipe interdisciplinar apresentou impacto positivo na estabilização do quadro clínico e na melhora de dados laboratoriais. Contrariamente a estes dados, Harris et al. <sup>14</sup> não encontraram diferenças significativas entre um grupo de pacientes com insuficiência renal que receberam intervenção interdisciplinar (enfermeiro, assistente social e nutricionista) e o grupo controle, que recebeu o cuidado médico usual. Os autores não observaram diferenças na função renal, no acesso ao serviço de saúde e na mortalidade dos pacientes que receberam cuidado interdisciplinar e destacam que este tipo de trabalho, apesar de representar um cuidado avançado, deve ser testado antes de ser introduzido em função de seu alto custo. Este estudo teve resultados diferentes dos encontrados em nosso protocolo, talvez em função da divergência cultural entre as populações estudadas e por ter sido realizado em momento anterior. Em estudos mais recentes <sup>2,3</sup>, a importância do trabalho interdisciplinar tem sido comprovada, o que reforça a necessidade do investimento em novos profissionais junto a estes pacientes, uma vez que se pode obter maior sobrevida e menor número de hospitalizações e mortes a partir desta intervenção.

Um dado digno de nota na população avaliada em nosso estudo é a idade avançada e a baixa escolaridade, fatores que sabidamente influenciam de modo negativo os aspectos físicos. Em alguns estudos da literatura, é encontrada forte correlação entre

fatores como idade avançada e baixa escolaridade e a redução dos escores de qualidade de vida<sup>15,16</sup>. Em um desses estudos, Lopes et al.<sup>17</sup> observaram que fatores como desemprego, baixa renda e baixo nível educacional associam-se com menores escores físicos e mentais de qualidade de vida. No entanto, na nossa população, estes fatores parecem não ter influenciado na maior parte dos parâmetros do grupo que recebeu intervenção interdisciplinar, pois este obteve melhoras significativas. Estas discrepâncias podem ser explicadas por diferenças no suporte oferecido aos nossos pacientes e/ou por diferenças na percepção e aceitação do trabalho interdisciplinar por parte de nossa população.

Apenas três domínios do SF-36 não apresentaram diferenças no grupo que recebeu intervenção interdisciplinar. O primeiro aspecto foi o item dor, domínio este componente da saúde física da escala SF-36 e que avalia a percepção subjetiva da dor e seu impacto nas atividades diárias. Pacientes renais crônicos tendem a apresentar níveis significativos de dor física, o que foi observado em um estudo com pacientes em hemodiálise, dentre os quais foi encontrada prevalência de dor em 50% da amostra<sup>18</sup>.

No presente estudo, a média de idade dos pacientes foi igual a 60 anos, o que poderia justificar o aumento da sensação de dor. Este fator foi observado em um estudo no qual os autores utilizaram o SF-36 para avaliar pacientes em diálise e observaram que o impacto do envelhecimento foi mais evidente nas escalas físicas<sup>19</sup>.

Outro parâmetro que não apresentou melhora após a intervenção interdisciplinar foi o domínio saúde mental. Este aspecto pode estar relacionado ao fato de a evolução da doença renal acarretar maior possibilidade de ocorrência de depressão, especialmente pela proximidade do início da terapia renal substitutiva. Diferentemente de nosso estudo, a maior parte dos estudos destinam-se a avaliar a saúde mental de

pacientes em terapia dialítica, e o primeiro ano de diálise em geral é o período no qual encontramos maior ocorrência de depressão. Sintomas depressivos podem representar um processo temporário de adaptação à nova condição acarretada pela doença ou uma falência neste processo adaptativo <sup>20</sup>.

Desta forma, ocorrem prejuízos na saúde mental à medida que a doença evolui e a possibilidade de diálise se aproxima. Por outro lado, nossos resultados demonstraram melhora significativa no domínio aspectos emocionais. Este item avalia as limitações acarretadas por problemas emocionais, como a diminuição das atividades diárias em função de sentir-se deprimido ou ansioso. Os resultados do estudo demonstraram que estes pacientes, mesmo apresentando prejuízos na saúde mental, como o surgimento da depressão e da ansiedade decorrentes da evolução da doença, parecem não modificar seus hábitos de vida em função destes transtornos, dados indicativos da importância do acompanhamento interdisciplinar.

Além dos aspectos emocionais, também os aspectos sociais podem ter influência na qualidade de vida de pacientes renais crônicos. Em um estudo que avaliou a importância do encaminhamento precoce ao nefrologista, os autores observaram que o *status* sócioeconômico apresentou influência positiva importante nos aspectos físicos da qualidade de vida <sup>21</sup>. No presente estudo, porém, não foi observada relação entre os aspectos sociais e a qualidade de vida em ambos os programas. As questões que avaliam os aspectos sociais no SF-36 quantificam a influência das saúdes física e mental nas atividades sociais, nas relações familiares e pessoais.

Nos dois grupos estudados a maior parte dos pacientes eram idosos e aposentados, o que pode ter contribuído para maior dificuldade nas atividades sociais, uma vez que a idade e o afastamento do trabalho podem ser fatores de grande influência nas interações sociais. Um aspecto relevante foi o não fornecimento de medicações ao

grupo que recebeu acompanhamento interdisciplinar, ao passo, que no grupo controle, os pacientes recebiam a medicação tradicionalmente por parte da instituição, o que, teoricamente, poderia interferir negativamente na qualidade de vida do grupo interdisciplinar. Não obstante este fato, não observamos interferência deste fator na qualidade de vida, o que reforça a importância da equipe interdisciplinar junto a estes pacientes.

Os resultados encontrados no nosso estudo mostram que os pacientes acompanhados por equipe interdisciplinar, quando comparados ao grupo controle, tiveram melhora significativa não somente na qualidade de vida, mas também nos parâmetros clínico-laboratoriais, como anemia, cálcio e redução de peso corporal. Por outro lado, alguns dados, como a albumina, o fósforo, a creatinina plasmática e a pressão arterial, se mantiveram estáveis durante todo o período de observação. Inicialmente, estes dados podem ser sugestivos de falta de benefício do tratamento interdisciplinar. No entanto, uma análise mais cuidadosa à luz do conhecimento de que a DRC é uma doença de caráter progressivo mostra que a estabilização destes parâmetros é clinicamente relevante e evidencia o efeito benéfico da intervenção interdisciplinar.

Neste contexto, um aspecto clínico de importância vital para a qualidade de vida de doentes renais crônicos é a correção da anemia. Pacientes anêmicos apresentam uma série de complicações clínicas, como dor, anorexia e piora da insuficiência cardíaca. Por outro lado, a correção da anemia em geral se associa com melhora destes sintomas. Assim, no grupo que recebeu intervenção interdisciplinar, a melhora da anemia pode ter contribuído de modo significativo para a melhora da qualidade de vida. Estes achados têm sido consubstanciados por outros autores. Santos et al.<sup>22</sup> avaliaram 107 pacientes em hemodiálise, através do SF-36, e observaram correlação



linear e positiva do nível de hemoglobina com os níveis de dor e vitalidade. Do mesmo modo, em estudo realizado com 184 pacientes em hemodiálise, os autores observaram relação direta entre o aumento das taxas de hemoglobina e a maior vitalidade destes pacientes<sup>23</sup>. Perlman et al.<sup>24</sup> avaliaram 634 pacientes renais crônicos e também verificaram que o aumento da hemoglobina estava associado com maiores escores, tanto físicos como mentais, de qualidade de vida.

Além da hemoglobina, no grupo PREVENRIM, também foi observada redução do peso corporal e melhora significativa do cálcio quando comparados ao grupo que recebeu acompanhamento tradicional. Estudo semelhante foi realizado com pacientes que receberam intervenção interdisciplinar e pacientes que receberam acompanhamento médico convencional, no qual o grupo acompanhado em equipe interdisciplinar também apresentou melhora das taxas de cálcio, além da albumina, quando iniciaram a terapia dialítica<sup>2</sup>. Resultados semelhantes foram encontrados por Curtis et al.<sup>3</sup>, que observaram que pacientes acompanhados pela equipe interdisciplinar também apresentaram melhores níveis de hemoglobina, cálcio e albumina no início da diálise, quando comparados a pacientes que receberam apenas o cuidado médico tradicional. Os resultados destes estudos reiteram nossos achados e apontam para a importância de intervenções em equipe interdisciplinar na melhora de parâmetros clínicos e laboratoriais de pacientes renais crônicos.

A melhora dos aspectos clínicos tem sido associada com a melhora da qualidade de vida. Deste modo, em estudo realizado com pacientes em início da terapia dialítica, os autores observaram correlação entre a melhora do quadro clínico destes pacientes e a melhora de sua qualidade de vida avaliada pelo SF-36, exceto no domínio dor<sup>24</sup>, aspecto este que também não apresentou melhora significativa no nosso grupo estudado.

A estabilização do quadro clínico dos pacientes que receberam acompanhamento interdisciplinar pode ter sido um fator decisivo na melhora da sua qualidade de vida. Fatores como a correção da anemia e a redução do peso corporal podem ter contribuído de forma significativa no aumento da capacidade funcional, na vitalidade e na redução das limitações por aspectos físicos. Além disso, o fato de se conseguir estabilizar a doença, e conseqüentemente retardar o início do tratamento dialítico, pode ter acarretado melhoras significativas nos aspectos emocionais e no estado geral de saúde destes pacientes.

A melhora destes parâmetros clínico-laboratoriais em nossa população pode ser atribuída à maior adesão às recomendações por parte dos pacientes. Alguns estudos têm demonstrado a importância de intervenções educacionais na pré-diálise, uma vez que podem retardar a entrada destes pacientes em terapia renal substitutiva e melhor prepará-los para o tratamento. Klang et al.<sup>25</sup> acompanharam 28 indivíduos urêmicos e observaram que os pacientes que participaram de grupos educativos tiveram escores significativamente melhores em humor, problemas de mobilidade, inaptidão funcional e níveis de ansiedade quando comparados com pacientes que não receberam intervenção. Embora este aspecto não tenha sido especificamente avaliado em nosso protocolo, podemos sugerir que o acolhimento por uma equipe interdisciplinar e o fornecimento de informações podem ser fatores motivadores e geradores de maior adesão ao tratamento.

O acompanhamento por uma equipe de profissionais pode proporcionar a estes pacientes maior acesso a benefícios sociais, orientações nutricionais individualizadas, além de suporte psicológico que os auxilie na aceitação da doença e, conseqüentemente, possibilite maior implicação em seu processo de tratamento.

Em resumo, nossos dados demonstram a eficácia da interdisciplinaridade na melhora do quadro clínico e na qualidade de vida de pacientes renais crônicos. O presente estudo apresenta limitações acarretadas pela falta de alguns dados no grupo controle e pelo reduzido número de pacientes. No entanto, este é o primeiro estudo realizado com pacientes renais crônicos em tratamento conservador que avaliou a eficácia da equipe interdisciplinar na melhora da qualidade de vida.

### **Conclusão:**

Os resultados obtidos sugerem que pacientes renais crônicos acompanhados por equipe interdisciplinar apresentam melhora em diversos aspectos da qualidade de vida, e reforçam a importância desta intervenção na população de renais crônicos ainda em tratamento conservador.

### **Colaboradores:**

Fabiane Rossi dos Santos participou da coleta e análise dos dados, realizou pesquisa bibliográfica e redigiu o artigo (artigo originado de dissertação de mestrado). Rogério Baumgratz de Paula foi orientador e Maria Stella Tavares Filgueiras co-orientadora do trabalho. Marcus Gomes Bastos participou da revisão do artigo. Alfredo Chaoubah participou da análise estatística dos dados.

### **Referências:**

- 1.Devins GM, Mendelsohn DC, Barré PE, Binick Y. Predialysis psychoeducational intervention extends survival in CKD: a 20-year follow-up. *Am J Kidney Dis* 2005; 46 (6): 1088-98.
- 2.Goldstein M, Yassa T, Dacouris N, McFarlane P. Multidisciplinary predialysis care and morbidity and mortality of patients on dialysis. *Am J Kidney Dis* 2004; 44 (4): 706-14.

3.Curtis BM, Ravani P, Malberti F, Kennett F, Taylor A, Djurdjev O, et al. The short- and long-term impact of multi-disciplinary clinics in addition to standard nephrology care on patient outcomes. *Nephrol Dial Transplant* 2005; 20 (1) : 147-54.

4.Gorodetskaya I, Zenios S, McCulloch CE, Bostrom A, Hsu CY, Bindman AB, et al. Health-related quality of life and estimates of utility in chronic kidney disease. *Kidney Int* 2005; 68: 2801-08.

5.Cicconelli RM. 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)” [Tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1997.

6.Godoy DV, Godoy RF, Becker Jr.B, Vaccari PF, Michelli M, Teixeira PJZ, et al. O efeito da assistência psicológica em um programa de reabilitação pulmonar para pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *J Bras Pneumol* 2005;31(6):499-505.

7.Weisbord SD, Fried LF, Arnold RM, Fine MJ, Levenson DJ, Peterson RA, et al. Prevalence, severity, and importance of physical and emotional symptoms in chronic hemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol* 2005; 16: 2487-94.

8.Berber JSS, Kupek E, Berber SC. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. *Rev Bras Reumatol* 2005; 45 (2): 47-54.

9.Reboredo MM, Braga TA, Pinto TA, Fernandes N, Magalhães HG, Bastos MG, et al. Efeito do exercício aeróbico durante a hemodiálise na qualidade de vida de pacientes com Doença Renal Crônica. . *J Bras Nefrol* 2006; 28 (3), Suplemento 3: 97.

- 10.Hemmelgarn BR, Manns BJ, Zhan J, Tonelli M, Klarenbach S, Walsh M, et al. Association between multidisciplinary care and survival for elderly patients with chronic kidney disease. *J Am Soc Nephrol* 2007; 18: 993-9.
- 11.Mendelssohn DC. Coping with the CKD epidemic: the promise of multidisciplinary team-based care. *Nephrol Dial Transplant* 2005; 20: 10–2.
- 12.Mendelssohn DC, Toffelmire EB, Levin A. Attitudes of Canadian nephrologists toward multidisciplinary team-based CKD clinic care. *Am J Kidney Dis* 2006;47(2):277-84.
- 13.Didier MT, Guimarães AC. Otimização de recursos no cuidado primário da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol* 2007; 88 (2): 218-24.
- 14.Harris LE, Luft FC, Rudy DW, Kesterson JG, Tierney WM. Effects of multidisciplinary case management in patients with chronic renal insufficiency. *Am J Med* 1998;105(6):464-71.
- 15.Miningardi G, Cornalba L, Cortinovis E, Mosconi P, Apolone G. Health-related quality of life in dialysis patients. A report from na Italian study using the SF-36 Health Survey. *Nephrol Dial Transplant* 1999; 14: 1503-10.
- 16.Santos PR. Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. *Rev Assoc Med Bras* 2006; 52 (5): 356-9.
- 17.Lopes AA, Bragg-Gresham, JL, Goodkin, DA, Fukuhara S, Mapes DL, Young EW, et al. Factors associated with health-related quality of life among hemodialysis patients in the DOPPS. *Qual Life Res* 2007; 16 (4): 545-57.
- 18.Davison SN. Pain in hemodialysis patients: prevalence, cause, severity, and management. *Am J Kidney Dis* 2003; 42: 1239-47.

19.Kusztal M, Nowak K, Magott-Procelewska M, Weyde W, Penar J. Evaluation of health-related quality of life in dialysis patients. Personal experience using questionnaire SF-36. *Pol Merkur Lekarski* 2003; 14 (80): 113-7.

20.Almeida AM, Meleiro AMAS. Depressão e insuficiência renal crônica: uma revisão. *J Bras Nefrol* 2000; 22 (1): 192-200.

21.Caskey FJ, Wordsworth S, Ben T, Charro FT, Deleroix C, Dobronravov V, et al. Early referral and planned initiation of dialysis: what impact on quality of life? *Nephrol Dial Transplant* 2003; 18: 1330-8.

22.Santos PR. Correlação Entre Marcadores Laboratoriais e Nível de Qualidade de Vida em Renais Crônicos Hemodialisados. *J Bras Nefrol* 2005; 27 (2): 70-5.

23.Castro M, Caiuby AVS, Draibe AS, Canziani MEF. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Rev Assoc Med Bras* 2003; 49 (3): 245-9.

24.Perlman RL, Finkelstein FO, Liu L, Roys E, Kiser M, Eisele G, et al. Quality of life on Chronic kidney disease (CKC): a cross-sectional analysis in the renal research Institute – CKD study. *Am J Kidney Dis* 2005; 45 (4): 658-66.

25.Klang B, Bjorvell H, Berlung J, Sundsted C, Lyne N. Predialysis patient education: effects on functioning and well-being in uraemic patients. *J Adv Nurs* 1998; 28 (1): 36-44.

## **6-Considerações finais:**

No presente estudo, avaliamos o impacto da intervenção interdisciplinar na qualidade de vida de pacientes renais crônicos em tratamento conservador. Conforme demonstrado, após receberem acompanhamento interdisciplinar, pacientes apresentaram melhora de parâmetros como hemoglobina, peso corporal e cálcio. Além disso, foi observada estabilização do quadro clínico dos pacientes acompanhados por equipe interdisciplinar, o que pode ser considerado de grande relevância, uma vez que se trata de uma doença crônica e progressiva.

Nossos resultados mostraram que pacientes que receberam acompanhamento por uma equipe interdisciplinar também apresentaram melhora da qualidade de vida em diversos aspectos, como capacidade funcional, aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade e aspectos emocionais. Pacientes renais crônicos tendem a ter significativa redução da qualidade de vida em função da progressão da doença. Ao final do nosso estudo, observamos que após um ano de acompanhamento, pacientes atendidos em equipe interdisciplinar não obtiveram tal redução, e sim conseguiram melhorar significativamente sua qualidade de vida.

No presente estudo, a intervenção interdisciplinar foi um recurso importante para a estabilização de pacientes renais crônicos em tratamento conservador como tentativa de retardar a entrada destes em diálise. O trabalho preventivo utilizado pelo grupo estudado, através de uma abordagem bio-psico-social, foi um diferencial no tratamento destes pacientes, uma vez

que não observamos melhoras significativas no grupo que recebeu apenas o atendimento médico tradicional.

A atuação de diversos profissionais mostrou-se eficaz na preparação destes pacientes para entrada em terapia renal substitutiva, no alcance de maior aderência ao tratamento e conseqüentemente na melhora da qualidade de vida da população estudada.



## **7- Conclusão:**

Pelos resultados encontrados, concluímos que o acompanhamento interdisciplinar proporcionou melhora em diversos aspectos da qualidade de vida dos pacientes avaliados, o que demonstra a importância desta intervenção na população de renais crônicos em tratamento conservador.

## 8- Referências bibliográficas:

BASTOS, M. G. et al. Doença Renal Crônica: problemas e soluções. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 26, n. 4, p.202-15, 2004.

BREGMAN, R. Prevenção da progressão da Doença Renal Crônica (DRC). **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 26, n. 3, supl. 1, p. 11-4, 2004.

CASKEY, F. J. et al. Early referral and planned initiation of dialysis: what impact on quality of life? **Nephrology Dialysis Transplantation**, v.18, p. 1330-8, 2003.

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

CHOW, F. et al. Health-related quality of life in Australian adults with renal insufficiency: a population-based study. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 41, n. 3, p. 596-604, 2003.

CICCONELLI, R. M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-item-short-form health survey (SF-36)”**. 1997. 143 f. Tese (Doutorado em Medicina) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

CURTIS, B., M. et al. The short- and long-term impact of multi-disciplinary clinics in addition to standard nephrology care on patient outcomes. **Nephrology Dialysis Transplantation**, v. 20, n 1, p. 147-54, 2005.

DEVINS, G. M. et al. Predialysis psychoeducational intervention and coping styles influence time to dialysis in chronic kidney disease. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 42, n. 4, p. 693-703, 2003.

DEVINS, G. M. et al. Predialysis psychoeducational intervention extends survival in CKD: a 20-year follow-up. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 46, n. 06, p. 1088-98, 2005.

DINIZ, D. P.; CARVALHAES, J. T. A. Equipes multiprofissionais em unidade de diálise: contribuição ao estudo da realidade brasileira. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v.24, n.2, p.88-96, 2002.

DINIZ, D.; SCHOR, N. **Guia de qualidade de vida**. São Paulo: Editora Manole, 2006.

DRAIBE, S. A.; AIZEN, H. Insuficiência renal crônica. **Atualização Terapêutica**, São Paulo: Artes Médicas, p. 379-83,1999.

DUARTE, P. S. et al. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SF™). **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 4, p. 375-81, 2003.

FIEBIGER, W.; MITTERBAUER, C.; OBERBAUER, R. Health-related quality of life outcomes after kidney transplantation. **Health and Quality of life Outcomes**, v. 2, p. 2, 2004.

FLECK, M .P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de qualidade de vida – WHOQOL-bref 2000. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n.2, p. 178-83, 2000 .

FLECK, M. P. A. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.21, n. 1, p. 19-28, 2000 a.

GOLDSTEIN, M. et al. Multidisciplinary predialysis care and morbidity and mortality of patients on dialysis. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 44, n 4, p. 706-14, 2004.

GOLPER, T. Patient education: can it maximize the success of therapy? **Nephrology Dialysis Transplantation**, v. 16, p. 20-4, 2001.

GORODETSKAYA, I. et al. Health-related quality of life and estimates of utility in chronic kidney disease. **Kidney International**, v. 68, p. 2801-08, 2005.

GRIVA, K. et al. Quality of life and emotional responses in cadaver and living related renal transplant recipients. **Nephrology Dialysis Transplantation**, v. 17, p. 2204-11, 2002.

HARWOOD, L. et al. Preparing for hemodialysis: patient stressors and responses. **Nephrology Nursing Journal**, v. 32, n.3, p. 295-303, 2005.

KIDNEY DISEASE OUTCOMES QUALITY INITIATIVE (K/DOQI) – Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 39, n. 2, suppl. 1, S1-S246, fev., 2002.

KLANG, B. et al. Predialysis patient education: effects on functioning and well-being in uraemic patients. **Journal of Advanced Nursing**, v. 28, n. 1, p. 36-44, 1998.

KURELLA, M.; Luan, J.; YAFFE, K.; CHERTOW, G. M. Validation of the Kidney Disease Quality of Life (KDQOL) Cognitive Function Subscale. **Kidney International**, v. 66, p. 2361-7, 2004.

KUSZTAL, M. et al. Evaluation of health-related quality of life in dialysis patients. Personal experience using questionnaire SF-36. **Pol Merkuriusz Lek**, v. 14, n. 80, p. 113-7, 2003.

LIMA, X. D. **Qualidade de vida e complicações cirúrgicas em doadores renais no período pós-operatório tardio**. 2004. 88 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Curso de Pós-Graduação em Cirurgia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

LIPP, M. N. **Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida: um guia de tratamento para o hipertenso**. Campinas: Papirus, 1996. 130 p.

MARTINEZ-CASTEANO, A. et al. Perceived health-related quality of life and comorbidity in diabetic patients starting dialysis (CALVIDIA study). **Journal of Nephrology**, v. 17, n. 4, p. 544-51, 2004.

MERKUS, M. P. et al. Quality of life in patients on chronic dialysis: self-assessment 3 month after the start of treatment. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 29, p.584-92, 1997.

MINGARDI, G. et al. Health related quality of life in dialysis patients. A report from an Italian study using the SF-36 Health Survey. **Nephrology Dialysis Transplantation**. v. 14, p. 1503-10, 1999.

MORENO, F. L. G. et al. Quality of life in dialysis patients. A Spanish multicenter study. **Nephrology Dialysis Transplantation**, v. 11, p. 25-9, 1996.

PEREIRA, L. C. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde em paciente transplantado renal. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 25, n.1, p.10-16, 2003.

PERLMAN, R. L. et al. Quality of life on Chronic kidney disease (CKC): a cross-sectional analysis in the renal research Institute – CKD study. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 45, n. 4, p. 658- 66, 2005.

PORTER, G. Assessing the outcome of rehabilitation in patients with ESRD. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 24, supl. 1, p. 22-7. 1994.

REIS, M. G.; GLASHAN, R. Quadros de adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 51-7, 2001.

REVUELTA, K. L. et al. Perceived mental health at the start of dialysis as a predictor of morbidity and mortality in patients with end-stage renal disease. **Nephrology Dialysis Transplantation**, v. 19, n 9, p. 2347-53, 2004.

ROMANO, B. W. **Princípios para a prática da Psicologia Clínica em Hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. 145 p.

ROMÃO, Jr., J. E. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 26, n. 3, supl. 1, 2004.

TAYLOR, S.E. **Health psychology**, Boston, 4<sup>th</sup> ed., Mc.GrawHill, 1999.

TAKAKI, J.; NAKAO, M.; YANO, E. The relationships of quality of life and depression to mortality in hemodialysis patients. **Dialysis & Transplantation**, v. 34, n. 8, p. 568-75, 2005.

VASQUEZ, I. et al. Psychosocial factors and quality of life in young hemodialysis patients with low comorbidity. **Journal of Nephrology**, v. 16, pp. 886-94, 2003.

VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; RAUÑA, W. **Psicossoma II – Interfaces da psicossomática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

WALTERS, B. A. J. et al. Health-Related Quality of life, depressive symptoms, anemia, and, malnutrition at hemodialysis initiation. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 40, n. 6, p. 1185-94, 2002.

## ANEXO I

### QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36 (CICONELLI et al., 1999)

Nome: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Avaliador: \_\_\_\_\_

#### 1. Em geral, você diria que sua saúde é:

- 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?

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

Atividades	Sim. Dificulta Muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a. <b>Atividades vigorosas</b> , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes.	1	2	3
b. <b>Atividades moderadas</b> , 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 <b>vários</b> lances de escada	1	2	3
e. Subir <b>um lance</b> de escada	1	2	3
f. Curva-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar <b>mais de 1 quilômetro</b>	1	2	3
h. Andar <b>vários quarteirões</b>	1	2	3
i. Andar <b>um</b> 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 como o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a. Você diminuiu <b>a quantidade de tempo</b> que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades ?	1	2
b. Realizou <b>menos tarefas</b> do que você gostaria ?	1	2
c. Esteve <b>limitado</b> no seu tipo de trabalho ou em outras atividades ?	1	2
d. Teve <b>dificuldade</b> 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 outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso) ?



	Sim	Não
a. Você diminuiu a <b>quantidade de tempo</b> que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades ?	1	2
b. Realizou <b>menos tarefas</b> 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 sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo ?**

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

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

- 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 quanto o dentro de casa) ?**

- De maneira alguma .....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 aproxime da maneira como você se sente. Em relação as últimas 4 semanas.**

	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 vigor, cheio de vontade, cheio de forças ?.	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa ?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo ?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo ?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia ?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado ?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz ?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado ?	1	2	3	4	5	6

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

- 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 ?**

	Definitiva- mente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitiva mente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

## **ANEXO II**

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – HU/UFJF

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA	<b>COMITÉ DE ÉTICA EM PESQUISA – HU/UFJF</b>
--	--

<b>PARECER CONSUBSTANCIADO</b>	<b>PROCESSO Nº</b>
<b>PROJETO DE PESQUISA</b>	<u>386.071.2004-</u>
<b>TRABALHO DE PESQUISA</b>	<u>Grupo III</u>

**1 – identificação da Proposta de Projeto de Pesquisa/Trabalho de Conclusão de Curso**

Título: Efeitos da Abordagem Interdisciplinar na Qualidade de Vida de Pacientes com Doença Renal Crônica
Coordenador do Projeto ou Professor Orientador do TCC: <i>Fabiane Rossi dos Santos</i>
Aluno(a) Participante (TCC): <i>Marcus Gomes Bastos, Roseane Ribeiro Mendonça e Kelly Maria Barbosa de Alvarenga</i>
Curso/ Faculdade: <i>NIEPEN-NEFROLOGIA/UFJF</i>

**2 – Análise do Projeto de Pesquisa/Trabalho de Conclusão de Curso**

**Primário**

Avaliar a eficácia do acompanhamento interdisciplinar na melhoria da qualidade de vida de pacientes com Doença Renal Crônica em tratamento conservador.

**Secundário**

Proporcionar uma possível melhoria na qualidade do atendimento prestado a tais pacientes, bem como em sua qualidade de vida.

<p>II- SUMÁRIO DO PROJETO</p> <p>III.1- DESCRIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA</p> <p style="text-align: center;"><b>Número de Pacientes</b></p> <p>Serão incluídos aproximadamente 100 pacientes, entre homens e mulheres, portadores de doença renal crônica em tratamento conservador. Destes, serão 50 integrantes do Programa de Atenção Integral ao Doente Renal Crônico/NIEPEN, e 50 pacientes de um ambulatório público, não acompanhados por equipe interdisciplinar.</p> <p style="text-align: center;"><b>Duração do Estudo</b></p> <p>A duração máxima do estudo será de 24 meses, sendo nos primeiros 12 meses avaliados pacientes em primeira consulta e os últimos 12 meses destinados à reaplicação dos questionários.</p> <p>III.2- CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO</p> <p><b>Inclusão:</b></p>
--

1

Prof. Henrique Miguel Dugas Portugal  
 COORDENADOR CEP-HU/UFJF

1. Concordância em participar do estudo.
2. Pacientes com Doença Renal Crônica em tratamento conservador.

**Exclusão:**

1. Paciente incapaz de compreender os objetivos do estudo e/ou o consentimento informado;

### III.3-ADEQUAÇÃO DA METODOLOGIA

**Métodos:**

Os pacientes serão avaliados durante sua primeira consulta ambulatorial, onde será utilizada a escala de avaliação de qualidade de vida SF-36, que se caracteriza por um questionário de auto-avaliação da funcionalidade, sendo analisados o estado de saúde geral e qualidade de vida. A escala caracteriza-se por uma versão reduzida do questionário da Medical Outcomes Trust, traduzida e validada para o português. São avaliados os aspectos: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

Após um ano de acompanhamento, todos os pacientes deverão ser reavaliados, comparando-se os dados obtidos no ambulatório realizado pela equipe interdisciplinar e os obtidos no ambulatório médico, observando-se assim as possíveis mudanças na qualidade de vida dos mesmos, uma vez assistidos interdisciplinarmente.

### III.3-ADEQUAÇÃO DAS CONDIÇÕES DO CENTRO DE PESQUISA

O projeto em epígrafe será desenvolvido nas dependências da Fundação IMEPEN – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (FMUFJF) - MG

Os pacientes são atendidos no setor ambulatorial da FMUFJF, localizada à Av. Luiz Perry 335, bairro Santa Helena. Neste setor são realizadas além de consultas, exames ambulatoriais, tais como: biópsias renais, inserção de cateter venoso para hemodiálise, hemodíalises, CAPD, Ultra-sonografia e MAPA.

O atendimento dos pacientes renais crônicos é realizado em ambulatório realizado na sede da fundação IMEPEN, que conta com 6 consultórios aparelhados para esta modalidade de atendimento com macas, armários, balanças, esfigmomanômetros, oftalmoscópios, aparelhos de MAPA e de Eletrocardiograma. Além disso, a fundação conta ainda com sala para atendimento do Serviço de Psicologia e Serviço Social. Os pacientes serão acompanhados ambulatorialmente conforme previsto no protocolo de estudo. Em caso de necessidade de internação, os pacientes serão atendidos no Hospital Universitário da UFJF cuja descrição encontra-se no anexo 1.

**Adequação das Condições do Hospital Universitário da UFJF**

*No anexo 1 descrevemos sucintamente as dependências físicas do Hospital Universitário bem como todas as condições para o atendimento ambulatorial e de urgências e emergências da instituição.*

*Conforme pode ser observado, as condições para a realização do estudo atendem às necessidades básicas tanto ao nível ambulatorial quanto ao nível hospitalar em caso de necessidade de internação.*

## Anexo 1

Descrição da Área de Apoio do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF)

O HU é composto por 4 blocos:

Bloco A: enfermarias

Bloco B: Setor administrativo / departamentos / cardiologia / pneumologia / cirurgia / UTI / centro cirúrgico / laboratório

Bloco C: Serviços gerais de apoio ao HU – ambulatórios – Atendimento ambulatorial da Fundação Imepen

Bloco D: Administração / almoxarifado / farmácia / oficinas / Serviço de Pronto Atendimento / ambulatórios

a) Enfermaria: As enfermarias do HU-UFJF são em número de 6, assim distribuídas:

- 1- Enfermaria Masculina de Clínica Médica
- 2- Enfermaria Feminina de Clínica Médica
- 3- Enfermaria Masculina de Cirurgia
- 4- Enfermaria Feminina de Cirurgia
- 5- Enfermaria de Pediatria
- 6- Unidade de Terapia Intensiva

Nos casos que necessitam internação, normalmente utilizamos as enfermarias de clínica médica e/ou a UTI, abaixo descritas.

As enfermarias masculinas de clínica médica localizam-se no setor A, no terceiro pavimento do HU, conta com 30 leitos e ocupa uma área de 260,9 m<sup>2</sup>.

Contam com um posto de enfermagem de aproximadamente 20 m<sup>2</sup> no qual trabalham em regime de tempo integral, 6 auxiliares de enfermagem e alunos do curso de enfermagem, todos supervisionados por uma enfermeira chefe, que por sua vez está sob supervisão da coordenação de enfermagem.

O acesso às enfermarias é feito através de escadas e de elevador.

As enfermarias femininas de clínica médica focalizam-se no setor B, no segundo pavimento do HU, contam com 24 leitos e ocupa uma área de 212,4 m<sup>2</sup>.

Do mesmo modo que as enfermarias masculinas, as femininas contam com um posto de enfermagem de aproximadamente 20 m<sup>2</sup> no qual trabalham em regime de tempo integral, 6 auxiliares de enfermagem e alunos do curso de enfermagem, todos supervisionados por uma enfermeira chefe, que por sua vez está sob supervisão da coordenação de enfermagem.

O acesso às enfermarias também é feito através de escadas e de elevador.

Nossa universidade é uma das únicas do país que oferece uma residência de bioquímica, com três vagas para R1 e R2, supervisionados por 7 professores do curso de Farmácia e Bioquímica. O laboratório central focaliza-se no primeiro pavimento do setor B, ocupando um área igual a 293 m<sup>2</sup> e realiza exames hematológicos - bioquímicos - sorologia para vírus inclusive HIV –

culturas - gasometria - urina e dosagens hormonais, estas através de convênio. Os exames são realizados pelos residentes e por 2 funcionários contratados, 12 técnicos em bioquímica além de 40 alunos do último ano do curso de Farmácia e Bioquímica.

Portanto, podemos afirmar que as condições laboratoriais oferecidas pela Faculdade de Medicina são adequadas aos propósitos do projeto.

b) A UTI está localizada no setor B, no segundo pavimento e ocupa uma área total de 80 m<sup>2</sup> e está sob a responsabilidade do Dr. Bruvo do Vale Pinheiro, doutor em Pneumologia pela Escola Paulista de Medicina.

Conta com 5 leitos e um posto de enfermagem.

A aparelhagem mais relevante consta de 6 respiradores, sendo 4 a pressão, 1 respirador não invasivo BIPAP e 1 à volume microprocessado marca Bennet 7.200

1 desfibrilador + monitor cardíaco, com marca-passo conectado marca S & W

1 catéter de Swan-Ganz (Anamed 7.800) 4 bombas para infusão contínua

10 monitores cardíacos, máquina para realização de ultrafiltração (sistemas vitais).

O acesso à UTI é fácil e pode ser feito à partir do Serviço de Pronto Atendimento (localizado no primeiro pavimento) e à partir das enfermarias masculinas, femininas, pediátrica e cirúrgicas, através de corredores ou pelo elevador.

c) Ambulatório: Consta de 2 setores:

1- Setor de atendimento de Urgência, com salas e pessoal qualificado para prestação de pronto-atendimento em clínica médica, pediatria, ginecologia e cirurgia geral.

2- Setor de Atendimento Ambulatorial propriamente dito, consta de 13 salas para consultas médicas, com a devida infra-estrutura como mesas para exames, macas, cadeiras, ramais telefônicos, serviço de armazenamento de dados (SAME) etc.

#### DESCRIÇÃO DA ÁREA DE AMBULATÓRIOS DA FUNDAÇÃO IMEPEN

Inicialmente é importante ressaltar que a Fundação Instituto Mineiro de Estudos e Pesquisa em Nefrologia é uma entidade filantrópica e sem fins lucrativos, que tem como principal objetivo o apoio à Disciplina de Nefrologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. Portanto o setor físico da Fundação IMEPEN é uma extensão do setor de ambulatórios do Hospital Universitário da UFJF. Deste modo, o atendimento de Nefrologia é realizado em um imóvel localizado à Av. Luiz Perry 335 no bairro Santa Helena, nas proximidades do Hospital Universitário. Este imóvel conta com 6 (seis) consultórios médicos, sala para o serviço de psicologia e serviço social, além de sala de espera equipada com televisão e vídeo-cassete, local para coleta de sangue e exame de urina além do setor de almoxarifado da Nefrologia. Esta infra-estrutura com mesas para exames, macas, cadeiras, ramais telefônicos, serviço de armazenamento de dados (SAME) nos permite oferecer um atendimento adequado aos pacientes da rede básica de saúde que nos procuram. Atualmente são atendidos cerca de 400 pacientes/mês em nossos ambulatórios, tanto por estagiários como pelos residentes do HU-FMUFJF, sob supervisão constante. Portanto, acreditamos que contamos com as condições ambulatoriais e hospitalares necessárias para a realização deste tipo de estudo.



## 4 – Parecer conclusivo, recomendações e/ou sugestões:

**IV - Comentários do relator, frente à Resolução CNS 196/96 e complementares em particular sobre:**

**Estrutura do Protocolo:** Protocolo bem elaborado, dentro das normas deste comitê  
**Grupo:** III

**Justificativa de uso de placebo:**  
 Não haverá uso de placebo

**Justificativa de suspensão terapêutica (Wash - out.):**  
 Não haverá Wash-out

**Análise de riscos e benefícios:**  
 Não haverá riscos

**Retorno de benefícios para o sujeito e/ou para a comunidade:**  
 A análise da abordagem interdisciplinar poderá mostrar a vantagem de vários especialistas no renal crônicos

**Adequação do termo de consentimento e forma de obtê-lo:**  
 De acordo com as normas deste comitê

**Informação adequada quanto ao financiamento:**  
 Não haverá custo

**Outros centros, no caso de estudos multicêntricos:**  
 Não haverá outros centros

5 – Pendências: (Enumerar sucintamente as pendências a serem sanadas pelo Coordenador do Projeto de Pesquisa/Trabalho de Conclusão de Curso)

**V-Parecer do CEP:**

Em relação ao presente projeto de pesquisa, intitulado: **Efeitos da Abordagem Interdisciplinar na Qualidade de Vida de Pacientes com Doença Renal Crônica**

Sugerimos pela aprovação do projeto de pesquisa devido respeitar a resolução 196/96-CNS/MS

## 6 – Parecer Consubstanciado

Aprovado

Pendências

Não aprovado

## 7 – Dados Pessoais

Nome Completo: <b>Fabiane Rossi dos Santos</b>		
Telefone(s): <b>3216-1567</b>	Faculdade: <b>NIEPEN-NEFROLOGIAUFJF</b>	
Local: Juiz de Fora <b>Juiz de Fora - MG</b>	Data da apresentação ao CEP: <b>06 de maio de 2004</b>	Assinatura:
Assinatura do Coordenador do CEP:  <b>Prof. Henrique Miguel Duque Portugal</b> <b>COORDENADOR CEP-HU/UFJF</b>	Data da reunião: <b>Aprovado em 20 de maio de 2004</b>	

### ANEXO III

Nesta sessão serão apresentados os valores de todos os parâmetros obtidos no estudo nas tabelas de 1 a 4.

Tabela 1. Avaliação basal de qualidade de vida

<b>Domínios SF-36</b>	<b>Local</b>	<b>n</b>	<b>Ranque Médio</b>	<b>p</b>
Capacidade Funcional	TRADICIONAL	20	26,17	0,052
	INTERDISCIPLINAR	45	36,03	
Aspectos Físicos	TRADICIONAL	20	31,20	0,593
	INTERDISCIPLINAR	45	33,80	
Dor	TRADICIONAL	20	27,95	0,147
	INTERDISCIPLINAR	45	35,24	
Estado Geral de Saúde	TRADICIONAL	20	28,63	0,213
	INTERDISCIPLINAR	45	34,94	
Vitalidade	TRADICIONAL	20	26,85	0,080
	INTERDISCIPLINAR	45	35,73	
Aspectos Sociais	TRADICIONAL	20	30,73	0,508
	INTERDISCIPLINAR	45	34,01	
Aspectos Emocionais	TRADICIONAL	20	30,40	0,405
	INTERDISCIPLINAR	45	34,16	
Saúde Mental	TRADICIONAL	20	26,40	0,060
	INTERDISCIPLINAR	45	35,93	

\*Prova não-paramétrica U de Mann-Whitney

Tabela 2. Avaliação basal dos parâmetros clínicos e laboratoriais

PARÂMETRO	INTERDISCIPLINAR		TRADICIONAL		T	p
	n	X±SD	n	X±SD		
PA Sistólica	45	143±29	13	148±18	0,50	0,621
PA Diastólica	45	83±20	13	89±12	1,12	0,266
Peso	45	71±15	7	81±10	1,71	0,093
Creatinina	45	1,8±0,8	14	1,9±1,0	0,17	0,870
Hemoglobina	44	11,6±2,4	6	12,6±2,0	0,93	0,358
Albumina	30	4,5±1,8	2	2,6±1,7	-3,06	0,005 <sup>a</sup>
Cálcio	42	8,6±1,1	5	9,6±1,5	1,91	0,063
Fósforo	42	3,9±0,8	4	2,8±0,9	2,45	0,018 <sup>a</sup>
Potássio	42	4,5±0,6	8	5,0±1,0	1,25	0,245
Glicose	10	151±107	13	138±59	-0,35	0,734
Colesterol	38	208±51	6	196±45	-0,53	0,598

\* Resultados expressos em média ± desvio padrão Teste t de Student

<sup>a</sup> p< 0,05 Interdisciplinar vs tradicional

Tabela 3. Parâmetros clínicos e laboratoriais no período basal e após 12 meses

	TRADICIONAL				INTERDISCIPLINAR			
	n	Antes	Depois	p	n	Antes	Depois	p
Creatinina	7	1,6 ± 0,8	1,9 ± 1,1	0,204	43	1,8 ± 0,8	2,06 ± 1,1	0,115
Hemoglobina	2	10,6 ± 0,07	11,2 ± 0,5	0,374	37	11,4 ± 2,5	12,4 ± 1,7	0,003 <sup>a</sup>
Albumina	-	-	-	-	19	4,4 ± 0,85	4,2 ± 0,2	0,147
Cálcio	2	9,1 ± 0,6	8,5 ± 1,1	0,705	38	8,6 ± 1,06	9,1 ± 1,0	0,048 <sup>a</sup>
Fósforo	1	2,9	4	-	40	3,9 ± 0,85	3,9 ± 0,8	0,680
Potássio	5	4,8 ± 0,9	4,9 ± 1,7	0,897	40	4,6 ± 0,62	4,7 ± 0,6	0,308
Glicose	6	161 ± 67,9	191 ± 72,5	0,069	7	156 ± 115	112 ± 53	0,213
Colesterol	1	159	199	-	31	210 ± 52	204 ± 51	0,279
Peso	6	83 ± 8,9	53,9 ± 36,9	0,148	40	71 ± 15	59 ± 30	0,006 <sup>a</sup>
PA Sistólica	9	144 ± 20,7	149 ± 16,2	0,609	41	142 ± 28	143 ± 32	0,694
PA Diastólica	9	87,8 ± 13,01	88,9 ± 7,8	0,813	41	83 ± 20	81 ± 18	0,459

\*Resultados expressos em média ± desvio padrão (Teste t de Student)

<sup>a</sup> p < 0,05

Tabela 4. Parâmetros de qualidade de vida avaliados pelo SF-36

DOMÍNIOS DO SF-36		INTERDISCIPLINAR			TRADICIONAL		
		n	Ranque médio	p	n	Ranque médio	p
Capacidade Funcional Antes-Depois	Ranques negativos	11	18,64	0,003 <sup>a</sup>	5	12,70	0,816
	Ranques positivos	30	21,87		11	6,59	
	Empates	4			4		
	Total	45			20		
Aspectos Físicos Antes-Depois	Ranques negativos	8	9,50	0,000 <sup>a</sup>	8	7,06	0,800
	Ranques positivos	24	18,83		6	8,08	
	Empates	13			6		
	Total	45			20		
Dor Antes-Depois	Ranques negativos	14	16,11	0,142	10	10,80	0,601
	Ranques positivos		19,26		9	9,11	
	Empates	21			1		
	Total	10			20		
Estado Geral de Saúde Antes-Depois	Ranques negativos	12	18,46	0,050 <sup>a</sup>	13	11,46	0,100
	Ranques positivos	25	19,26		7	8,71	
	Empates	7			0		
	Total	45			20		
Vitalidade Antes-Depois	Ranques negativos	16	19,91	0,039 <sup>a</sup>	7	12,50	0,930
	Ranques positivos	28	23,98		11	7,59	
	Empates	1			2		
	Total	45			20		
Aspectos Sociais Antes-Depois	Ranques negativos	13	18,19	0,197	7	10,57	0,755
	Ranques positivos	22	17,89		9	6,89	
	Empates	10			4		
	Total	45			20		
Aspectos Emocionais Antes-Depois	Ranques negativos	8	8,88	0,038 <sup>a</sup>	9	7,78	0,263
	Ranques positivos	15	13,67		5	7,00	
	Empates	22			6		
	Total	45			20		
Saúde Mental Antes-Depois	Ranques negativos	17	22,15	0,243	7	14,57	0,778
	Ranques positivos	26	21,90		12	7,33	
	Empates	2			1		
	Total	45			20		

\* Prova de Wilcoxon

Ranques negativos: depois &lt; antes

Ranques positivos: depois &gt; antes

Empates: depois = antes

<sup>a</sup> p < 0,05

## ANEXO IV

Nesta sessão serão apresentados os dados individuais dos pacientes nos quadros de 1 a 5 .

Quadro 1. Dados demográficos e comorbidades individuais dos pacientes que completaram as duas fases do estudo.

Paciente	Idade (anos)	Sexo	Profissão	Grau de instrução	Comorbidades
1	79	F	do lar	FI	HA
2	52	F	do lar	FI	HA
3	44	F	aposentada	FI	LES
4	51	M	desempregado	fundamental	HA
5	66	F	do lar	fundamental	
6	78	F	do lar	FI	HA /DM
7	68	M	aposentado	FI	HA
8	76	F	aposentada	FI	
9	78	F	do lar	FI	HA
10	73	F	aposentado	analfabeta	HÁ/ Dislipidemia
11	73	F	aposentada	FI	HA /Angina
12	70	F	aposentada	FI	HA /Asma/Angina/DM
13	47	M	aposentado	FI	HA /DM
14	69	M	motorista	FI	HA /DM
15	59	F	aposentada	médio inc.	HA /DM
16	63	F	aposentada	analfabeta	
17	49	F	auxílio doença	fundamental	HÁ
18	53	M	aposentado	fundamental	HÁ
19	37	M	balconista	FI	HA
20	73	M	metalúrgico	FI	DM/ Bronquite/AVC
21	50	F	aposentada	analfabeta	HA /DM
22	50	M	marceneiro aposent.	fundamental	HA /DM
23	45	M	aposentado	FI	HÁ
24	56	F	Do lar	médio	HÁ
25	57	F	Do lar	FI	HA/DVP/IC
26	75	F	aposentada	médio	HÁ
27	47	F	do lar	médio	Epilepsia
28	49	M	comerciante	médio	HÁ
29	45	F	doméstica		HA/Bronquite
30	46	F	secretária	médio	
31	46	M	beneficiário INSS	FI	Hipotireoidismo
32	64	F	do lar	FI	HA /DM

Paciente	Idade (anos)	Sexo	Profissão	Grau de instrução	Comorbidades
33	77	M	aposentado	FI	Coronariopatia/Hipotireoidismo
34	64	M	aposentado	analfabeto	HA/Arritmia
35	40	M	pedreiro	FI	HÁ
36	51	F	aposentada	superior	DRPA
37	70	M	aposentado	FI	Adenocarcinoma reto
38	68	M	aposentado	FI	HÁ
39	69	M	aposentado	FI	HÁ
40	84	F	do lar	FI	HÁ/Arritmia/ICC
41	65	M	aposentado	FI	Glaucoma/HA
42	70	M	aposentado	FI	HA
43	41	F	passadeira	FI	
44	56	F	aposentada	médio	DM
45	59	M	professor	mestrado	HADV/P
46	54	F	do lar	FI	DM
47	57	F	aposentada	analfabeta	
48	40	F	doméstica	FI	Dislipidemia
49	57	F	aposentada	FI	HA /DM
50	51	M	aposentado	fundamental	HÁ/DM/Gota
51	72	M	aposentado	FI	
52	63	F	aposentada	analfabeta	HA /DM
53	66	M	aposentado	fundamental	DM
54	58	F	aposentada	FI	HA /DM/Dislipidemia
55	54	F	aposentada	FI	
56	61	F	aposentada	FI	HA
57	56	M	motorista	médio	HA /DM
58	55	M	aposentado	FI	HA
59	53	F	do lar	Médio	HA /DM
60	67	F	do lar	analfabeta	HA /DM
61	66	F	aposentada	fundamental	
62	54	F	dona de casa	FI	HA /DM //Hipotiroidismo
63	61	M	aposentado	fundamental	DM/Retinopatia
64	91	F	costureira	analfabeta	HA /DM
65	63	F	aposentada	FI	HA /DM

HA= Hipertensão Arterial, DM=Diabetes Mellitus, AVC=Acidente Vascular Cerebral, DVP=Doença Vascular Periférica, ICC=Insuficiência Cardíaca, DRPA=Doença Renal Policística do Adulto



Quadro 2. Dados clínicos e laboratoriais individuais dos pacientes no período basal do estudo

Paciente	Cr	Hb	Al	Ca	P	K	Glicose	Colesterol	Peso	PA
1	2,8	8,5		8,8	4,7	4,7			70,5	124x70
2	1,7	10,4		8,7	3,1	4,8		239,0	60,2	160x95
3	2,0	12,0		8,6	3,2	4,9	70,0	224,0	61,0	168x118
4	1,4	13,6	5,2	8,5	3,7			182,0	85,5	200x110
5	1,8							220,0	43,9	175x87
6	1,6	11,8	4,5	9,4	3,6	5,0	364,0	140,0	59,2	138x60
7	2,8	10,8				6,2			73,6	160x90
8	2,0	11,4	4,3	8,7	3,5	5,1			60,7	94x50
9	1,4	3,3		8,5	5,0	5,2		262,0	114,6	130x80
10	2,1	10,5		10,5	3,3	5,8	262,0	169,0	64,6	160x80
11	1,3	13,2	4,4	9,1	3,7	4,7		277,0	57,7	150x78
12	1,6	10,2	7,1	8,8	4,5	4,2		353,0	85,5	128x76
13	5,4	13,7		10,5	4,1	5,0			68,0	140x98
14	1,8	11,5	5,0	8,3	3,2	3,7		210,0	88,5	160x80
15	1,2	12,0		9,0	4,1	4,9	273,0	254,0	58,5	156x84
16	1,9	10,7	4,1	9,0	4,0	4,0		195,0	42,5	110x70
17	1,7	11,3		8,5	3,6	4,8		294,0	88,0	180x100
18	1,7	12,4	4,6	8,3	2,9	5,1		216,0	61,0	120x95
19	1,4	11,4	2,8	7,0	4,0	4,4		110,0	56,3	109x61
20	2,0	12,2	4,3	7,7		4,8		244,0	76,7	150x55
21	1,2	13,0	4,3	9,6	4,4	4,8		247,0	74,5	192x110
22	3,0	12,0		8,3	3,2	4,2			82,8	110x69
23	3,3	12,5	4,5	7,6	5,6	3,6		244,0	92,1	210x149
24	2,3	13,4	3,9		3,4	4,9	65,0	216,0	72,7	102x60
25	1,1	13,4	3,9	8,3	2,8	4,6		200,0	90,6	150x80
26	1,3	14,0	4,2	8,9	5,2	4,8		221,0	79,7	184x96
27	0,9	12,6		7,6	4,5	4,4		200,0	49,0	118x65
28	1,8	13,4		10,5	3,2	4,8		219,0	87,7	129x81
29	2,0	9,1	3,6	7,5	2,9	3,7	73,0	170,0	55,3	194x123
30	1,2	13,3	5,0	8,4	3,7	4,1		248,0	62,5	130x100
31	1,4	14,7	5,3	9,1	4,5	5,2	127,0	213,0	85,3	131x85
32	1,7	10,6		8,8	4,3	4,5		161,0	76,5	140x60

Paciente	Cr	Hb	Al	Ca	P	K	Glicose	Colesterol	Peso	PA
33	1,6	11,7	4,6	11,0	3,4	4,2	101,0	122,0	75,6	143x81
34	1,5	12,8	4,1	8,3	2,9	4,3		216,0	55,3	125x57
35	1,7	14,8	4,6	8,3	4,0		96,0		85,5	150x110
36	1,5	10,5	3,6	7,5	2,9	3,7		170,0	61,8	150x90
37	2,9	14,5		7,3	5,3	4,9			67,8	100x70
38	1,2	13,2	4,4	7,7	2,2	3,0		145,0	85,5	119x67
39	1,3	14,2	5,0	10,3	2,7	4,0		211,0	66,3	200x92
40	1,9	7,9	6,1	6,5	4,8	4,6		173,0	51,0	120x66
41	1,7	3,7	4,3	7,6	3,5	4,1		132,0	69,0	150x80
42	3,8	9,7	3,6	6,8	4,1	5,5		122,0	65,3	137x73
43	0,9	10,4	4,0	8,1	3,9	3,8		240,0	66,6	126x83
44	0,9	11,7	4,4	10,5	6,0	4,4	85,0	257,0	56,8	128x69
45	1,5	14,0	4,4	9,8	4,8	4,0		186,0	94,9	104x66
46		12,2	3,8	11,6	1,6	5,4				
47										
48	0,9									160x110
49		12,8	1,4	9,1	3,7					
50	2,4	15,9					140,0	148,0		160x100
51										
52	1,0						278,0			160x100
53		10,7					180,0			
54										
55	1,8			9,1	2,9	4,7	76,0		94,0	140x80
56	1,1					4,5	87,0	271,0	69,1	160x100
57	2,8						78,0	217,0		160x80
58	1,9							182,0	90,8	120x90
59	0,8	13,4				3,8	117,0	159,0		
60	4,3					6,7	106,0		82,7	110x70
61	0,8						148,0		84,1	130x80
62	1,5						212,0		76,0	170x100
63	2,8					4,8	135,0			160x90
64	2,0			9,5	2,9	4,1	81,0	2,0		140x80
65	2,4	10,6		8,7		6,1	163,0		70,0	150x80

Cr=Creatinina Hb=Hemoglobina Al=Albumina Ca=Cálcio P=Fósforo K=Potássio  
PA=Pressão Arterial

Quadro 3. Dados clínicos e laboratoriais individuais dos pacientes no período final do estudo

Paciente	Cr	Hb	Al	Ca	PTH	Potássio	Glicose	Colesterol	Peso	PA
1	3,2	13,0	4,4	10,0	3,4	5,4			66,7	146x77
2	1,6	10,9	4,7	8,3	3,8	3,8		209,0	60,7	146x79
3	1,8	14,0	6,7	7,9	4,8	4,3	82,0	197,0	61,3	142x100
4	1,4								84,6	180x120
5	3,8	10,8				5,0				
6	1,6	10,1	4,2	10,2	4,5	5,5	228,0	148,0	53,7	115x40
7	2,7	11,6	4,3	7,7	4,8	5,2		154,0	79,4	140x80
8	2,2	11,4	4,1	8,5	3,3	4,4		143,0	57,2	117x62
9	2,9	9,8	4,4	8,3	5,7	4,4		266,0	103,3	121x49
10	2,1			7,4	5,1	4,8		185,0		200x80
11	1,2	13,7	4,2	9,5	2,8	4,8		259,0	57,9	183x91
12	2,8	9,2	4,1	8,1	5,2	4,4		365,0	67,7	220x110
13	4,3	13,4	4,2	9,1	4,7	5,1		184,0	65	150x105
14	2,3	11,2	4,5	8,4	3,2	4,8		260,0	88	157x74
15	1,4	11,5		10,5	3,9	4,4	90,0		60	106x60
16	1,3	10,8	4,3	7,9	3,3	4,6		233,0	43,4	119x73
17	1,6	11,1	4,6	8,6	4,6	5,2		225,0	88,9	190x100
18	1,3	12,5		9,2	4,5	4,3		228,0	57	107x63
19	4,0	11,9		6,8	4,8	4,8			61,6	110x70
20										
21	1,6	13,5	4,0	9,1	3,3	5,2		230,0	73,9	202x110
22	2,1	12,6		9,0	4,2	5,2		273,0	81	119x67
23	4,4	13,6	4,0	9,0	3,3	3,6		223,0	103,8	210x100
24	1,8	14,8		8,9	4,6	4,6		141,0	75,3	132x93
25	1,1	13,3	4,6	10,6	5,8	5,1	114,0	229,0	83,5	190x89
26	0,9	14,5		9,8	4,3	5,3	107,0	245,0	72,1	150x100
27	0,6	12,9		9,2	4,2	3,9	74,0	200,0	50,2	120x80
28	1,4	14,2	5,1	7,9	3,6	4,3	100,0	215,0	92,2	120x80
29	1,4	14,0	4,0	9,0	3,0	5,0	94,0	186,0	65	171x103
30	1,0			8,5	4,2	4,3		248,0	63,3	125x65
31	1,0	15,0		10,3	3,2	4,3	82,0	177,0	87,9	118x71
32	1,9			10,1	4,4	4,5	93,0		74,3	137x73

Paciente	Cr	Hb	Al	Ca	P	K	Glicose	Colesterol	Peso	PA
33	1,2	13,8	4,4	10,4	3,4	3,7	81,0	108,0	82,8	106x56
34	1,4	14,9		10,8	2,8	4,7	91,0	231,0	52	150x90
35	1,6			10,8	5,1	4,4			86	140x94
36	1,4	12,6	4,0		3,4	4,6	77,0	180,0	66,1	107x71
37	3,7	14,4	4,2	7,8	3,7	6,3	96,0	130,0	74,1	168x103
38	1,0	14,4	4,3	10,8	3,3	3,8	99,0	156,0		
39										
40	4,6	9,1	4,0	8,3	4,0	6,0	87,0	159,0	51,8	130x60
41	2,1	10,8	4,4	9,4	2,8	4,0	89,0	161,0	71,1	120x80
42	5,1	8,9	3,6	7,8	3,9	5,4	91,0	122,0	67,5	147x82
43	1,2	11,5	3,8	9,9	4,1	4,8	70,0	203,0	70,9	130x86
44	1,0	12,0	4,4	9,2	3,8	4,1	125,0	181,0	60,1	106x63
45	1,6	12,8	4,5	9,2	3,0	4,3	90,0	159,0	95,5	136x77
46						3,8	129,0			180x80
47							120,0	88,0		130x80
48	0,5	14,2				5,1	154,0	150,0	79,4	140x90
49							220,0			160x100
50										
51							93,0			140x80
52							278,0			160x100
53	1,3	10,9					273,0			160x100
54	1,0	12,9		10,0	2,5	4,8	188,0			160x100
55						5,3		83,0	92	130x90
56										
57	3,2		3,8	8,1	4,6	5,2	95,0		70,4	160x90
58	2,0								93,4	130x90
59	1,1					3,8	144,0	199,0		110x70
60								90,0	54,6	160x80
61	0,8						168,0	227,0	90	170x100
62									80,5	160x80
63										
64	2,2	13,0		7,7	4,0	4,9				
65	3,3	11,6	4,5	9,3	4,0	6,6	188,0	179,0	76,8	130x80

Cr=Creatinina Hb=Hemoglobina Al=Albumina Ca=Cálcio P=Fósforo K=Potássio  
PA=Pressão Arterial

Quadro 4. Dados de qualidade de vida individuais dos pacientes no período basal do estudo

<b>Paciente</b>	<b>CF</b>	<b>AF</b>	<b>Dor</b>	<b>EGS</b>	<b>Vitalidade</b>	<b>AS</b>	<b>AE</b>	<b>SM</b>
1	25	0	12	30	40	38	100	44
2	75	0	100	62	45	100	100	36
3	5	0	22	25	40	13	100	44
4	10	0	100	35	50	13	100	36
5	65	50	32	62	80	100	100	64
6	55	50	0	30	10	13	0	12
7	30	0	40	20	10	38	100	16
8	15	0	42	40	35	38	0	24
9	30	0	32	65	50	50	0	44
10	25	0	12	77	25	13	100	44
11	45	0	10	55	55	13	100	36
12	85	0	42	45	40	100	0	48
13	80	75	100	57	70	100	100	64
14	95	50	100	92	90	100	0	56
15	80	25	41	77	45	88	0	52
16	80	50	100	87	90	100	100	68
17	45	50	41	65	45	100	100	32
18	90	75	61	75	75	75	100	68
19	90	100	84	87	80	100	100	76
20	25	100	31	70	55	50	100	68
21	70	100	61	70	70	75	100	36
22	95	100	100	77	95	100	100	76
23	80	100	84	50	75	100	100	76
24	90	100	100	92	85	88	100	68
25	55	75	22	30	55	50	0	28
26	90	0	100	97	100	88	100	76
27	40	0	62	37	30	38	0	40
28	85	25	74	72	100	100	0	60
29	50	25	51	5	25	50	0	44
30	100	100	100	57	50	38	0	16
31	55	0	100	25	60	50	100	52
32	50	100	51	42	55	88	0	36

Paciente	CF	AF	Dor	EGS	Vitalidade	AS	AE	SM
33	30	0	32	52	50	75	0	28
34	65	50	72	17	65	75	67	48
35	85	100	84	87	80	63	100	60
36	95	100	61	92	75	100	100	72
37	50	0	41	45	20	100	100	44
38	95	100	72	57	70	100	100	48
39	95	100	100	82	95	100	100	76
40	25	50	74	42	50	88	100	56
41	85	25	100	87	80	88	0	68
42	100	0	100	37	65	88	100	56
43	40	0	41	77	35	62	33	28
44	90	100	84	57	65	100	100	76
45	25	25	22	47	20	33	38	48
46	90	100	62	50	10	100	100	36
47	40	0	25	30	10	25	0	8
48	90	100	100	87	90	100	100	68
49	30	25	20	25	30	25	33	20
50	70	100	84	55	60	100	100	68
51	25	25	0	61	35	50	75	0
52	20	0	0	10	25	25	0	12
53	85	0	51	22	70	75	67	40
54	20	50	22	40	25	88	0	36
55	30	75	51	62	40	88	33	36
56	40	25	84	85	30	50	33	40
57	55	100	100	32	70	50	100	68
58	70	25	84	62	45	63	100	25
59	45	0	0	40	10	13	0	4
60	30	0	22	82	75	50	0	16
61	20	25	100	65	60	100	100	72
62	65	100	20	55	85	100	100	68
63	20	0	40	25	60	25	100	32
64	55	0	61	82	50	63	0	64
65	55	0	61	30	35	100	100	60

CF=Capacidade Funcional AF=Aspectos Físicos AS=Aspectos Sociais AE=Aspectos Emocionais SM=Saúde Mental

Quadro 5. Dados de qualidade de vida individuais dos pacientes no período final do estudo

<b>Paciente</b>	<b>CF</b>	<b>AF</b>	<b>Dor</b>	<b>EGS</b>	<b>Vitalidade</b>	<b>AS</b>	<b>AE</b>	<b>SM</b>
1	45	50	42	72	55	50	100	60
2	85	100	100	92	85	100	100	68
3	40	75	22	67	85	63	100	68
4	80	100	72	52	65	50	100	48
5	80	100	51	62	75	63	67	48
6	65	100	61	92	85	100	100	60
7	30	0	62	35	70	25	0	24
8	50	0	41	42	50	50	33	36
9	35	100	61	65	60	100	100	56
10	65	100	84	87	85	100	100	64
11	70	100	10	62	85	100	33	40
12	80	100	72	45	70	100	100	60
13	100	100	84	40	55	75	100	40
14	100	100	100	92	90	100	100	72
15	60	0	31	47	25	50	33	16
16	100	100	100	97	100	100	100	72
17	60	100	100	77	65	100	100	68
18	100	100	84	100	100	100	100	72
19	100	75	100	97	100	100	100	76
20	70	75	72	87	15	88	33	20
21	100	100	72	60	95	88	67	44
22	100	100	100	100	100	100	100	72
23	95	100	72	62	60	100	100	64
24	100	100	100	97	90	100	67	72
25	40	0	22	15	25	37	0	20
26	90	100	100	82	85	100	100	64
27	55	100	74	37	75	75	100	56
28	95	100	84	60	75	75	100	68
29	35	0	41	5	20	50	0	28
30	95	75	72	77	65	63	100	44
31	55	75	51	62	65	62	67	64
32	35	100	100	77	100	100	100	60

Paciente	CF	AF	Dor	EGS	Vitalidade	AS	AE	SM
33	95	100	72	82	95	100	100	72
34	100	100	100	82	85	100	100	64
35	50	0	41	27	35	100	100	52
36	90	50	72	92	55	75	100	60
37	75	100	100	25	25	87	100	40
38	95	100	40	77	60	75	100	48
39	100	100	100	87	85	100	100	72
40	85	50	52		45	62	100	36
41	55	100	41	52	50	50	100	40
42	35	0	22	20	25	25	0	20
43	90	100	74	52	65	75	100	52
44	75	100	74	52	70	75	100	52
45	65	25	41	92	75	100	100	68
46	90	100	100	62	70	100	100	60
47	40	0	10	10	45	13	0	24
48	45	0	51	20	30	50	0	20
49	50	100	0	57	30	63	100	36
50	85	100	100	72	85	100	100	72
51	35	75	51	35	40	75	33	16
52	20	25	20	5	15	100	100	4
53	95	100	41	17	80	75	100	44
54	40	0	72	5	60	100	100	52
55	50	0	41	47	55	38	0	48
56	55	0	84	70	35	100	0	40
57	55	50	62	50	25	50	67	24
58	90	0	31	77	55	100	100	44
59	0	0	12	30	10	25	0	16
60	70	50	62	52	55	62	33	28
61	25	0	22	30	20	37	0	12
62	15	0	22	0	20	12	0	12
63	80	75	74	52	70	75	0	52
64	15	0	0	15	30	25	0	24
65	25	0	22	35	45	37	0	24

CF=Capacidade Funcional AF=Aspectos Físicos AS=Aspectos Sociais AE=Aspectos Emocionais SM=Saúde Mental



## ANEXO V

Nesta sessão serão demonstrados os resumos apresentados em congressos, além de um artigo de revisão, intitulado de “Qualidade de Vida e Doença Renal Crônica”, que foi enviado para publicação na Revista *Psicologia em Estudo*.

### Resumo 1

#### **Quality of Life (QOL) in the Patients with Chronic Kidney Disease (CKD): Effects of Accompaniment of the Multiprofessional Teamwork**

Trabalho apresentado sob a forma de poster no World Congress of Nephrology 2007 e publicado no Book of Abstracts - World Congress of Nephrology 2007, p. 180. Este trabalho refere-se aos resultados finais do presente estudo.

**Authors:** Fabiane Rossi dos Santos, Simone Lima, Natália Fernandes, Marcus Gomes Bastos, Maria Stella Filgueiras, Rogério Baumgratz de Paula

**Introduction:** The accompaniment of the multiprofessional teamwork on patients with CKD can optimize the cares of health and improve the quality of life (QOL) of this population. The **objective** of this study was to determine the effects of the accompaniment of the multiprofessional teamwork in the QL of patients with CKD in treatment conservative. **Methodology:** The cohort prospective study was undertaken. Research carried through in Program PREVENRIM, with accompaniment multiprofessional (Nurse, Doctor, Psychologist, Nutritionist and Social Assistant) and in the SCHDO (Control service of Hypertension, Diabetes and Obesity), with only the conventional medical attendance. QL was evaluated through instrument SF-36, that evaluates: Functional capacity, Physical Aspects, Pain, General State of Health, Social and Emotional Vitality, Aspects and Mental Health. Demographic, clinical and laboratorials parameters were evaluated: Creatinin, Hemoglobin, Albumin, Calcium, Phosphoro, Potassium, Cholesterol, Glicemia, Weight and Arterial Pressure. The evaluations were carried through in periods of entrance of the patients in ambulatory and after 12 months. For analysis statistics was used Test of Wilcoxon for evaluation before and after questionnaire SF-36 and Test T paretated for laboratorials data of patients in the PREVENRIM and in the SCHDO. The Test U of Mann-Whitney was used to compare the SF-36 between patients of PREVENRIM and SCHDO. The Test T for independent samples was used to compare laboratorials data of the two programs. **Results:** 50 patients in the Program PREVENRIM and 25 in the SCHDO were assessed. 5 patients of each program had been excluded for death or dialysis. The mean of age in both of programs was of 60 years. Most of the evaluated patients was female (60%) and have under the 8 years of education (86%). The majority of the patients in the PREVENRIM were in stage II and IV of the Renal Illness (84%). Registers on the stage of the illness in the biggest part (90%) of records of the SCHDO had not been found. There were more registers of Hypertension and Cardiovascular Disease in the PREVENRIM, and of Diabetes and Dislipidemia in the SCHDO. After one year of accompaniment, patients of the PREVENRIM had presented improvement of the Hemoglobin ( $p=0,003$ ), Calcium ( $p=0,048$ ) and Weight ( $p=0,006$ ). In the evaluation of quality of life the group followed for the multiprofessional teamwork got improvement with relation to the Functional Capacity ( $p = 0,003$ ), Physical Aspects ( $p=0,000$ ), General State of Health ( $p=0,050$ ), Vitality ( $p=0,039$ ) and Emotional Aspects ( $p=0,038$ ), that was not observed in the SCHDO group. **Conclusion:** Patients attended by multiprofessional teamwork had presented comparative QOL better than the patients who had received only medical attendance conventional.

## Resumo 2

### **Efeitos da abordagem interdisciplinar na qualidade de vida de pacientes com Doença Renal Crônica**

Trabalho apresentado sob a forma de tema livre e premiado em primeiro lugar no Fórum Mineiro de Psicologia Hospitalar 2006. Este trabalho refere-se aos resultados parciais do presente estudo.

**Autores:** Fabiane Rossi dos Santos, Maria Stella Tavares Filgueiras, Rogério Baumgratz de Paula

**Introdução:** O impacto do diagnóstico da Doença Renal Crônica pode trazer perdas que vão além da função renal. A evolução da doença pode trazer significativas mudanças na qualidade de vida de pacientes renais crônicos, envolvendo alterações corporais, sociais e psíquicas. Grande parte dos programas de atendimento a pacientes com Doença Renal Crônica são focados em pacientes já em terapia renal substitutiva. Porém, o acompanhamento precoce destes pacientes, ainda em tratamento conservador, pode proporcionar aos profissionais de saúde intervenções que busquem retardar a entrada destes em diálise, bem como reforçar uma maior adesão ao tratamento. A abordagem de pacientes em tratamento conservador através de equipes interdisciplinares torna-se fundamental, uma vez que se destina a uma abordagem global desta população, e pode ter como consequência uma melhoria da qualidade de vida destes pacientes.

**Objetivo:** Avaliar os efeitos da abordagem interdisciplinar na qualidade de vida de pacientes com Doença Renal Crônica em tratamento conservador.

**Materiais e métodos:** O presente estudo caracteriza-se pela apresentação dos resultados parciais de uma dissertação de mestrado. Foram avaliados até o presente momento 35 pacientes em fase pré-dialítica, divididos em dois grupos: grupo I (n=24), que recebeu acompanhamento interdisciplinar (enfermeiro, médico, nutricionista, psicólogo e assistente social); grupo II (n=11), que recebeu apenas o atendimento médico convencional. Para avaliação da qualidade de vida utilizamos o instrumento SF-36, que analisa: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. O instrumento foi aplicado no período de entrada dos pacientes no Serviço e após doze meses. Foram comparados os resultados de cada grupo no início do tratamento e após um ano de acompanhamento. Em fase posterior do estudo serão também comparados dados laboratoriais entre os dois grupos, buscando-se observar uma melhoria também nestes parâmetros no grupo acompanhado pela equipe interdisciplinar.

**Resultados:** Os dois grupos analisados foram semelhantes quanto à média de idade, escolaridade, sexo e presença de co-morbidades. Após um ano de acompanhamento os pacientes do grupo I apresentaram escores superiores no SF-36 nos itens: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade e aspectos sociais. Pacientes do grupo controle (grupo II) apresentaram melhores escores apenas em capacidade funcional, vitalidade e saúde mental após doze meses.

**Conclusão:** Resultados iniciais sugerem que pacientes portadores de Doença Renal Crônica acompanhados por equipe interdisciplinar apresentaram melhores indicadores de qualidade de vida que o grupo acompanhado de forma convencional.

## **Artigo de revisão**

Qualidade de Vida e Doença Renal Crônica

### **Autores:**

#### **Fabiane Rossi dos Santos**

Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Nefrologia - Universidade Federal de Juiz de Fora

Mestranda em Saúde Brasileira-Universidade Federal de Juiz de Fora

#### **Maria Stella Tavares Filgueiras**

Universidade Federal de Juiz de Fora – Faculdade de Psicologia

Doutora em Psicologia Clínica - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

#### **Marcus Gomes Bastos**

Universidade Federal de Juiz de Fora – Faculdade de Medicina

Doutor em Nefrologia – Escola Paulista de Medicina

#### **Rogério Baumgratz de Paula**

Universidade Federal de Juiz de Fora – Faculdade de Medicina

Doutor em Nefrologia – Escola Paulista de Medicina

### **Endereço para correspondência:**

Fabiane Rossi dos Santos

Av. Andradas, 553/1106-Bloco B Centro - Juiz de Fora/MG 36036-000

Tel: (32)3216-5234

(32) 9121-7369

e-mail: [fabpsic@yahoo.com.br](mailto:fabpsic@yahoo.com.br)

\* Artigo de revisão baseado na dissertação de mestrado de Fabiane Rossi dos Santos, intitulada: “Efeitos da abordagem interdisciplinar na qualidade de vida de pacientes com Doença Renal Crônica”.

### **Qualidade de Vida e Doença Renal Crônica**

O impacto do diagnóstico da Doença Renal Crônica pode causar mudanças significativas na qualidade de vida de pacientes renais crônicos, envolvendo alterações corporais, sociais e psíquicas. O acompanhamento precoce destes pacientes no período pré-dialítico proporciona aos profissionais de saúde a oportunidade de implementar intervenções que busquem retardar a entrada destes em diálise, bem como reforçar a adesão ao tratamento. No presente artigo os autores fazem uma revisão da Doença Renal Crônica e sua influência na qualidade de vida, discutem os instrumentos utilizados para avaliar a qualidade de vida na população de renais crônicos, bem como a importância de intervenções interdisciplinares na melhoria da qualidade de vida dessa população.

Palavras-chave: doença renal crônica; qualidade de vida; diálise

### **Life Quality and Chronic Renal Disease**

The impact brought about by a diagnosis of Chronic Renal Disease may significantly affect the life quality of chronic renal patients, through body, social, and psychic changes. If such patients are followed since before dialysis becomes necessary, health professionals may implement interventions in order to both postpone dialysis and strengthen treatment compliance. The authors review Chronic Renal Disease and its influence on life quality, discuss the tools used to assess the life quality of chronic renal patients, and analyze the importance of interdisciplinary interventions to improve the life quality of this population.

Key-words: chronic renal disease; life quality; dialysis

### **Calidad de vida de la Enfermedad Renal Crónica**

El impacto del diagnóstico de la Enfermedad Renal Crónica puede causar cambios significativos en la calidad de vida de los pacientes renales crónicos, respecto a alteraciones corporales, sociales y psíquicas. El acompañamiento precoz de estos pacientes en el período predialítico proporciona a los profesionales de salud la oportunidad de establecer intervenciones que busquen retardar la entrada de estos en diálisis, así como reforzar la adhesión al tratamiento. En el presente artículo los autores hacen una revisión de la Enfermedad Renal Crónica y su influencia en la calidad de vida, discuten los instrumentos utilizados para evaluar la calidad de vida en las poblaciones de renales crónicos, así como la importancia de intervenciones interdisciplinarias en la mejoría de la calidad de vida de esa población.

Palabras-llaves: enfermedad renal crónica; calidad de vida; diálisis.

## Qualidade de Vida e Doença Renal Crônica

### Doença Renal Crônica

Segundo a *National Kidney Foundation* (NKF) em seu documento *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (K/DOQI), a Doença Renal Crônica (DRC) consiste em uma lesão presente por três meses ou mais, caracterizada por anormalidades estruturais ou funcionais do rim, com ou sem diminuição do ritmo de filtração glomerular (RFG). A DRC manifesta-se por anormalidades patológicas e pode ser diagnosticada através de marcadores de lesão renal, incluindo alterações nos exames de imagem ou alterações sanguíneas ou urinárias: RFG  $<60 \text{ mL/min/1,73m}^2$  por um período maior ou igual a três meses, com ou sem lesão renal ( K/DOQI, 2002).

Uma vez atingida a fase avançada de falência renal, os pacientes renais crônicos podem ser submetidos a três tipos de tratamento: diálise peritoneal, hemodiálise ou transplante renal. A detecção precoce da Doença Renal e instituição de condutas terapêuticas apropriadas para o retardo de sua progressão podem atenuar o sofrimento dos pacientes e os custos financeiros associados à DRC (JUNIOR, 2004).

Intervenções educativas na pré-diálise podem protelar a entrada de pacientes em terapia renal substitutiva (TRS) e melhor prepará-los para o tratamento. Em uma análise de 297 pacientes com DRC entre 6 e 18 meses, o tempo para o início da terapia dialítica foi relativamente mais longo para o grupo que recebeu intervenção psico-educacional na pré-diálise em relação ao grupo-controle, que recebeu cuidados usuais. Os autores sugerem que a aquisição de conhecimento sobre a doença, através da intervenção psico-educacional pode

protelar o tempo de entrada em diálise de pacientes com DRC (DEVINS, MENDELSSOHN, BARRÉ, BINICK, 2003).

As atividades educativas podem ser de grande importância na pré-diálise, uma vez que fornecem aos pacientes conhecimentos em relação à doença e maior adesão ao tratamento.

Em um estudo que avaliou 28 pacientes urêmicos, os resultados mostraram que os pacientes que participaram de um grupo educativo tiveram escores significativamente melhores de humor, mobilidade, aptidão funcional e níveis de ansiedade quando comparados com um grupo sem intervenção do programa, demonstrando os efeitos do processo educativo na fase pré-dialítica. (KLANG, BJORVELL, BERLUNG, SUNDSTEDT, LYNE, 1998).

A eficácia da abordagem educativa na DRC também foi observada no *US National Pré-End-Stage Renal Disease (pré-ESRD) Education Initiative*, no qual foram abordados 15000 pacientes. Os resultados do programa sugerem que a educação dos pacientes influencia na escolha do tipo de tratamento, independentemente de raça, idade, e comorbidades. Através do fornecimento de informação, a escolha pela realização da diálise peritoneal pode ser aumentada, e esta pode proporcionar melhor qualidade de vida no tratamento. A educação precoce de pacientes durante o curso da doença pode oferecer benefícios para os mesmos, como melhores resultados no tratamento, redução de ansiedade, melhores perspectivas de continuidade do tratamento, maior tempo para entrada em diálise e melhor oportunidade de intervenção para retardar a progressão da doença (GOLPER, 2001).

Conclui-se, portanto, que o desenvolvimento de atividades educativas na fase pré-dialítica pode fornecer maiores informações sobre a doença, reforçar a adesão ao tratamento e melhor preparar os pacientes para a TRS. É importante também que sejam realizadas intervenções que visem não somente o repasse de informações, mas que também



possibilitem um espaço de elaboração por parte destes pacientes com relação a todas as orientações recebidas e conseqüentemente todas as mudanças nos hábitos de vida que se tornam necessárias.

Classicamente o tratamento da DRC consiste quase que exclusivamente no cuidado a pacientes em estágios mais avançados da doença, próximo à entrada em terapia renal substitutiva. Porém, a evolução da DRC dependerá muito da qualidade do atendimento prestado muito antes do desenvolvimento da falência renal. Por propiciar a identificação de problemas que vão além do aspecto médico do paciente, o acompanhamento interdisciplinar de pacientes em tratamento conservador pode otimizar os cuidados de saúde no decorrer da evolução da doença e do tratamento (BASTOS et al., 2004). Desta forma, através do trabalho interdisciplinar pode-se obter uma melhoria da qualidade de vida destes pacientes, uma vez que o objetivo deste destina-se a uma abordagem global da população atendida.

### **Doença Renal Crônica e Qualidade de Vida**

A Organização Mundial de Saúde definiu o termo Qualidade de Vida 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., 2000). O conceito de qualidade de vida abrange o “viver bem” em pelo menos quatro áreas: social, afetiva, profissional e a que se refere à saúde. Trata-se de um conceito multifatorial, caracterizado pela sensação de bem-estar físico e de satisfação emocional, psíquica e social do indivíduo (REIS e GLASHAN, 2001).

O conceito de qualidade tem sido utilizado junto aos serviços de saúde desde 1970, mas inicialmente mostrava-se apenas relacionado a melhorias no atendimento ambulatorial e hospitalar. Posteriormente este conceito passou a ser vinculado aos pacientes, surgindo assim instrumentos genéricos e específicos para avaliação da qualidade de vida dos mesmos (CASTRO, CAIUBY, DRAIBE, CANZIANI, 2003). Em 1991, mais de 160 diferentes

instrumentos de avaliação foram publicados. O interesse pelo tema cresceu também no que diz respeito às mensurações de qualidade de vida de pacientes portadores de DRC, uma vez que esta reduz a capacidade física, tem um impacto negativo sobre os níveis de energia e vitalidade, e limita as interações sociais, suscitando problemas ligados à saúde mental. Em decorrência disto, as avaliações de qualidade de vida passaram a incluir dados sobre condição física, psicológica e social, além do impacto dos sintomas da doença e tratamento na qualidade de vida. (DUARTE, 2003).

Nos últimos anos passou-se a reconhecer a importância da visão do paciente a respeito de sua doença. A melhor medida de qualidade de vida não significa desta forma a frequência com que um serviço médico é oferecido a um paciente, mas o quanto os resultados obtidos se aproximam dos objetivos fundamentais de prolongar a vida, aliviar a dor, restaurar a função e prevenir a incapacidade (CICCONELLI, 1997).

### **Instrumentos de avaliação da qualidade de vida na Doença Renal Crônica**

Os instrumentos para a avaliação da qualidade de vida podem ser classificados de acordo com a aplicação ou com o foco. A escolha do instrumento depende do objetivo da proposta e da população a ser estudada, surgindo assim a necessidade de se adaptar o instrumento ao grupo específico de trabalho (BERTANI, 2005).

Quanto à aplicação, os instrumentos podem ser divididos em avaliativos, preditivos e discriminativos. Quanto ao foco, se dividem em genéricos, específicos e modulares. Os primeiros avaliam conceitos básicos e relevantes de saúde e bem-estar de qualquer indivíduo. Os instrumentos específicos, por sua vez, focalizam os problemas associados a doenças específicas, grupos de pacientes ou funções, sendo mais sensíveis a mudanças de fatores relacionados à doença ou tratamento. Os modulares associam ambas as medidas, genéricas e específicas (DINIZ, 2005).

Valderrabano et al. (2001) destacam a importância do uso de instrumentos específicos para funções, que são escalas e testes que avaliam mais especificamente os domínios abordados pelos instrumentos de qualidade de vida, como inventários específicos para avaliação de sintomatologia depressiva e de ansiedade.

Alguns pontos são imprescindíveis para a escolha do instrumento a ser utilizado para a avaliação da qualidade de vida. Primeiramente, é preciso avaliar as características da população a ser estudada. Deve-se ainda optar por instrumentos de fácil aplicação e compreensão e verificar, de acordo com as características da população, se é melhor a auto-aplicação ou a mediação de um entrevistador, que deverá ser previamente treinado. É imprescindível ainda, verificar se o instrumento que se pretende utilizar possui suas propriedades de medida, reprodutibilidade, validade e suscetibilidade comprovadas para a população alvo.

Um instrumento bastante utilizado na avaliação de pacientes com doenças crônicas é o SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey*), que avalia: desempenho das atividades diárias, como cuidar de si e vestir-se; repercussão da saúde física no desempenho das atividades; nível de dor e seu impacto; percepção subjetiva do estado de saúde; influência da condição física nas atividades sociais, no estado emocional e na saúde mental (CASTRO et al., 2003). Este instrumento é bastante utilizado na análise da qualidade de vida de pacientes com DRC já em fase dialítica. Em estudo realizado com 184 pacientes em hemodiálise foi avaliada a qualidade de vida dos pacientes em diferentes tempos de hemodiálise. Neste estudo, foi verificada correlação negativa entre idade e capacidade funcional, aspectos físicos, dor e vitalidade; entre tempo de hemodiálise e aspectos emocionais. Por outro lado, foi constatada correlação positiva entre escolaridade e aspecto emocional e entre hemoglobina e vitalidade. Com base nestes resultados, os autores apontaram o SF-36 como um importante instrumento para análise de pacientes em

hemodiálise, destacando-se a importância de aspectos como a doença crônica, a necessidade de tratamento contínuo, a idade avançada e a presença de co-morbidades na qualidade de vida desta população (CASTRO et al., 2003).

Em um outro estudo no qual foi utilizado o SF-36 em 304 pacientes em diálise, foi verificado que a escala teve uma aceitabilidade maior que 80%. Pacientes diabéticos tiveram escores significativamente piores nos aspectos físicos e pacientes com problemas de saúde mental escores significativamente menores nos aspectos de saúde mental. Em média as mulheres obtiveram escores menores e o impacto do envelhecimento foi mais evidente nas escalas físicas. O SF-36 constitui, portanto, um questionário de fácil aplicação para pacientes em diálise e pode ser correlacionado com variáveis clínicas para melhor avaliação da qualidade de vida. (MARTINEZ-CASTEANO, GORRIZ, GARCIA-LOPEZ, LOPEZ-REVUELTA, ALAVRO, CRUZADO, 2004).

A presença de co-morbidades pode, portanto, estar associada à redução da qualidade de vida de pacientes com DRC, sendo importante realizar avaliações que correlacionem a influência destas co-morbidades na sobrevida destes pacientes.

Com o objetivo de observar a relação entre a qualidade de vida e mortalidade, 318 pacientes em diálise foram avaliados através do SF-36. Durante o estudo 80 pacientes morreram, os quais haviam apresentado os piores escores físicos e mentais do SF-36. O componente *Saúde Mental* do SF-36 foi relacionado com as causas de mortalidade e mais dias de internação, o que demonstrou que a *Saúde Mental* foi um fator preditor independente de morbi-mortalidade, principalmente entre pacientes diabéticos (REVUELTA, LOPEZ, MORENO, ALONSO, 2004).

A influência da DRC na qualidade de vida foi também avaliada em pacientes australianos através do SF-36. Os autores observaram um déficit significativo em todas as escalas do instrumento, exceto *Vitalidade* e *Saúde Mental*. Pacientes que apresentavam

outras co-morbidades obtiveram escores mais baixos: a *Saúde Mental* foi particularmente prejudicada no grupo mais jovem e os *Aspectos Físicos* no grupo mais idoso com Doença Renal. Os autores ressaltaram a importância da intervenção clínica para a preservação da função renal para uma melhoria do impacto negativo da DRC na qualidade de vida (CHOW et al., 2003).

Fatores como idade e presença de diabetes podem, portanto, ter influência significativa na qualidade de vida de pacientes com DRC, sendo fundamentais intervenções que visem a melhoria do quadro clínico destes pacientes para uma melhor qualidade de vida.

Além da avaliação de qualidade de vida de pacientes em diálise, o SF-36 pode ser também utilizado para avaliações relacionadas ao transplante renal. Em estudo realizado por Pereira et al (2003) observou-se que os escores obtidos nos transplantados e nos pacientes em hemodiálise foram todos inferiores aos relatados pela população normal. Os escores dos transplantados renais foram melhores do que os obtidos com os pacientes em hemodiálise, e não foram estatisticamente diferentes à população geral em cinco dimensões do SF-36. Os transplantados renais apresentaram escores superiores aos pacientes em hemodiálise e mais próximos aos de indivíduos saudáveis, demonstrando que o transplante traz melhorias na reabilitação física, mental e social dos pacientes.

O impacto do transplante na qualidade de vida de pacientes renais também foi avaliado através do SF-36 em um estudo que teve como objetivo observar as diferenças entre grupos de pacientes transplantados com doador vivo e doador cadáver. Neste estudo, um total de 347 pacientes foi avaliado através do SF-36 e do *Transplant Effects Questionnaire*. Pacientes transplantados demonstraram percepção da qualidade de vida satisfatória, principalmente com relação ao bem-estar emocional. Níveis de qualidade de vida encontrados foram equivalentes em ambos os grupos. As diferentes formas de

transplante podem acarretar diferentes respostas, embora sem diferença aparente na qualidade de vida. (GRIVA, 2002).

O SF-36 pode, portanto, ser um importante instrumento para avaliação da qualidade de vida não somente em pacientes em diálise, mas também em pacientes transplantados, além de ser um recurso para estudos comparativos entre pacientes em hemodiálise e transplantados, bem como entre pacientes transplantados com doador vivo e doador cadáver.

Além disto, o SF-36 pode também ser um instrumento para avaliação da relação entre mortalidade e qualidade de vida. Esta relação foi observada em um estudo que envolveu 490 pacientes em hemodiálise, sendo utilizados o SF-36 e do HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*). A mortalidade foi estatisticamente associada com os escores do SF-36 e do HADS, ou seja, houve correlação negativa entre qualidade de vida e mortalidade e correlação positiva entre depressão e mortalidade. A percepção de saúde foi independentemente associada com mortalidade. Entre os escores do SF-36 e do HADS em pacientes em hemodiálise, a percepção de saúde geral foi o fator mais associado com mortalidade (TAKAKI, NAKAO, YANO, 2005).

A realização de avaliações da qualidade de vida são importantes para correlacionar a influência de aspectos como o estágio da doença e a presença de co-morbidades na melhoria de parâmetros clínicos e na sobrevivência destes pacientes. O SF-36 pode ser um recurso para tais avaliações, uma vez que é um instrumento de fácil compreensão e aplicável a pacientes que se encontram nos mais diferentes estágios da doença, seja em tratamento conservador, diálise ou pós-transplante.

O SF-36 é apontado como um instrumento de avaliação GERAL da qualidade de vida, porém há também instrumentos ESPECÍFICOS para doentes renais, como o *Kidney*

*Transplant Questionnaire* (KTQ), o *Kidney Disease Questionnaire* (KDQ) e o *Kidney Disease-Quality of Life* (KDQOL).

Alguns instrumentos específicos para avaliação da qualidade de vida em pacientes renais crônicos derivaram-se do SF-36. O KDQOL-SF<sup>TM</sup> (*Kidney Disease and Quality of Life Short-Form*) caracteriza-se pela mensuração da qualidade de vida na doença renal crônica aplicável a pacientes que realizam algum tipo de tratamento dialítico, e utiliza itens do SF-36, além de escalas específicas sobre as principais preocupações dos pacientes renais crônicos. O KDQOL-SF<sup>TM</sup> foi traduzido da versão original (inglês) para a língua portuguesa por autores e tradutor, e posteriormente revisado e avaliado, sendo aplicado em 30 pacientes com insuficiência renal em tratamento dialítico, aleatoriamente. A viabilidade do instrumento e as dificuldades encontradas pelos pacientes foram avaliadas e as mudanças realizadas, sendo substituídos itens do instrumento original que eram incompatíveis com a da população brasileira, bem como o uso de algumas expressões. A tradução e adaptação cultural do questionário foi um importante passo para sua validação e utilização em nosso meio (DUARTE, MIYAZAKI, CICCONELLI, SESSO, 2003).

A predominância de pacientes idosos, diabéticos e alta co-morbidade entre pacientes em hemodiálise é freqüente, podendo ter influência na qualidade de vida. O KDQOL-SF foi utilizado em um estudo juntamente com a avaliação de sintomas de depressão, ansiedade e suporte social, o qual avaliou um grupo de pacientes não diabéticos, idade menor que 65 anos e baixa co-morbidade, e foram analisados os efeitos de fatores demográficos, clínicos e psicossociais na qualidade de vida. Foram avaliados 117 pacientes e estes apresentaram um perfil similar ao da população geral em hemodiálise, com baixos escores de saúde física, mas escores normais de saúde mental. Nos pacientes não diabéticos, com idade menor ou igual a 65 anos e com baixa co-morbidade, fatores psicológicos

(ansiedade e sintomas de depressão) são cruciais e determinantes na qualidade de vida (VASQUEZ et al., 2003).

O KDQOL (*Kidney Disease Quality of Life*) também foi utilizado em um estudo juntamente com uma escala de triagem de depressão (*Diagnostic Interview Schedule*), com o objetivo de avaliar pacientes que começaram a ser dialisados. Neste estudo, os escores do SF-36 (parte do KDQOL) foram significativamente mais baixos nestes pacientes. Pacientes com dados positivos para depressão (45% da amostra) tiveram escores mais baixos em todas as 8 escalas do SF-36 e em 9 das 12 dimensões do KDQOL, mas não houve diferença entre deprimidos e não deprimidos com relação a dados demográficos, clínicos ou laboratoriais. A prevalência de anemia, hipoalbuminemia e sintomas depressivos no início da terapia dialítica reforça a importância de maiores cuidados destes pacientes na fase pré-dialítica (WALTERS, HAYS, SPRITZER, FRIDMAN, CARTER, 2002).

O KDQOL-CF (*Kidney Disease Quality of Life-Cognitive Function Subscale*) avalia a função cognitiva de pacientes com DRC em tratamento dialítico, também incluindo itens do SF-36. Sua validação se deu a partir de um estudo com 157 pacientes, tendo o *Modified Mini-Mental State Exam* (3MS) como padrão ouro para avaliação da função cognitiva geral. O KDQOL-CF se mostrou um importante recurso para avaliação de déficit cognitivo de pacientes renais crônicos, principalmente se aliado a outros instrumentos de triagem (KURELLA, YAFFE, CHERTOW, 2004).

A utilização de escalas específicas para pacientes renais crônicos como o KDQOL pode trazer importantes benefícios nas avaliações, como o uso dos instrumentos derivados do SF-36, uma vez que abordam aspectos da doença e do tratamento segundo sua especificidade.

### **Interdisciplinaridade e Qualidade de Vida**



Um dos fatores que podem possibilitar melhorias na qualidade de vida de pacientes crônicos é sua abordagem através da ação interdisciplinar, a qual torna possível a percepção de diversas questões relativas à qualidade de vida destes pacientes. O trabalho em equipes interdisciplinares no cuidado de pacientes com DRC na fase pré-dialítica tem como objetivos estabelecer e manter a confiança e a relação terapêutica, educar os pacientes sobre a doença e suas opções de tratamento, prepara-los para a diálise, reforçar informações fornecidas pelo nefrologista, e proporcionar suporte e aconselhamento aos pacientes. A educação precoce e intervenções de suporte psicológico a estes pacientes podem proporcionar uma melhor adaptação dos mesmos a sua possível entrada em diálise (HARWOOD, LOCKING-CASOLITO, SPITTAL, WILSON, WHITE, 2005).

O cuidado interdisciplinar na pré-diálise traz benefícios ao paciente, como o preparo psicológico para a entrada em TRS, maior acesso à informação e adesão ao tratamento, redução do número de hospitalizações e mortes, melhorias no quadro clínico destes pacientes, bem como um maior número de pacientes iniciando hemodiálise com acesso vascular. Poucos são os estudos que objetivam comprovar a eficácia do acompanhamento interdisciplinar na qualidade de vida de pacientes com DRC.

Pacientes que receberam acompanhamento interdisciplinar na pré-diálise foram comparados com um grupo que recebeu apenas acompanhamento convencional. Ao iniciarem a diálise pacientes acompanhados interdisciplinarmente tiveram melhores resultados clínicos com relação ao grupo controle. O grupo tratado apresentou melhores níveis de albumina, cálcio, bem como redução do número de internações e mortes, dados estes que reforçam a importância do acompanhamento interdisciplinar na pré-diálise na melhoria da qualidade da terapia dialítica (GOLDSTEIN, YASSA, DACOURIS, McFARLANE, 2004).

Observação semelhante também foi realizada em um grupo acompanhado pela equipe interdisciplinar, o qual apresentou melhores níveis de hemoglobina, albumina e cálcio no início da diálise, quando comparado ao grupo que recebeu apenas o atendimento médico convencional, sendo a sobrevida também significativamente melhor no grupo acompanhado pela equipe interdisciplinar (CURTIS, RAVANI, MALBERTI, KENNETT, TAYLOR, DJURDJEV, LEVIN, 2005).

Portanto, estudos iniciais sugerem que a abordagem interdisciplinar proporciona aos profissionais de saúde condições para melhor compreensão da realidade de seus usuários, podendo trazer melhorias na qualidade de vida de pacientes com DRC, uma vez que este tipo de abordagem tem como foco a qualidade da assistência, a humanização do atendimento, bem como uma visão global da população atendida.

### **Conclusão**

A DRC pode influenciar significativamente a qualidade de vida desta população, desde o tratamento conservador até o dialítico. Portanto, a avaliação da qualidade de vida de pacientes portadores de DRC é fundamental para a implementação de intervenções precoces, de caráter interdisciplinar, intervenções estas que proporcionem um espaço para escuta e elaboração acerca da doença e do tratamento. A partir de tais intervenções, é possível obter-se maior envolvimento dos pacientes em seu processo de tratamento, e conseqüentemente maior adesão e melhoria da qualidade de vida desta população.

### **Referências Bibliográficas**

1. BASTOS, M. G.; CARMO, W. B.; ABRITA, R. R.; ALMEIDA, E. C.; MAFRA, D., COSTA; D. M. N., GONÇALVES; J. A., OLIVEIRA; L. A., SANTOS; F. R., PAULA, R. (2004). Doença Renal Crônica: problemas e soluções. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 26 (4), 202-215.

2. BERTANI, I. F.; REZENDE, R. M.; PARZEWSKI, C. C. F.; LOURENÇO, E. A. S. (2005). Instrumentos e métodos para medir qualidade de vida. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*, 15, (5), 8-16.
3. CASTRO, M., CAIUBY; A. V. S.; DRAIBE, S. A.; CANZIANI, M. E. F. (2003). Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Revista Associação Médica Brasileira*, 49 (3), 245-249.
4. CHOW, F.; BRIGANTI, E. M.; McLINPIN, K. P. G.; CHADBAN, S. J.; ZIMMET, P. Z., ATKINS, R. C. (2003). Health-related quality of life in Australian adults with renal insufficiency: a population-based study. *American Journal of Kidney Diseases*, 41 (3), 596-604.
5. CICONELLI, R. M. (1997). *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)”*. Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo.
6. CURTIS, B., M.; RAVANI, P.; MALBERTI, F.; KENNETT, F.; TAYLOR, A.; DJURDJEV, O.; LEVIN, A. (2005). The short- and long-term impact of multi-disciplinary clinics in addition to standard nephrology care on patient outcomes. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 20 (1), 147-154.
7. DEVINS, G. M.; MENDELSSOHN, D.; BARRÉ, P. E.; BINICK, Y. (2003). Predialysis psychoeducational intervention and coping styles influence time to dialysis in chronic kidney disease. *American Journal of Kidney Diseases*, 42 (4), 693-703.
8. DINIZ, D.P.; SCHOR, N. (2005). *Guia de qualidade de vida*. São Paulo: Manole.
9. DUARTE, P. S.; MIYAZAKI, M. C. O. S.; CICONELLI, R. M.; SESSO, R. (2003). Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de

vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SF™). *Revista Associação Médica Brasileira*, 49 (4), 375-81.

10. FLECK, M .P. A.; LOUZADA S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de qualidade de vida – WHOQOL-bref 2000. *Revista Saúde Pública*, 34 (2), 178-183.

11. GOLDSTEIN, M.; YASSA, T.; DACOURIS, N.; McFARLANE, P. (2004). Multidisciplinary predialysis care and morbidity and mortality of patients on dialysis. *American Journal of Kidney Diseases*, 44 (4), 706-714.

12. GOLPER, T. (2001). Patient education: can it maximize the success of therapy? *Nephrology Dialysis Transplantation*, 16, 20-24.

13. GRIVA, K., ZIEGELMANN, J. P., THOMPSON, D., JAYASENA, D., DAVENPORT, A., HARRISON, M., NEWMAN, S. P. (2002). Quality of life and emotional responses in cadaver and living related renal transplant recipients. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 17, 2204-2211.

14. HARWOOD, L.; LOCKING-CASOLITO, J.; SPITTAL, J., WILSON, B.; WHITE, S. (2005). Preparing for hemodialysis: patient stressors and responses. *Nephrology Nursing Journal*, 32 (3), 295-303.

15. JUNIOR, J. E. R. (2004). Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 26 (3), 1-3.

16. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. (2002). *American Journal of Kidney Diseases*, 39 (2), 51-5246.

17. KLANG, B.; BJORVELL, H.; BERLUNG, J.; SUNDSTEDT, C.; LYNE, N. (1998). Predialysis patient education: effects on functioning and well-being in uraemic patients. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (1), 36-44.
18. KURELLA, M.; Luan, J.; YAFFE, K.; CHERTOW, G. M. (2004). Validation of the Kidney Disease Quality of Life (KDQOL) Cognitive Function Subscale. *Kidney International*, 66, 2361-2367.
19. MARTINEZ-CASTEANO, A; GORRIZ, J. L.; GARCIA-LOPEZ, F.; LOPEZ-REVUELTA, K.; ALVARO, F.; CRUZADO, J. M. (2004). Perceived health-related quality of life and comorbidity in diabetic patients starting dialysis (CALVIDIA study). *Journal of Nephrology*, 17 (4), 544-551.
20. PEREIRA, L. C., CHANG, J., FADIL-ROMÃO, M. A., ABENSUR, H., ARAUJO, M. R. T., NORONHA, I. L., CAMPAGNARI, J. C., JUNIOR, J. E. R. (2003). Qualidade de vida relacionada à saúde em paciente transplantado renal. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 25 (1), 10-16.
21. REIS, M. G.; GLASHAN, R. (2001). Quadros de adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 9 (3), 51-57.
22. REVUELTA, K. L.; LOPEZ, F. J. G.; MORENO, A. F.; ALONSO, J. (2004). Perceived mental health at the start of dialysis as a predictor of morbidity and mortality in patients with end-stage renal disease. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 19 (9), 2347-2353.
23. TAKAKI, J.; NAKAO, M.; YANO, E. (2005). The relationships of quality of life and depression to mortality in hemodialysis patients. *Dialysis & Transplantation*, 34 (8).

24. VALDEBARRÁNO, F. et al. (2001). Quality of life in end-stage renal disease patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 38 (3), 443-464.
25. VASQUEZ, I.; VALDERRABANO, F.; FORT, J.; GOMEZ, J. M. L.; MORENO, F.; GUAJARDO, D. S. (2003). Psychosocial factors and quality of life in young hemodialysis patients with low comorbidity. *Journal of Nephrology*, 16, 886-894.
26. WALTERS, B. A. J.; HAYS, R. D.; SPRITZER, K. L.; FRIDMAN, M.; CARTER, W. B., (2002). Health-Related Quality of life, depressive symptoms, anemia, and, malnutrition at hemodialysis initiation. *American Journal of Kidney Diseases*, 40 (6), 1185-1194.

## **APÊNDICE**

### **Termo de consentimento livre e esclarecido**

#### **INFORMAÇÃO AO PACIENTE**

#### **DECLARAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO**

Dentro dos princípios éticos, a realização de uma pesquisa deve se dar a partir do consentimento do indivíduo em participar do estudo, após ter sido informado sobre os objetivos do mesmo, bem como sobre seus possíveis riscos e benefícios. Portanto, a equipe responsável pela pesquisa deve fornecer aos participantes as informações necessárias sobre o protocolo, o qual deverá ser analisado e aprovado por um Comitê de Ética, que visará resguardá-lo enquanto participante do estudo.

#### **EXPLICAÇÃO DO ESTUDO**

Solicitamos sua participação neste estudo que tem por objetivo:

- Avaliar a eficácia do acompanhamento interdisciplinar na melhora da qualidade de vida de pacientes com Doença Renal Crônica em tratamento conservador.

Você é portador de Doença Renal Crônica e por isto faz parte de um ambulatório. Portanto, você está apto a participar deste estudo, participação esta que deverá ocorrer sem interferência do psicólogo em sua decisão de aderir à pesquisa. Desta forma, você deverá compreender corretamente os objetivos do estudo para que possa refletir sobre seu desejo em participar do mesmo.

#### **BENEFÍCIOS**

O diagnóstico de uma doença renal pode ser fonte de grande angústia e, portanto, é fundamental que haja um acompanhamento do paciente por diversos

profissionais, para melhor assistência aos mesmos. Uma abordagem através da ação interdisciplinar (médicos, nutricionistas, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais...) pode tornar possível aos profissionais melhor conhecimento de seus pacientes. Desta forma, torna-se fundamental avaliar os efeitos deste trabalho para que se possa melhorar a qualidade da assistência prestada.

### **RISCOS**

Você não correrá riscos participando do estudo, uma vez que será acompanhado pela equipe de psicologia, não havendo nenhuma alteração no tratamento médico já realizado pela equipe que o acompanha.

### **CONFIDENCIALIDADE**

A equipe responsável pela pesquisa se comprometerá a manter em sigilo a identidade dos participantes, podendo apenas os dados obtidos neste estudo serem divulgados em congressos ou através de publicação científica, mantendo-se sempre em sigilo o nome dos participantes.

### **PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA**

Sua participação neste estudo deverá ser voluntária e, portanto, sua decisão em permanecer no mesmo caberá a você, não havendo nenhum tipo de prejuízo a você em caso de desistência com relação ao tratamento recebido na instituição. Não haverá nenhuma forma de compensação monetária (ou outra) pela sua participação no estudo.

Qualquer esclarecimento a respeito da pesquisa ou dúvidas, favor entrar em contato com:

Fabiane Rossi dos Santos

Tel: 3217-8528



**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

Autorizo minha participação na pesquisa *Efeitos do acompanhamento interdisciplinar na qualidade de vida de pacientes com Doença Renal Crônica*, tendo sido corretamente informado sobre os objetivos, os procedimentos, os benefícios e os riscos da mesma, comprometendo-me a participar dos trabalhos de grupo propostos e autorizando a divulgação dos dados, uma vez mantidos o sigilo e a seriedade da pesquisa pelos profissionais responsáveis. Foi-me oferecida a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas, tendo sido informado sobre a não obrigatoriedade em permanecer na pesquisa, caso não seja de minha vontade. Estou ciente de que este estudo foi analisado por um Comitê de Ética, tendo recebido uma cópia desta declaração de consentimento informado.

---

Nome do Paciente

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Assinatura

---

Nome da Testemunha

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Assinatura

---

Nome do Investigador

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Assinatura