

**Universidade Federal de Juiz de Fora**  
**Faculdade de Medicina**  
**Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**  
**Mestrado Acadêmico**

**Cláudio Vitorino Pereira**

**Adesão ao regime terapêutico e qualidade de vida relacionada à saúde de  
pacientes renais crônicos em hemodiálise**

**Juiz de Fora**

**2018**

**Cláudio Vitorino Pereira**

**Adesão ao regime terapêutico e qualidade de vida relacionada à saúde de  
pacientes renais crônicos em hemodiálise**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Isabel Cristina Gonçalves Leite

**Juiz de Fora**

**2018**

---

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Pereira, Cláudio Vitorino.

Adesão ao regime terapêutico e qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em hemodiálise / Cláudio Vitorino Pereira. -- 2018.

99 p. : il.

Orientadora: Isabel Cristina Gonçalves Leite

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2018.

1. Diálise Renal. 2. Cooperação do Paciente . 3. Qualidade de vida relacionada à saúde. I. Leite, Isabel Cristina Gonçalves , orient.  
II. Título.


CLÁUDIO VITORINO PEREIRA


**"Adesão ao Regime Terapêutico e Qualidade de Vida  
Relacionada à Saúde de Pacientes Renais Crônicos em  
Hemodiálise".**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em  
Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte  
dos requisitos necessários à obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em 19/01/2018

  
\_\_\_\_\_  
Isabel Grisina Gonçalves Leite – UFJF

  
\_\_\_\_\_  
Sílvia Maria de Sá Basílio Lins – UERJ

  
\_\_\_\_\_  
Maximiliano Ribeiro Guerra – UFJF

Senhor, por tudo que vivi, obrigado!

Por tudo que viverei, sim!

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço...

A Deus por guiar e conduzir meus passos. A Ele toda honra e glória. A Nossa Senhora por interceder e zelar durante toda minha caminhada. Agradeço pelas vitórias obtidas e pelos desafios que estão por vir, pois a “fé é um modo de já possuir aquilo que se espera, é um meio de conhecer realidades que não se veem” (Hebreus 11 - 1).

Aos meus professores, em especial a professora Silvia Lins por todo incentivo e apoio e ao professor Maximiliano Guerra pela disponibilidade e presteza. Grato por cada contribuição.

Aos funcionários do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFJF sempre dispostos a auxiliar, muito obrigado.

A Minha orientadora Isabel Leite pelo carinho, disponibilidade, dedicação e por propiciar tamanho crescimento profissional. Não há dúvidas que te conhecer e poder trabalhar contigo foi um presente de Deus, ganhei mais uma inspiração profissional e principalmente uma amiga. Muito obrigado.

Aos meus amigos que torceram por mais uma realização em minha vida, e a todos que participam ou participaram do Ministério Universidades Renovadas, obrigado por me apresentarem e principalmente por me ajudarem a manter acesa a chama do Sonho de amor para o mundo.

A Minha namorada Maura por estar sempre presente, caminhar lado a lado comigo, ser meu porto seguro, minha companheira. Obrigado por me incentivar, sonhar meus sonhos e permitir que eu participe dos seus. Te amo cada dia mais.

Dedico este momento aos meus familiares, em especial a minha mãe Ana Maria Vitorino e minha avó Maria Vitorino (in memoriam), obrigado pelo carinho, compreensão, exemplo de vida e principalmente por terem me ensinado a buscar meus sonhos através da honestidade, comprometimento, respeito e fé.

Aos responsáveis e funcionários dos serviços nefrologia do HU CAS UFJF, CTDR e NEROCLIN, obrigado pelo respeito, confiança e receptividade.

Aos pacientes que participaram do estudo, todo meu carinho e respeito. Vocês me ensinaram a ver o mundo com outro olhar. Muito obrigado.

## **Deus é capaz**

Deus é capaz de transformar tua vida  
O impossível Ele fará porque és precioso aos Seus olhos  
E se tiveres a coragem e a loucura de acreditar  
Então irás provar que Ele pode muito mais

Deus é capaz de trocar reinos por ti  
Abre mares para que possas atravessar  
E se preciso fosse daria novamente a vida por ti  
Deus só não é capaz de deixar de te amar

É preciso crer e se entregar sem medo  
Ele nunca vai tirar a tua liberdade se não queres  
Mas se te entregas sem reservas tua vida se transformará  
Então irás provar que Ele pode muito mais...

Padre Fábio de Melo  
Compositor: Walmir Alencar

Ocupai-vos com tudo que é verdadeiro, respeitável, justo, puro, amável, honroso, virtuoso, tudo o que é virtude ou que de algum modo mereça louvor. Praticai o que aprendestes e recebestes de mim, ou que de mim vistes e ouvistes. Assim o Deus da paz estará convosco.

(Filipenses 4, 8-9)



## RESUMO

### **Adesão ao regime terapêutico e qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em hemodiálise.**

A doença renal crônica (DRC) apresenta-se como um problema de saúde pública em decorrência de sua prevalência e dos custos envolvidos no tratamento, bem como da alta taxa de morbimortalidade. Em sua fase mais avançada, ela necessita de uma terapia renal substitutiva. Estima-se que 111.303 pessoas se encontrem em tratamento dialítico por ano, destas, aproximadamente, 92,8% são submetidas à hemodiálise. O regime terapêutico hemodialítico engloba alterações no cotidiano, tais como o deslocamento aos centros de diálise e restrições alimentares e no convívio familiar. O presente estudo teve como objetivo avaliar a adesão ao regime terapêutico e qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de pacientes renais crônicos em hemodiálise. Os padrões para a avaliação da adesão ao regime terapêutico foram estabelecidos pelo estudo *The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS)*, são eles: restrição hídrica, restrição dietética, regime medicamentoso e terapia hemodialítica. Pacientes que apresentaram não conformidade em pelo menos um dos aspectos do tratamento foram considerados não aderentes à terapêutica. A análise dos dados foi realizada através dos testes Qui-quadrado, Fischer, teste t, ANOVA e análise de regressão logística. A avaliação da QVRS foi realizada através do questionário *Kidney Disease Quality of Life Short Form - KDQOL-SF*. Foram analisados os componentes específicos da doença renal crônica (DRC) e componentes sumarizados físico (CSF) e mental (CSM). Utilizou-se para análise das variáveis os testes de Mann Whitney e Kruskal Wallis. Os resultados do presente estudo apontam que pacientes idosos, com diurese residual, parâmetro nutricional e hematológico adequados, com financiamento público das sessões de hemodiálise e cor da pele branca apresentaram maior probabilidade de serem aderentes ( $p < 0,05$ ). Indivíduos do sexo feminino, com menos de 60 anos, brancos, com baixo nível socioeconômico, que necessitam de acompanhante, em terapia hemodialítica por período menor que 5 anos e que possuem prescrição medicamentosa com 10 ou mais fármacos, com baixos níveis séricos de albumina e hemoglobina e não adesão à restrição hídrica e à terapia apresentaram piora na QVRS. Torna-se primordial que o plano terapêutico contemple a necessidade individual do paciente. A monitoração desses parâmetros, bem como busca para

alcançe dos padrões recomendáveis podem trazer melhorias em diversos aspectos da vida dos pacientes e subsidiar a prática clínica e o planejamento assistencial. Com isso, objetiva-se reduzir o percentual de hospitalização, gastos com saúde, mortalidade e fornecer melhorias nas condições de vida dos pacientes.

**Descritores: Diálise Renal, Cooperação do Paciente e Qualidade de vida relacionada à saúde.**

## ABSTRACT

### **Adherence to Treatment Regimen and Quality of Life of Chronic Kidney Patients on Hemodialysis.**

Chronic kidney disease (CKD) is a public health problem due to its prevalence and the costs involved in treatment, as well as the high morbidity and mortality rates. At its most advanced stage, it requires renal replacement therapy. It is estimated that 111,303 people are undergoing dialysis treatment per year, of which approximately 92.8% are undergoing hemodialysis. The hemodialysis treatment regime encompasses changes in daily life, such as travel to dialysis centers and restrictions on diet and family life. The present study aimed to evaluate adherence to the treatment regimen and health-related quality of life (HRQoL) of chronic renal patients on hemodialysis. The standards for assessing adherence to the treatment regimen were established by The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS), being: fluid restrictions, dietary restrictions, medication regimen, and hemodialysis therapy. Patients who showed noncompliance in at least one aspect of treatment were considered nonadherent to therapy. Data analysis was performed using the Chi-square test, Fischer's test, *t*-test, ANOVA, and logistic regression analysis. The HRQoL assessment was done using the Kidney Disease Quality of Life - Short Form - KDQOL-SF questionnaire. The specific components of chronic kidney disease (CKD), and the physical component summary (PCS) and mental component summary (MCS) were analyzed. The Mann Whitney and Kruskal Wallis tests were used for analysis of the variables. The results of the study indicate that elderly patients with residual diuresis, adequate nutritional and hematological parameters, with public funding for hemodialysis sessions, and with white skin color, were more likely to be adherent ( $p < 0.05$ ). Individuals who are female, under 60 years old, white, of lower socioeconomic status, who require a companion, in hemodialysis therapy for less than 5 years, and who are prescribed 10 or more drugs, with low serum levels of albumin and hemoglobin, and nonadherent to fluid restrictions and to therapy, presented a worsening HRQoL. It is therefore essential that the treatment plan addresses the individual needs of the patient. Monitoring these parameters, as well as striving to attain the recommended standards, can bring about improvements in various aspects of patients' lives, and aid clinical practice and care planning. With this, the aim is to reduce hospitalization rates, health expenses, mortality, and provide improvements in the living conditions of these patients.

**Key words: Patient Compliance, Renal Dialysis and Health-related quality of life.**

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Processo Organizativo da Assistência ao Doente Renal Crônico .....	24
FIGURA 2 - Fluxograma de seleção de pacientes .....	36
FIGURA 3 - Fluxograma dos pacientes atendidos nos Centros dialíticos .....	95

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Estagiamento da DRC .....	21
QUADRO 2 - Avaliação da adesão ao regime terapêutico hemodialítico .....	37

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas, acesso ao serviço de saúde e clínicas dos pacientes em Hemodiálise, 2017. ....	74
Tabela 2. Dimensões do Kidney Disease and Quality of Life – Short Form de pacientes em hemodialise, 2017. ....	76
Tabela 3. Fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise, 2017. ....	77
Tabela 4. Domínios específicos do KDQOL – SF de pacientes em hemodiálise, 2017. ....	79
Tabela 5. Caracterização da amostra segundo adesão terapêutica em hemodiálise...	81
Tabela 6. Análise multivariada fatores associados à não adesão em hemodiálise, 2017. ....	82
Tabela 7. Caracterização da amostra relacionado aos tipos de adesão em tratamento hemodialítico, 2017. ....	85
Tabela 8. Fatores associados à não adesão de pacientes em hemodiálise, 2017. ....	88

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ANVISA - Agência nacional de vigilância sanitária

CSF - Componente sumarizado físico

CSM - Componente sumarizado mental

DCNTs - Doenças crônicas não transmissíveis

DRC – Doença renal crônica

DM - Diabetes Mellitus

DOPPS - The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study

DRC - Doença renal crônica

FAV - Fístula arteriovenosa

FG - Filtração glomerular

GPID - Ganho de peso interdialítico

HAS - Hipertensão arterial sistêmica

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC - Intervalo de confiança

KDQOL-SF - Kidney Disease Quality of Life Short Form

LES - Lúpus eritematoso sistêmico

OMS - Organização Mundial de Saúde

OR - Odds ratio

Pmp - Por milhão de pessoas

PTFE - Politetrafluoretileno expandido

RAC - Relação albuminúria creatininúria

RDC - Resolução de diretoria colegiada

SAS - Secretaria de atenção a saúde

SPSS - *Statistical package for social sciences*

SUS - Sistema Único de Saúde

SBN - Sociedade Brasileira de Nefrologia

TFG - Taxa de filtração glomerular

TRS - Terapia renal substitutiva

TCLE - Termo de consentimento livre e esclarecido

QV - Qualidade de vida

QVRS - Qualidade de vida relacionada à saúde



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	18
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	21
2.1 DOENÇA RENAL CRÔNICA .....	21
2.2 DOENÇA RENAL CRÔNICA NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA .....	22
<b>3 ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO NA HEMODIÁLISE</b> .....	25
3.1 SESSÃO DE HEMODIÁLISE .....	26
3.2 RESTRIÇÃO HÍDRICA .....	27
3.3 RESTRIÇÃO DIETÉTICA .....	28
3.4 ADESÃO MEDICAMENTOSA .....	29
<b>4 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE</b> .....	31
4.1 O INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA <i>KIDNEY DISEASE QUALITY OF LIFE SHORT FORM - KDQOL-SF</i> .....	33
<b>5 OBJETIVOS</b> .....	35
5.1 OBJETIVO GERAL .....	35
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	35
<b>6 METODOLOGIA E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO</b> .....	36
<b>7 RESULTADOS</b> .....	39
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	40
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	42
<b>ANEXOS</b> .....	51
<b>APÊNDICES</b> .....	71

## 1 INTRODUÇÃO

A mudança no perfil demográfico no Brasil e no mundo, caracterizada pelo envelhecimento populacional, traz alterações à dinâmica da sociedade e às demandas de serviços de saúde (IEES, 2013). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, uma em cada dez pessoas da população mundial tem 60 anos de idade ou mais. Estima-se que, em 2050, a relação será de uma para cinco em todo o mundo e de uma para três nos países desenvolvidos (IBGE, 2008). No Brasil, o crescimento da população idosa será superior a 4% ao ano no período de 2012 a 2022. Em 2010, o número de idosos na população brasileira correspondia a 19,6 milhões de pessoas. Estima-se que, em 2030, esse número chegará a 41,5 milhões e, em 2060, a 73,5 milhões. Espera-se ainda um crescimento médio de mais de 1 milhão de idosos ao ano (BORGES, CAMPOS, CASTRO e SILVA, 2015).

O aumento na proporção de idosos altera o processo saúde-doença, predispõe a um incremento na carga de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) e impõe a necessidade de reorganização para a assistência em saúde. As DCNTs são as principais causas de morte no mundo, sendo responsáveis por 63% dos óbitos. No Brasil, tais comorbidades representam 72% das mortes (BRASIL, 2011a).

A doença renal crônica (DRC) tem um papel de destaque por se apresentar como um problema de saúde pública em decorrência de sua prevalência e dos custos envolvidos no tratamento, bem como da alta taxa de morbimortalidade. Em sua fase mais avançada, ela necessita de uma terapia renal substitutiva (TRS) (BASTOS, KIRSZTAJN, 2010). As terapias atualmente disponíveis são hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal (NKF, 2002).

De acordo com o Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia, a prevalência de pacientes em diálise está na faixa de 544 por milhão de pessoas, a incidência anual é de 180 casos por milhão de pessoas. Estima-se que 111.303 pessoas se encontrem em tratamento dialítico por ano, destas, aproximadamente, 92,8% são submetidas à hemodiálise (SBN, 2015).

O regime terapêutico hemodialítico engloba alterações no cotidiano, tais como o deslocamento aos centros de diálise e as restrições alimentares e no convívio familiar (PILGER, RAMPARI, WAIMAN et al., 2010; MALDENER, BEUTER, BRONDONI et al., 2008). Tais mudanças estão relacionadas à sua composição, que

inclui a terapia hemodialítica e um regime medicamentoso, dietético e hídrico (BEUTER, MULLER, BRONDANI et al., 2013; KIM, EVANGELISTA, PHILLIPS et al., 2010).

O estudo *The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS)*, pesquisa observacional, prospectiva e multicêntrica desenvolvida internacionalmente, estabeleceu os padrões para a avaliação da adesão ao regime terapêutico através dos indicadores: restrição hídrica, verificada a partir ganho de peso interdialítico (GPID); adequação à dieta, relacionada ao nível sérico de potássio e fósforo; adesão farmacológica, que leva em conta o nível sérico de fósforo; e a terapia, indicador analisado por meio da verificação do comparecimento e do não encurtamento das sessões de hemodiálise (SARAN, BRAGG-GRESHAM, RAYNER et al., 2003).

A complexidade do esquema multifatorial no tratamento pode influenciar negativamente a adesão à terapêutica (BURNIER, PRUJIM, WUERZNER et al., 2014). A não adesão a um dos componentes do regime terapêutico da hemodiálise agrava a condição clínica dos pacientes e está associada ao aumento da mortalidade e às hospitalizações (SARAN, BRAGG-GRESHAM, RAYNER et al., 2003).

Aproximadamente 50% dos pacientes com doenças crônicas não aderem ao tratamento. Esse percentual aumenta significativamente quando se analisam países em desenvolvimento, o que é apresentado como um problema crítico na saúde da população do ponto de vista da qualidade de vida (QV) dos indivíduos e dos gastos com a saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Os custos associados ao tratamento de pacientes com DRC que necessitam ser submetidos à hemodiálise apresentaram crescimento ao longo dos anos (KLARENBACH, TONELLI, CHUI et al., 2014). No Brasil, foi observado, no valor reembolsado pelas sessões de hemodiálise, um aumento de 34,1%. A média de gastos por paciente, que era, em 2008, de US\$ 7.932,52, passou para US\$ 9.112,75 em 2011 (MENEZES, BARRETO, ABREU et al., 2015).

O percentual de hospitalização mensal no Brasil, em 2015, foi de 6%, com número estimado 20573 óbitos em diálise e taxa de mortalidade anual de 18,5% (SBN, 2015).

Mediante o exposto, percebe-se que aspectos relacionados ao grau de adesão de pacientes ao regime terapêutico hemodialítico apresentam-se relacionados ao

prognóstico. Faz-se necessário, portanto, investigar a seguinte problemática: os pacientes renais crônicos, em hemodiálise, em um município polo da macrorregião de saúde situado no sudeste brasileiro podem ser considerados aderentes ao regime terapêutico da hemodiálise? E qual a associação entre a adesão à terapia hemodialítica e a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) desses pacientes?

A relevância desse estudo pode ser evidenciada pelo impacto social e financeiro envolvido que compõe o tratamento, bem como pelos reflexos estabelecidos no cotidiano dos pacientes. Conhecer o comportamento de adesão ao regime terapêutico de pacientes em tratamento hemodialítico é fundamental para o planejamento da assistência, o que permite intervenções que objetivam a melhoria na QVRS.

O presente estudo tem como objetivo avaliar a adesão ao regime terapêutico e a QVRS de pacientes renais crônicos em hemodiálise, em um município polo macrorregional de assistência à saúde localizado na Região Sudeste do Brasil.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Doença Renal Crônica

A DRC é caracterizada pela lesão renal com alteração estrutural ou funcional, independentemente da causa ou da apresentação clínica. Para fins diagnósticos, utiliza-se como parâmetro a Taxa de Filtração Glomerular (TFG) alterada  $< 60\text{ml/min}/1,73\text{m}^2$ , por período igual ou superior a três meses ou  $\text{TFG} \geq 60\text{ml/min}/1,73\text{m}^2$ , porém com evidência de dano ao parênquima renal evidenciado por pelo menos um marcador ou com alteração no exame de imagem (NKF, 2002).

Os marcadores de lesão no parênquima renal são albuminúria  $> 30\text{ mg}/24$  horas ou Relação Albuminúria/Creatininúria (RAC)  $> 30\text{ mg/g}$ ; hematúria de origem glomerular; alterações eletrolíticas ou outras anormalidades tubulares; alterações detectadas por histologia, através de biópsia renal (BRASIL, 2014b; INKER, ASTOR, FOX, et al., 2014). A progressão da DRC pode ser acompanhada através de seu estagiamento.

#### QUADRO 1 - Estagiamento da DRC

ESTÁGIO	TFG (ml/min/1,73m <sup>2</sup> )	DESCRIÇÃO
<b>1</b>	$\geq 90$	Lesão renal com FG normal
<b>2</b>	60 – 89	Lesão renal com FG levemente diminuída
<b>3 a</b>	45 – 59	Lesão renal com FG moderadamente diminuída
<b>3 b</b>	30 – 44	Lesão renal com FG moderadamente diminuída
<b>4</b>	15 – 29	Lesão renal com FG severamente diminuída
<b>5</b>	$< 15$	Falência Funcional Renal

Fonte adaptado: (BRASIL, 2014b; INKER, ASTOR, FOX, et al., 2014).

FG – Filtração glomerular.

Dentre as patologias de base que podem ocasionar a DRC, destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o Diabetes Mellitus (DM) e as glomerulopatias (CHERCHIGLIA, MACHADO, SZUSTER, 2010). Outros fatores de riscos incluem causas genéticas, Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), infecções urinárias recorrentes, história familiar de doença renal, entre outras (ROMÃO JUNIOR, 2004).

## **2.2 Doença Renal Crônica no contexto da Saúde Pública**

As DCNTs estão relacionadas com grande número de internações, perda de mobilidade, amputações, piora na qualidade de vida, absenteísmo, aposentadorias e morte da população (BRASIL, 2013).

Tendo-se em vista o artigo 196 da Constituição Federal do Brasil, que expressa a “Saúde como direito de todos e dever do Estado, garantida por meio de políticas sociais e econômicas” (BRASIL, 1988), tem-se buscado medidas para o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas que propiciem a prevenção, o controle e a assistência das DCNTs para estabelecimento do acesso universal, equânime e integral (BRASIL, 2008).

Devido à relevância epidemiológica, morbidade, magnitude, condições de acesso à TRS, custos do tratamento e possibilidade de modificação da história natural da doença, foi instituída a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, através da Portaria GM/MS nº 1168, de 15 de junho de 2004, para organizar a linha de cuidado integral e ampliar a cobertura de atendimento a pacientes com DRC no Brasil, voltada para promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde, além da inversão do modelo assistencial. Já na alta complexidade, que engloba pacientes em hemodiálise, os objetivos são garantir o acesso, aumentar a sobrevida e a qualidade de vida dos pacientes, diminuir a morbidade e propiciar a entrada na lista de espera de transplante renal (BRASIL, 2004).

O impacto causado pela DRC fez com que o Ministério da Saúde a incluísse na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, para diminuir a morbimortalidade e os custos socioeconômicos, propiciar o diagnóstico precoce, a modificação da evolução e dos mecanismos da doença, o aprimoramento da TRS e a farmacovigilância (BRASIL, 2011a).

A DRC está presente ainda em um dos eixos das Diretrizes para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas Linhas

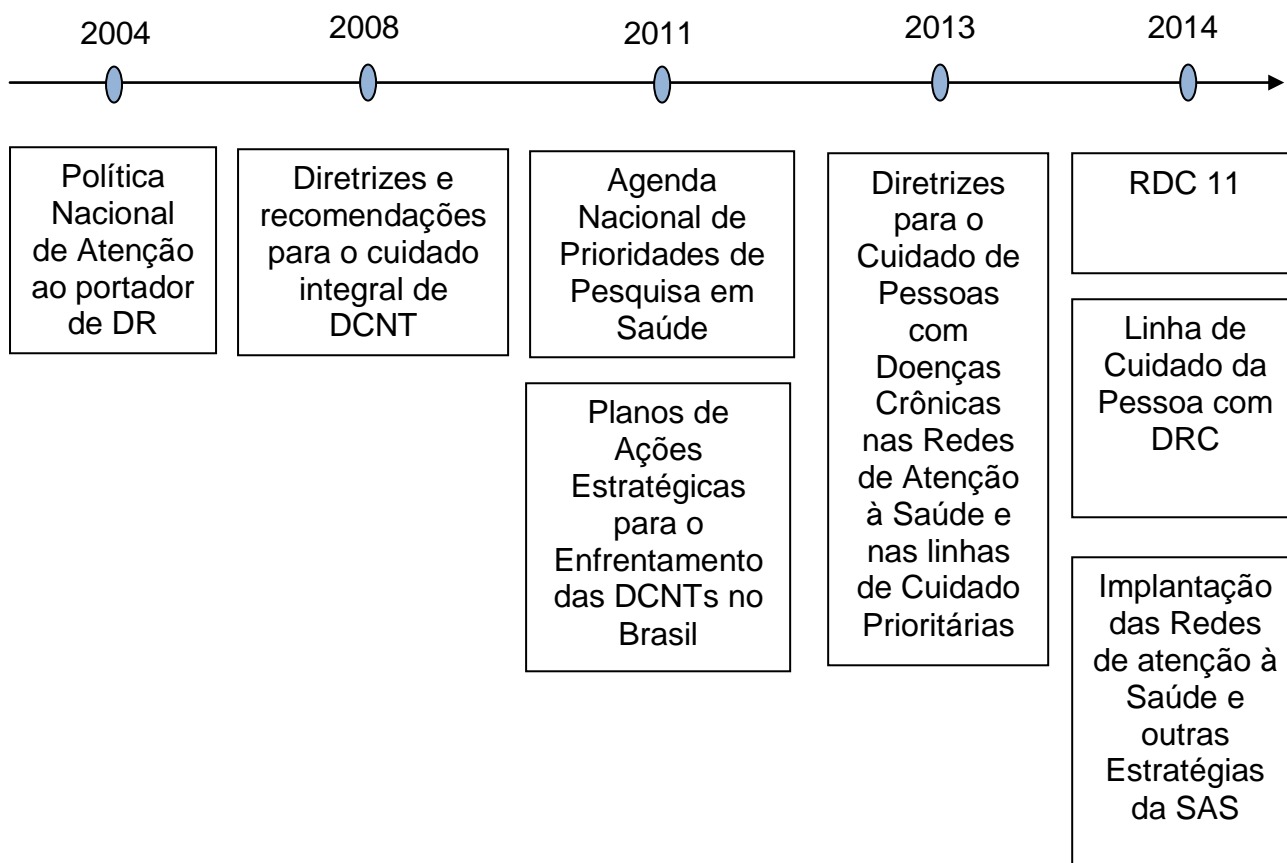
de Cuidados Prioritários, que propõem cinco níveis de atenção, em que, no primeiro, encontra-se a população geral e, no último, os casos mais complexos. Sendo assim, indivíduos que necessitam da terapia hemodialítica encontram-se no nível cinco, que indica que a população apresenta condição de saúde muito complexa e que o gasto de recursos causa grande impacto no Sistema de Saúde (BRASIL, 2013).

A Portaria GM/MS N<sup>o</sup>. 389, de 13 de março de 2014 definiu os critérios para a reorganização da linha de cuidados da pessoa com DRC no SUS, atribuições das unidades de atenção especializada e a adesão, habilitação, financiamento, monitoramento e avaliação das unidades que integram a linha de cuidado, bem como a composição mínima da equipe assistencial, de acordo com o tipo de tratamento ofertado e o número de pacientes. O intuito é ampliar, qualificar o acesso ao sistema e reorganizar a assistência por meio de incentivos financeiros para o fornecimento de acompanhamento multiprofissional na fase pré-dialítica nos casos indicados e apoio matricial das equipes de Atenção Básica para diagnosticar, acompanhar e encaminhar os pacientes de forma adequada para que, no início da TRS, o paciente esteja em boa condição clínica (BRASIL, 2014d). Tais modificações são de extrema necessidade, pois 70% dos pacientes que iniciam a diálise entram no sistema de saúde pela porta da urgência (BRASIL, 2014b).

A Resolução de Diretoria Colegiada da ANVISA (RDC) 11 apresenta os requisitos para o funcionamento dos Centros de Diálise e os aspectos necessários para a organização dos serviços e a atenção aos pacientes, assim como os elementos relacionados à infraestrutura, gerenciamento de tecnologias, uso de dialisadores e linhas arteriais e venosas, especificação de equipamentos e materiais e qualidade da água para hemodiálise (BRASIL, 2014e).

Pode-se mencionar ainda o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022, que visa preparar o país para o combate das DCNTs através da implementação e desenvolvimento de políticas públicas nesse período. Entre tais agravos à saúde encontra-se a DRC (BRASIL, 2011c).

A figura 1 abaixo esquematiza o processo organizativo da assistência ao doente renal crônico.



**FIGURA 1 - Processo Organizativo da Assistência ao Doente Renal Crônico.**

Fonte: Próprio autor



### 3 ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO NA HEMODIÁLISE

De acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS), a adesão à terapia se estabelece “à medida que o comportamento de uma pessoa – tomar medicação, seguir uma dieta, e/ou executar mudanças no estilo de vida – corresponde a recomendações de um profissional de saúde” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

O regime terapêutico hemodialítico é complexo, porém essencial para a sobrevivência e a segurança dos indivíduos com insuficiência renal, que devem assumir o autocuidado de forma responsável (MABÁN, ALMAGIÁ, 2010). A adesão ao tratamento é um processo dinâmico, influenciado simultaneamente por fatores econômicos, sociais, Sistema e equipe de Saúde, características da doença, tipo de terapia e fatores relacionados aos pacientes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Analisar a adesão de indivíduos em tratamento hemodialítico é complexo devido às diversas variáveis envolvidas e sua dificuldade de mensuração. Classicamente, a avaliação inclui os componentes: comparecimento às sessões de hemodiálise, adesão aos medicamentos prescritos e às restrições hídricas e dietéticas. Os resultados, porém, são variados devido à inexistência de um padrão ouro (KIM, EVANGELISTA, 2010).

As consequências da má adesão às terapias de longo prazo são a piora no quadro de saúde e o comprometimento da eficácia do tratamento. Tais consequências são um problema crítico para a população afetada, em relação tanto aos aspectos relacionados à QVRS dos indivíduos quanto aos custos envolvidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

O processo de aprendizado em condições crônicas é fundamental para a conscientização e o empoderamento, tendo-se em vista o autocuidado, principalmente em terapias de longa duração (BARAZ, PARVARDEH, MOHAMMADI et al, 2009). Processos educativos permanentes com pacientes submetidos à hemodiálise propiciam maior eficácia à terapêutica, fornecem mais autonomia para que indivíduos possam gerir o seu tratamento e resultam em melhora na adesão às restrições hídrica (BARAZ, PARVARDEH, MOHAMMADI et al., 2009; BARNETT, YOONG, PINIKAHANA et al., 2007), dietética (BRAR, BABAKHANI, SALIFU et al., 2014; CHAN, ZALILAH, HIL, 2012), medicamentosa (CLARK-CUTAIA, REN,

HOFFMAN et al, 2014; KATZIR, BOAZ, BACKSHI et al., 2009) e no conhecimento a respeito do comparecimento às sessões de hemodiálise (CHAN, ZALILAH, HII, 2012).

### **3.1 Sessão de Hemodiálise**

A hemodiálise é uma terapia de depuração sanguínea extracorpórea, na qual moléculas de água e solutos com baixo peso molecular fluem em sentido bidirecional através de uma membrana semipermeável, devido aos processos de difusão e convecção, que resultam na remoção de escórias sanguíneas e no excesso do líquido corporal (DAUGIRDAS, BLAKE, ING, 2008).

A existência de um acesso vascular adequado é essencial para possibilitar a circulação extracorpórea e a qualidade da terapia. Os principais acessos vasculares podem ser classificados como: Cateter de longa permanência possui “cuff” de Dacron; Cateter de curta permanência não possui “cuff” de Dacron; Fístula arteriovenosa (FAV), que consiste na anastomose de uma veia com uma artéria e a FAV com interposição de politetrafluoretileno expandido (PTFE) (LINARDI, LINARDI, BEVILACQUA et al, 2003). A FAV é a melhor opção de acesso, pois apresenta menor taxa infecção e maior durabilidade (RIELLA, 2010).

O início da hemodiálise em pacientes adultos ocorre quando a TFG diminui para cerca de 10 ml/min/1,73m<sup>2</sup> ou, ainda, quando pacientes com TFG entre 10 e 15 ml/min/1,73m<sup>2</sup> apresentam sinais e/ou sintomas. Podem ocorrer náuseas, vômitos, perda de apetite, fadiga, alteração do estado mental, coloração pálida da pele, odor semelhante a amônia, hálito urêmico, dispneia, acúmulo de líquido, entre outros (DAUGIRDAS, BLAKE, ING, 2008).

A recomendação aceita internacionalmente sobre a prescrição de hemodiálise crônica inclui terapia três vezes por semana, com duração de quatro horas cada sessão (NKF, 2006).

O número de unidades renais no Brasil vem sendo ampliado ao longo dos anos. Em 2010, havia 638 ativas; já em 2015, atingiu-se a marca de 726 unidades (ativas e com programa para tratamento dialítico crônico) cadastradas na Sociedade Brasileira de Nefrologia, (SBN, 2015). Porém a realização da terapia na clínica mais próxima ao domicílio do paciente está sujeita à disponibilidade de vagas (RITT, BRAGA, GUIMARÃES et al., 2007).

A perda e a abreviação de sessões de hemodiálise têm sido associadas à maior necessidade de atendimentos de emergência, hospitalizações e mortalidade (CHAN, THADHANI, MADDUX, 2014; WEISBORD, MOR, SEVICK et al., 2014). A maior parte das sessões perdidas não são reprogramadas (CHAN, THADHANI, MADDUX, 2014), apesar de os pacientes terem o conhecimento de como proceder para reagendar o tratamento (CHENITZ, FERNANDO, SHEA, 2014).

Sintomas depressivos e dor têm se mostrado independentemente associados à perda e ao encurtamento das sessões de hemodiálise (WEISBORD, MOR, SEVICK et al, 2014). As barreiras apontadas para o não comparecimento à terapia ou para o encurtamento são: tempo de viagem até o centro de tratamento, fadiga e mal-estar após as sessões, dor e falta de motivação (CHENITZ, FERNANDO, SHEA, 2014).

As barreiras geográficas podem tornar a prestação de cuidados de qualidade mais difícil. Problemas relacionados ao transporte público ou privado podem ser a razão para perda ou encurtamento do tratamento em indivíduos com tempo de viagem longo. Pacientes que necessitam de viagens com duração superior a trinta minutos obtiveram escores de QVRS significativamente menores e maior mortalidade em comparação aos demais pacientes (CHO, 2013; WIKSTRÖM, JACOBSON, BRAGG-GRESHAM, 2010).

### **3.2 Restrição Hídrica**

A restrição hídrica é primordial para a saúde e o bem-estar de pacientes submetidos à hemodiálise, porém há dificuldades frequentes para que consigam controlar o GPID (SMITH, COSTON, GLOCK et al., 2010; RAMBOD, PEYRAVI, SHOKRPOUR et al., 2010). Tal fato pode ser atribuído à rigidez das recomendações de ingestão hídrica, que têm se mantido entre 0,5 a 0,9 L/dia; padrões mais permissivos recomendam no máximo a ingestão de 1L/dia para pacientes anúricos (MOLTÓ, ROIG, PASTOR, 2012).

A avaliação do volume de líquido corporal deve ser estabelecida através do peso seco, que corresponde ao peso ideal do paciente após a remoção do excesso de líquido, que resulta na estabilidade clínica do paciente. Pretende-se, quando se estabelecem os valores da ultrafiltração, que não haja sinais de sobrecarga hídrica e que não ocorra retirada excessiva de líquido ao final da terapia (DAUGIRDAS, BLAKE, ING, 2008). Os pacientes são pesados rotineiramente antes das sessões de

hemodiálise a fim de se verificar a necessidade da ultrafiltração para o alcance do peso seco e, depois, com intuito de se avaliar se o objetivo foi atingido (WILEMAN, CHILCOT, ARMITAGE et al., 2015).

A sobrecarga hídrica está associada a: aumento da mortalidade, elevação da pressão arterial, eventos cardíacos e piores resultados na hemodiálise (WILEMAN, CHILCOT, ARMITAGE et al., 2015; LOPEZ-GOMEZ, VILLAVERDE, JOFRE, 2005; ABDELFATAH, MOTTE, DUCLOUX et al., 2001).

A falta de compreensão e de conhecimento relativos aos limites da ingestão hídrica diária, bem como do percentual do GPID aceitável, constituem fatores que impactam negativamente no tratamento de pacientes submetidos a essa terapia (SMITH, COSTON, GLOCK et al., 2010; BARAZ, PARVARDEH, MOHAMMADI et al., 2009; BARNETT, YOONG, PINIKAHANA et al., 2007). Somado a esses fatores, o consumo excessivo de sal exerce associação com a má gestão do controle hídrico, com conseqüente aumento do GPID (CRISTÓVÃO, 2015; NERBASS, MORAIS, SANTOS et al., 2013).

### **3.3 Restrição Dietética**

O manejo terapêutico de pacientes em hemodiálise inclui o regime dietético. As orientações são baseadas na ingestão adequada de energia e proteínas e na restrição de potássio, fósforo, sódio e líquidos (SMITH, COSTON, GLOCK et al., 2010), com objetivo de auxiliar no controle e na prevenção das complicações da DRC ocasionadas por alterações metabólicas e/ou pela ingestão inadequada de nutrientes (PINTO, ULLMANN, BURMEISTER et al., 2009).

A recomendação para o consumo de proteínas é de 1,2 g/kg/dia, com pelo menos 50% de alto valor biológico. O consumo diário de potássio deve ser inferior a 4g/dia. Já a ingestão de fósforo deve ser de menos de 800mg/dia. Quanto aos lipídios, a dieta recomendada sugere que até 30%, no máximo, do total de calorias ingeridas sejam derivadas de gorduras. O consumo de sódio deve-se limitar entre 1,2 e 1,5g por dia (DAUGIRDAS, BLAKE, ING, 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO, 2011).

A elevação do nível sérico de potássio pode ocasionar cardiotoxicidade, principal causa de morte em pacientes com hiperpotassemia, arritmias, parestesias, fraqueza muscular e paralisia respiratória (CRUZ, BARROS, 1996). O aumento do fósforo sanguíneo resulta da ingestão excessiva de fósforo, da redução da

depuração e do estado da remodelação óssea, e associa-se a uma maior ocorrência de eventos cardiovasculares (PINTO, ULLMANN, BURMEISTER et al., 2009).

O controle inadequado de sódio está relacionado com maior GPID e elevação da pressão arterial (NERBASS, MORAIS, SANTOS et al., 2013).

O baixo aporte nutricional e as perdas de proteínas através do dialisato e/ou do aumento do catabolismo podem resultar em quadro de desnutrição. As consequências relacionadas à piora no perfil nutricional incluem mal-estar, fadiga, reabilitação insatisfatória, comprometimento cicatricial, maior suscetibilidade à infecção e aumento de hospitalização e mortalidade (DAUGIRDAS, BLAKE, ING, 2008).

Podem-se apontar como obstáculos para alcançar à adesão à terapia dietética a necessidade de mudar hábitos alimentares, a incapacidade de restringir o consumo de alimentos favoritos e a complexidade da recomendação dietética (CHAN, ZALILAH, HII, 2012).

### **3.4 Adesão Medicamentosa**

Pacientes em hemodiálise necessitam consumir um grande número de comprimidos diariamente para controlar os efeitos da DRC (BROWNE, MERIGHI, 2010). A presença de comorbidades associadas reflete-se diretamente na quantidade de medicações prescritas aos pacientes, que poderá resultar em abandono da terapia medicamentosa e/ou em complicações associadas ao uso incorreto dos fármacos (BURNIER, PRUJIM, WUERZNER et al., 2014).

O número de medicações diariamente prescritas para esses pacientes é um preditor independente de pontuações mais baixas sobre dimensões físicas na QVRS (CHIU et al., 2009). Uma carga de comprimidos menor está associada com maior adesão (WANG, ALFIERI, RAMAKRISHNAN et al., 2013).

Pacientes em hemodiálise consomem em média onze medicações diariamente, das quais, mais da metade têm uma prescrição superior a vinte comprimidos por dia. Os quelantes de fósforo foram responsáveis por cerca de metade da carga de comprimidos (CHIU, TEITELBAUM, MISRA et al., 2009).

A adesão à medicação torna-se fundamental para controlar os níveis séricos de fosfato. Quando elevados, podem causar osteodistrofia renal, desmineralização óssea e doenças cardiovasculares, sendo a principal causa de morte de pacientes em hemodiálise (KARAMANIDOU, WEINMAN, HORNE, 2014).

O fato de o paciente esquecer de tomar os medicamentos tem sido apontado como a principal barreira para a adesão à terapia medicamentosa (CHAN, ZALILAH, HII, 2012; KIM, EVANGELISTA, 2010). Além disso, os efeitos colaterais e a complexidade do tratamento prescrito são fatores que contribuem para a baixa adesão (CHAN, ZALILAH, HII, 2012). Fica evidente que componentes da carga de comprimidos – seja o número de comprimidos a serem tomados em um determinado momento, seja a frequência de administração – devem ser levados em consideração para traçar o plano terapêutico dos pacientes (CHIU, TEITELBAUM, MISRA et al., 2009).

#### **4 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE**

A evolução da terapia hemodialítica tornou possível prolongar a vida dos pacientes com DRC terminal (NKF, 2002). Entretanto, a dinâmica da terapêutica pode impor um fardo psicossocial aos pacientes devido ao tempo gasto semanalmente com o tratamento, aumento da dependência de familiares, ansiedade e cansaço após as sessões (MITTAL, AHERN, FLASTER, 2001). O impacto da hemodiálise no cotidiano dos pacientes tem motivado o desenvolvimento de pesquisas para avaliação da QVRS desses indivíduos (SANTOS, MACHADO, PEREIRA et al, 2013; MAZAIRAC, GROOTEMAN, BLANKESTIJN, 2012).

O método de avaliação de indicadores da QV está relacionado aos interesses científicos das investigações (PEREIRA, TEIXEIRA, SANTOS, 2012). As medidas podem ser classificadas como: genéricas, aplicadas na população sem que patologias sejam especificadas; ou específicas, que abordam situações relacionadas à experiência de doenças, agravos ou intervenções (MINAYO, 2000).

A OMS conceituou QV como “a percepção que o indivíduo tem de sua posição no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, suas expectativas, padrões e preocupações” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995). A QVRS em saúde possui centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade (MINAYO, 2000).

As condições associadas à insuficiência renal trazem prejuízo para a saúde desses pacientes. O número médio de comorbidades em pacientes em hemodiálise é de aproximadamente quatro. A hospitalização média por ano fica em torno de quinze dias, e a QV autorrelatada é menor do que a população em geral (NKF, 2002).

Frequentemente, pacientes em hemodiálise relatam falta de energia, fraqueza muscular, sensação de desânimo, fadiga e câibras. Tais repercussões ocasionam diminuição da QVRS relacionada à limitação de atividades diárias pela condição de saúde; de trabalho, devido aos problemas físicos; além de frustração e interferência na vida dos pacientes (COSTA, VASCONCELOS, TASSITANO, 2010; KUSUMOTO, MARQUES, HAAS et al., 2008).

A não adesão à terapia hemodialítica repercute no cotidiano dos pacientes. Conseqüentemente, a prevalência e a intensidade dos sintomas físicos relacionam-se com a QVRS (FLYTHE, POWELL, POULTON, 2015). O elevado GPID, o nível sérico de potássio aumentado e o valor de hematócrito abaixo do recomendado agravam sintomas físicos e causam prejuízos psicossociais (YAMANA, 2009).

A avaliação do estado nutricional em hemodiálise é fundamental para o estabelecimento da assistência com alta qualidade. Pacientes desnutridos apresentam piores dimensões globais de saúde, com diminuição nos aspectos físicos e mentais (MOREIRA, CAROLINO, DOMINGOS et al., 2013). Fatores relacionados ao comparecimento às sessões de hemodiálise demonstram relevância, pois pacientes que necessitam de viagens para desfrutar do tratamento nas clínicas apresentam piora da QVRS. Quanto mais longo o tempo de viagem, maior o risco de mortalidade e de diminuição da QVRS (MOIST, BRAGG-GRESHAM, PISONI et al., 2008).

A necessidade de tempo para que os pacientes se recuperem após as sessões de hemodiálise tem sido associada à piora da QVRS e ao aumento da probabilidade de desenvolvimento de sintomas de depressão. A equipe de saúde deve estar atenta a esses pacientes para aliviar sintomas, reduzir a probabilidade de depressão e melhorar aspectos da QVRS (LOPES, SILVA, PINTO et al., 2014).

A má qualidade do sono foi relacionada com o aumento da mortalidade. Deve-se, portanto, dar atenção a esse quesito a fim de melhorar a QVRS e diminuir a mortalidade (BREKKE, WALDUM, AMRO et al., 2014).

Pacientes com menos de 60 anos têm apresentado piores escores na análise da QVRS quando comparado aos idosos, identificados nos domínios emocional, social e na percepção geral da saúde. Isso pode ocorrer por melhor adaptação dos indivíduos idosos em relação à situação de saúde (LEVVA, SELIER, GONZÁLEZ et al., 2015).

Em relação ao tempo em hemodiálise, pacientes em tratamento por período menor que cinco anos têm piores resultados relacionados aos domínios físico, emocional, social e à percepção da doença (LEVVA, SELIER, GONZÁLEZ et al., 2015; YAMANA, 2009). O maior período em hemodiálise pode contribuir para otimizar a autogestão e a maneira de lidar com a doença (YAMANA, 2009).

O grau de escolaridade apresenta-se como um aspecto relevante para pacientes em hemodiálise e pode contribuir para melhorar a compreensão da



situação de saúde: indivíduos com tempo de estudo igual ou inferior a 8 anos apresentam piora na QVRS (CAVALCANTE, LAMY, FILHO, et al., 2013).

#### **4.1 O instrumento de avaliação de qualidade de vida *Kidney Disease Quality of Life Short Form - KDQOL-SF***

O KDQOL-SF é um instrumento de avaliação da QVRS de pacientes com DRC em algum tipo de programa dialítico. Ele envolve aspectos genéricos e específicos e apresenta 80 itens distribuídos em 19 escalas multi-itens. É composto pelo SF-36 e por 43 itens sobre a DRC (HAYS, KALLICH, MAPES et al., 1994).

O SF-36 contempla oito dimensões. São elas: funcionamento físico, limitações causadas por problemas de saúde física, função social, saúde mental, dor, vitalidade (energia/fadiga), percepções da saúde geral e estado de saúde atual comparado com o que era apresentado há um ano, o que é computado isoladamente. A parte específica da DRC inclui 11 dimensões, que abordam: sintomas/problemas, efeitos da DRC sobre o cotidiano, sobrecarga da DRC, condições de trabalho, função cognitiva, interação social, função sexual, sono e mais três escalas adicionais que avaliam suporte social, estímulo da equipe de diálise e satisfação do paciente (DUARTE, MIYAZAKI, CICONELLI et al., 2003).

A avaliação psicométrica do constructo na versão em português apresentou  $\alpha$  de “Cronbach” aceitável, que varia de 0,6 a 1, exceto na dimensão “papel profissional”, que obteve 0,1. Os maiores valores atribuídos à consistência foram obtidos nos domínios de saúde física, funcionamento físico, dor e função sexual: os três primeiros obtiveram 0,9, e o último, 1. Já a menor consistência foi encontrada na função cognitiva e interação social, com 0,6 (MOREIRA, JUNIOR, LIMA et al., 2009).

O KDQOL-SF é apontado como o melhor instrumento de avaliação da QVRS em pacientes em tratamento dialítico pelo fato de fornecer informações relevantes gerais e específicas dos pacientes aos profissionais (CAGNEY, WU, FINK, et al., 2000). O instrumento contém versões traduzidas para diversos idiomas, entre eles espanhol, italiano, alemão, japonês, francês, chinês e português (RAND HEALTH, 2016).

A versão do KDQOL-SF após a tradução para o português foi intitulada “Sua Saúde e Bem-estar – Doença Renal e Qualidade de Vida” (KDQOL-SFTM 1.3). Esse instrumento pode ser aplicado durante o tratamento dialítico, com auxílio ou com

autoaplicação. O instrumento possibilita avaliações periódicas do estado de saúde dos pacientes (DUARTE, MIYAZAKI, CICONELLI et al., 2003).

## **5 OBJETIVOS**

### **5.1 Objetivo geral**

Avaliar a adesão ao regime terapêutico e a QVRS de pacientes renais crônicos em hemodiálise, em um município polo macrorregional de assistência à saúde localizado na Região Sudeste do Brasil.

### **5.2 Objetivos específicos:**

- Associar a adesão ao regime terapêutico hemodialítico à QVRS de pacientes renais crônicos.
- Descrever as características sociodemográficas e econômicas em pacientes renais crônicos em hemodiálise.

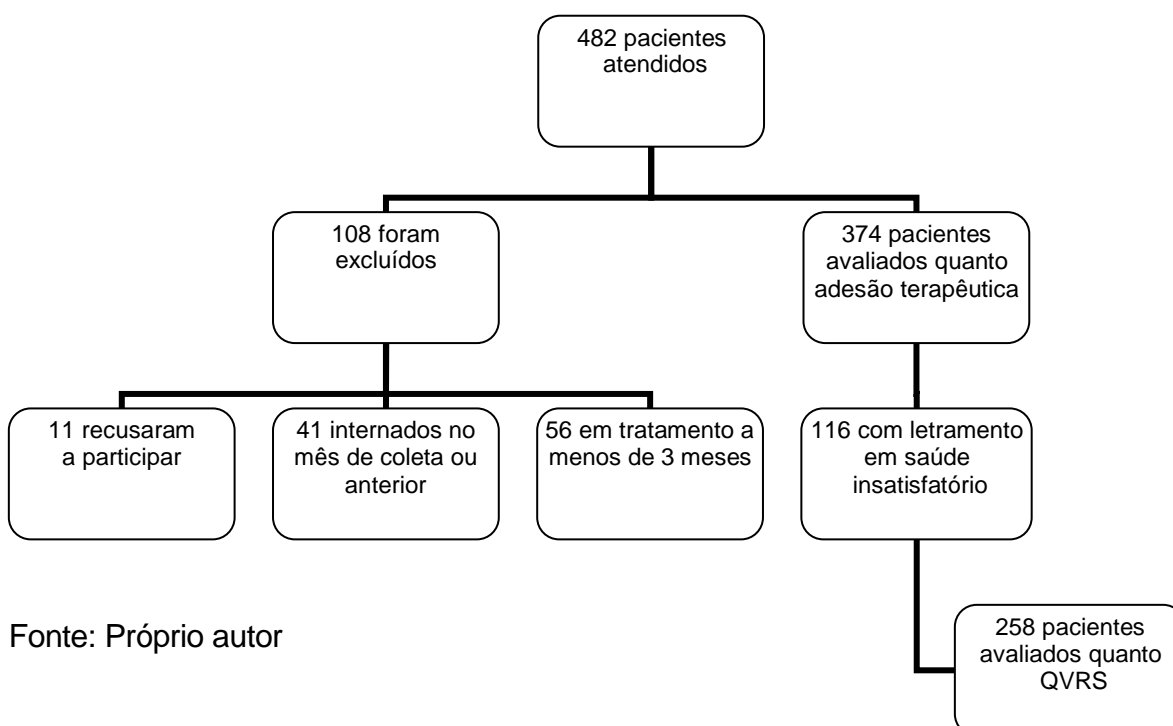
## 6 METODOLOGIA E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

Trata-se de um estudo transversal, que teve como população pacientes que realizam terapia hemodialítica em um Hospital Universitário e em duas Clínicas de Hemodiálise privadas conveniadas com o Sistema Único de Saúde em um município polo macrorregional de assistência à saúde localizado na Região Sudeste do Brasil. Esses três Centros são responsáveis pela totalidade dos serviços de hemodiálise no município e servem como referência ao atendimento de 37 cidades da região (BRASIL, sd).

Os critérios de inclusão do estudo foram: pacientes com idade  $\geq 18$  anos, que estavam em hemodiálise por um período  $\geq 3$  meses, que manifestaram interesse em participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo I) e que apresentaram um índice de alfabetismo  $\geq 14$  no teste avaliação de alfabetização para saúde de adultos - SAHLPA-18 (Anexo II), já validado no Brasil (APOLINARIO, BRAGA, MAGALDI et al, 2012).

Adotou-se como critérios de exclusão: pacientes que se encontravam internados ou que estiveram internados no mês anterior à coleta de dados, que foram transferidos para outra clínica no período de coleta de dados ou encaminhados para a cirurgia de transplante renal. A figura 2 detalha fluxograma dos pacientes atendidos nos três centros dialíticos e a seleção para o estudo.

**FIGURA 2 - Fluxograma de seleção de pacientes**



Fonte: Próprio autor

Os dados foram coletados através de prontuários para caracterização sociodemográfica e avaliação da adesão à terapêutica (Apêndice A), no período de fevereiro a maio de 2017. Os padrões para avaliação da adesão ao regime terapêutico tiveram como base os indicadores estabelecidos pelo estudo DOPPS, quadro 2.

#### QUADRO 2 – Avaliação da adesão ao regime terapêutico hemodialítico

Aspectos da Adesão	Indicador	Classificação da não adesão
Restrição hídrica	GPID	GPID > 5,7% do peso seco
Restrição dietética	Nível sérico de potássio e fósforo	Potássio > 6 mEq/l e ou fósforo de > 7.5mg/dl
Farmacoterapia	Nível sérico de fósforo	Fósforo > 7.5 mg/dl
Terapia hemodialítica	Comparecimento às sessões de hemodiálise	Falta e ou diminuição do tempo de uma ou mais sessões

Fonte: Adaptado (SARAN, BRAGG-GRESHAM, RAYNER et al., 2003).

Já para a avaliação da QVRS, foi aplicado pelo pesquisador, durante as sessões de hemodiálise, o questionário *Kidney Disease Quality of Life Short Form - KDQOL-SF* (Anexo III), já validado no Brasil, que é um instrumento específico aplicável a pacientes que realizam algum tipo de programa dialítico e que aborda aspectos genéricos e específicos da saúde do paciente, DRC, efeitos da DRC na vida diária e satisfação com o tratamento. O instrumento é composto por 24 questões, em um total de 80 itens de múltipla escolha. Para a avaliação, é adotado um escore que varia de zero a 100, em que, na avaliação da qualidade de vida do paciente, 100 é a melhor classificação, e zero a pior (DUARTE, MIYAZAKI, CICONELLI et al., 2003). A pesquisadora principal, responsável pela validação do instrumento KDQOL-SF no Brasil, consentiu com sua utilização no presente estudo.

Na avaliação a adesão à terapêutica foram empregadas técnicas de análise estatística descritiva. Utilizou-se o teste Qui-quadrado para testar a associação entre as variáveis categóricas ajustadas pelo teste de Fischer, quando necessário. Para avaliação das variáveis quantitativas foi utilizado testes t e ANOVA. Resultados com nível de significância menor ou igual a 0,20 foram incluídas na análise de regressão logística. A significância do modelo foi testada pelo teste de Hosmer and Lemeshow. Foram obtidas medidas de associação bruta e ajustada (odds ratio – OR) com seus respectivos intervalos de confiança a 95% (IC 95%).

Para avaliar a QVRS utilizou-se técnicas de análise estatística descritiva, tais como frequência absoluta e relativa, média, mediana, desvio padrão, intervalo interquartil e valores máximo e mínimo. O perfil de distribuição das variáveis quantitativas foi obtido por meio do teste Kolmogorov-Smirnov. Por se tratar de variáveis com distribuição não paramétrica, os dados foram analisados a partir da aplicação dos testes de Mann Whitney e o de Kruskal Wallis. Os resultados foram considerados significativos quando  $p < 0,05$ . Optou-se por avaliar a associação das variáveis com os componentes específicos da DRC e componentes sumarizados físico (CSF) e mental (CSM) que compõem o questionário.

Os resultados foram considerados significativos quando  $p < 0,05$ . Os dados foram analisados através do software *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 15.

O presente estudo obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora – MG, com parecer de número de 1.709.611(Anexo IV).

## 7 RESULTADOS

Os resultados finais e discussão do presente estudo originaram os artigos:

- 1 “Fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em terapêutica hemodialítica”.
- 2 “Fatores associados à não adesão ao regime terapêutico de pacientes em hemodiálise”.

Os resultados obtidos estão inseridos no apêndice B.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As condições crônicas em saúde apontam para a necessidade de reorganização da rede assistencial a fim de que se alcance melhores indicadores. A DRC exerce grande impacto na vida dos indivíduos acometidos, principalmente quando se torna necessário uma TRS. Devido à sua complexidade, a terapêutica hemodialítica pode ocasionar repercussões nos aspectos físico, psíquico e social dos pacientes.

Com a evolução do tratamento, tornou-se possível prolongar a sobrevivência de pacientes em hemodiálise, porém tais indivíduos apresentam comprometimento da QVRS e baixa adesão terapêutica, o que resulta em maior sintomatologia, hospitalizações recorrentes e aumento da mortalidade.

Os resultados do presente estudo indicam que 57,5% dos pacientes não realizaram o tratamento conservador em nefrologia. A doença de base mais prevalente foi a hipertensão arterial sistêmica. Mais da metade dos indivíduos em tratamento apresentaram nível sérico de albumina inferior a 4g/dl e hemoglobina menor que 11g/dl.

Em relação à QVRS, os menores escores da mediana na parte específica do Kdqol-SF foram alcançados nas dimensões “trabalho”, “carga da DRC” e “efeitos da DRC”. Já as menores pontuações nos componentes genéricos foram “papel físico”, “função física” e “saúde geral”. A análise das associações entre as variáveis demonstrou que indivíduos do sexo feminino, pacientes com menos de 60 anos, que se autodeclararam brancos, com baixo nível socioeconômico, que necessitam de acompanhante nas sessões de hemodiálise, em terapia hemodialítica por período menor que 5 anos e que possuem prescrição medicamentosa com dez (10) ou mais fármacos apresentaram os piores escores na avaliação da QVRS. Destaca-se ainda a presença de fatores modificáveis – tais como baixos níveis séricos de albumina e hemoglobina e não adesão à restrição hídrica e à terapia – também associados à piora na QVRS.

Apenas 34% dos pacientes estavam em conformidade com os quatro aspectos da terapêutica analisados. Os maiores percentuais de não adesão foram relacionados à restrição hídrica e dietética, à terapia e ao regime medicamentoso, respectivamente. Pacientes idosos, indivíduos que possuem diurese residual, com parâmetro nutricional e hematológico adequados, que tiveram financiamento das



sessões de hemodiálise pelo SUS e cor da pele branca apresentaram maior probabilidade de serem aderentes.

A análise dos dados aponta para necessidade de intervenções a fim de que se alcance a adesão à terapêutica hemodialítica. Atividades baseadas no empoderamento dos pacientes e na educação em saúde têm apresentado resultados satisfatórios, de acordo com a literatura. O trabalho com metas individuais, consultas coletivas e intervenções da equipe multiprofissional poderá esclarecer os parâmetros esperados no tratamento, aprimorar a gestão da condição de saúde e autocuidado, bem como favorecer a troca de experiências de vida entre os pacientes e profissionais. Com isso, poderá haver aumento do vínculo e da relação de confiança necessários para conformidade ao tratamento.

A adesão aos aspectos do tratamento hemodialítico repercute diretamente na situação clínica dos pacientes e, conseqüentemente, na QVRS. As equipes dos centros dialíticos devem estar atentas para as necessidades dos pacientes, já que os mais jovens tendem a ser menos aderentes, enquanto os idosos geralmente apresentam declínio funcional. Assim, o planejamento assistencial deverá contemplar as necessidades individuais.

As limitações desse estudo estão relacionadas às características dos estudos transversais, não sendo possível estabelecer relação temporal entre exposição e efeito. Portanto, os resultados não representam causalidade.

Espera-se que os resultados do presente estudo possam contribuir para o aprimoramento do planejamento das ações em saúde com pacientes em hemodiálise e subsidiem as equipes dos centros dialíticos na inclusão da análise da adesão à terapêutica, da QVRS e dos marcadores nutricionais e hematológicos como indicadores de qualidade da assistência prestada. Com isso, objetiva-se reduzir o percentual de hospitalização, os gastos com saúde, a mortalidade e fornecer melhorias nas condições de vida dos pacientes.

## 9 REFERÊNCIAS

ABDELFATAH, A.B.; MOTTE, G.; DUCLOUX, D. et al. Determinants of mean arterial pressure and pulse pressure in chronic haemodialysis patients. **Journal of Human Hypertension**, 2001.

ÁLVAREZ MABÁN, E.; BARRA ALMAGIÁ, E. Autoeficacia, estrés percibido y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados. **Cienc. Enferm.**, 2010.

APOLINARIO, D.; BRAGA, R. C. O.; MAGALDI, R. M. et al. Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 702-711, 2012.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil**, 2016.

BARAZ, S.; PARVARDEH, S.; MOHAMMADI, E. et al. Dietary and fluid compliance: an educational intervention for patients having haemodialysis. **Journal of Advanced Nursing**, 2009.

BARNETT, T.; YOONG, T.L.; PINIKAHANA, J. et al. Fluid compliance among patients having haemodialysis: can an educational programme make a difference? **Journal of Advanced Nursing**, 2007.

BARRETO, M. S.; CREMONESE, I. Z.; JANEIRO, V.; MATSUDA, L. M.; MARCON, S. S. Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados. **Rev. Bras. Enferm.** v. 68, n. 1, p. 60-67, 2015.

BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. Doença Renal Crônica: frequente e Grave, mas também prevenível e tratável. **Rev Assoc Med Bras**; V.56, n.2, p.248-253, 2010.

BERMAN, E.; MERZ, J. F.; RUDNICK, M. et al. Religiosity in a Hemodialysis Population and Its Relationship to Satisfaction With Medical Care, Satisfaction With Life, and Adherence. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 44, n. 3, p. 488-497, 2004.

BEUTER, C. R.; MULLER, L. R.; BRONDANI, C. M. et al. A Adesão de Indivíduos em Terapia Hemodialítica. **R. pesq.: cuid. fundam.**, v. 5, n. 2, p.3558-3566, 2013.

BORGES, G. M.; CAMPOS, M. B.; CASTRO e SILVA, L. G. Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para a sociedade nas próximas décadas. In: ERVATTI, L. R.; BORGES, G. M.; JARDIM, A. P. (Orgs). **Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI Subsídios para as projeções da população ações**. Rio de Janeiro, 2015. p. 138 -151.

BRAGA, S.F.M.; PEIXOTO, S.V.; GOMES, I.C.; ACÚRCIO, F.A.; ANDRADE, E.I.G.; CHERCHIGLIA, M.L. Fatores associados com a qualidade de vida relacionada à saúde de idosos em hemodiálise. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p. 1127-1136, 2011.

BRAR, A.; BABAKHANI, A.; SALIFU, M. O. et al. Evaluation of Non adherence in Patients Undergoing Dialysis and Kidney Transplantation: United States Transplantation Practice Patterns Survey. **Transplantation Proceedings**, XX, p. 1-7, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. Ed., 2, reimpr. 3 – Brasília, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde**. <http://www.cnes.datasus.gov.br/> (sd)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 466: **diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília (DF), 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis**. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, 2014b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022**. Brasília, 2011c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal**. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 389 de 13 de março de 2014**. Brasília, 2014d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução de Diretoria Colegiada – RDC Nº 11, de 13 de março de 2014**. Brasília, 2014e.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BREKKE, F. B.; WALDUM, B.; AMRO, A. et al. Self-perceived quality of sleep and mortality in Norwegian dialysis patients. **Hemodialysis International**, v. 18, p. 87–94, 2014.

BROWNE, T.; MERIGHI, J. R. Barriers to Adult Hemodialysis Patients' Self-Management of Oral Medications. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 56, n.3, p. 547-557, 2010.

BURNIER, M.; PRUJIM, M.; WUERZNER, G. et al. Drug adherence in chronic kidney diseases and dialysis. **Nephrol Dial Transplant**, v. 30, p. 39–44, 2015.

CAGNEY, K. A.; WU, A. W.; FINK, N. E. et al. Formal Literature Review of Quality-of-Life Instruments Used in End-Stage Renal Disease. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 36, n. 2, p. 327-336, 2000.

CAVALCANTE, M. C. V.; LAMY, Z. C.; FILHO, F. L. et al. Fatores associados à qualidade de vida de adultos em hemodiálise em uma cidade do nordeste do Brasil. **J Bras Nefrol**, v. 35, n. 2, p.79-86, 2013.

CHAN, K. E.; THADHANI, R.; MADDUX, F. W. Adherence Barriers to Chronic Dialysis in the United States. *J Am Soc Nephrol*, v. 25, p. 2642–2648, 2014.

CHAN, Y. M.; ZALILAH, M. S.; HII, S. Z. Determinants of Compliance Behaviours among Patients Undergoing Hemodialysis in Malaysia. **Plos one**, v. 7, n. 8, 2012.

CHENITZ, K. B.; FERNANDO, M.; SHEA, J. A. In-center hemodialysis attendance: Patient perceptions of risks, barriers, and recommendations. **Hemodialysis International**, v. 18, p. 364–373, 2014.

CHERCHIGLIA, M. L., MACHADO, E. L., SZUSTER, D. A. C. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 44, n. 4, p. 639-649, Aug. 2010.

CHIU, Y. W.; TEITELBAUM I.; MISRA M. et al. Pill Burden, Adherence, Hyperphosphatemia, and Quality of Life in Maintenance Dialysis Patients. **Clin J Am Soc Nephrol**, v. 4, p. 1089–1096, 2009.

CHO, M. Effect of health contract intervention on renal dialysis patients in Korea. **Nursing and Health Sciences**, v. 15, p. 86–93, 2013.

CLARK-CUTAIA, M. N.; REN, D.; HOFFMAN, L. A. Adherence to Hemodialysis Dietary Sodium Recommendations: Influence of Patient Characteristics, Self-Efficacy and Perceived Barriers. *J Ren Nutr.* v. 24, n. 2, p. 92–99, 2014.

COSTA, P. B.; VASCONCELOS, K. F. S.; TASSITANO, R. M. Qualidade de vida: pacientes com insuficiência renal crônica no município de Caruaru, PE. **Fisioter mov**, v. 23, n. 3, p. 461-471, Curitiba , 2010 .

CRISTÓVÃO, A. F. Dificultades y estrategias en el manejo del régimen terapéutico en el paciente renal crónico en hemodiálisis. **Enferm Nefrol.**, v. 16, n. 4, p. 247-255, 2013.

CRISTÓVÃO, A. F. A. J. Eficácia das restrições hídrica e dietética em pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Rev Bras Enferm.** v. 68 n. 6, p. 1154-62, 2015.

CRUZ, J.; BARROS, R. T. **Atualidades em Nefrologia.** v. 4, São Paulo: Sarvier, 1996.

DAUGIRDAS, J. T.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. **Manual de Diálise**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2008.

DENHAERYNCK, K.; MANHAEVE, D.; DOBBELS, F.; GARZONI, D.; NOLTE, C.; DE GEEST, S. Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens. **Am J Crit Care**, v. 16, n. 3, p. 222-35, 2007.

DUARTE, P. S.; MIYAZAKI, M. C. O. S.; CICONELLI, R. M. et al. . Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SF TM). **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 49, n. 4, p. 375-381, 2003 .

FLYTHE, J. E.; POWELL, J. D.; POULTON, C. J. et al. Patient-Reported Outcome Instruments for Physical Symptoms Among Patients Receiving Maintenance Dialysis: A Systematic Review. **Am J Kidney Dis**. v. 66, n. 6, p. 1033-1046, 2015.

HAYS, R. D.; KALLICH, J. D.; MAPES, D. L. et al. Development of Kidney Disease Quality of Life (KDQOL TM) instrument. **Qual Life Res**, v. 3, p. 29-38, 1994.

HECKING, E.; BRAGG-GRESHAM, J. L.; RAYNER, H. C.; PISONI, R.L.; ANDREUCCI, V. E.; COMBE, C. et al. Haemodialysis prescription, adherence and nutritional indicators in five European countries: results from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). **Nephrol Dial Transplant**. v. 19, n. 1, p. 100-7, 2004.

IBORRA-MOLTÓ, C.; LÓPEZ-ROIG, S.; PASTOR-MIRA, M.A. Prevalencia de la adhesión a la restricción de líquidos en pacientes renales en hemodiálisis: indicador objetivo y adhesión percibida. **Nefrología Madr.**, v. 32, n. 4, p. 477-485, 2012.

INKER, L. A.; ASTOR, B. C.; FOX, C. H. et al. **KDOQI US Commentary on the 2012 KDIGO Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of CKD**. Am J Kidney Dis. National Kidney Foundation, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo demográfico de 2010**. Rio de Janeiro, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050**. Rio de Janeiro, 2008.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR – IESS. Envelhecimento populacional e os desafios para o Sistema de Saúde Brasileiro. São Paulo: **IESS** [org], 2013. Disponível em: [www.iess.org.br/envelhecimentopop2013.pdf](http://www.iess.org.br/envelhecimentopop2013.pdf)

KARAMANIDOU, C.; WEINMAN, J.; HORNE, R. A qualitative study of treatment burden among haemodialysis recipients. **Journal of Health Psychology**, v. 19, n. 4, p. 556-569, 2014.

KATZIR, Z.; BOAZ, M. IRENA BACKSHI, I. et al. Medication Apprehension and Compliance among Dialysis Patients – a Comprehensive Guidance Attitude. *Nephron Clin Pract*, p. 151 – 157, 2009.

KIM, Y.; EVANGELISTA, L. S.; PHILLIPS, L. R. et al. The end-stage renal disease adherence questionnaire (ESRD-AQ): testing the psychometric properties in patients receiving In-center hemodialysis. ***Nephrol Nurs J***, v.37, n.4, 2010.

KIM, Y.; EVANGELISTA, L. S. Relationship between Illness Perceptions, Treatment Adherence, And Clinical Outcomes in Patients On Maintenance Hemodialysis. ***Nephrol Nurs J***, v. 3, n. 37, p. 271 – 281, 2010.

KLARENBACH, S. W.; TONELLI, M.; CHUI, B. et al. Economic evaluation of dialysis therapies. ***Nephrol. Advance***, 2014.

KUGLER, C.; VLAMINCK, H.; HAVERICH, A.; MAES, B. Nonadherence with diet and fluid restrictions among adults having hemodialysis. *J Nurs Scholarsh.* v. 37, n. 1, p. 25-9, 2005.

KUSUMOTO, L.; MARQUES, S.; HAAS, V. J. et al. . Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. ***Acta paul. enferm.***, São Paulo , v. 21, n. spe, p. 152-159, 2008.

LEE, S.; MOLASSIOTIS, A. Dietary and fluid compliance in Chinese hemodialysis patients. ***Int J Nurs Stud***. v. 39, n. 7, p. 695-704, 2002.

LEGGAT, J.E.; ORZOL, S.M. HULBERT-SHEARON, T.E.; GOLPER, T.A.; JONES, C.A.; HELD, P. J.; PORT, F. K. Noncompliance in hemodialysis: predictors and survival analysis. ***Am J Kidney Dis.***, v. 32, n. 1, p. 139-45, 1998.

LEVVA, E. C.; SELIER, R. A.; GONZÁLEZ, S. R. M. et al. Evaluación de la calidad de vida relacionada con salud em pacientes en hemodiálisis periódica utilizando el KDQOL-SFTM. ***Medisur***, v. 13, n. 4, 2015.

LINARDI, F.; LINARDI, F. F.; BEVILACQUA, J. L. et al. . Acesso vascular para hemodiálise: avaliação do tipo e local anatômico em 23 unidades de diálise distribuídas em sete estados brasileiros. ***Rev. Col. Bras. Cir.***, Rio de Janeiro , v. 30, n. 3, p. 183-193, 2003.

LOPES, A.A.; BRAGG-GRESHAM, J.L.; GOODKIN, D.A.; FUKUHARA, S.; MAPES, D.L.; YOUNG, E.W. et al. Factors associated with health-related quality of life among hemodialysis patients in the DOPPS. ***Qual Life Res***, 2007.

LOPES, G. B.; SILVA, L. F.; PINTO, G. B. et al. Patient's response to a simple question on recovery after hemodialysis session strongly associated with scores of

comprehensive tools for quality of life and depression symptoms. **Qual Life Res**, 2014.

LOPEZ -GOMEZ , J. M.; VILLAVARDE, M.; JOFRE, R. et al. Interdialytic weight gain as a marker of blood pressure, nutrition, and survival in hemodialysis patients. **International Society of Nephrology**, v. 67, 2005.

LUNSKY Y. Depressive symptoms in intellectual disability: does gender play a role? **J Intellect Disabil Res**, v. 47, n. 6, p. 417-27, 2003.

MABÁN, A. E.; ALMAGIÁ, E. B. AUTOEFICACIA, ESTRÉS PERCIBIDO Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES HEMODIALIZADOS. **Cienc. enferm.** v. 16, n. 3, p. 63-72, Concepción, 2010.

MALDENER, C. R.; BEUTER, M.; BRONDONI, C. M. et al. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 29, n. 4, p. 647-653, 2008.

MAZAIRAC, A. H. A.; GROOTEMAN, M. P. C.; BLANKESTIJN, P. J. et al. Differences in quality of life of hemodialysis patients between dialysis centers. **Qual Life Res**, v. 21, p. 299–307, 2012.

MELLON, L.; REGAN, D.; CURTIS, R. Factors influencing adherence among Irish haemodialysis patients. **Patient Education and Counseling**, 2013.

MENEZES, F. G.; BARRETO, D. V.; ABREU, R. M. et al. . Panorama do tratamento hemodialítico financiado pelo Sistema Único de Saúde - Uma perspectiva econômica. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo , v. 37, n. 3, p. 367-378, 2015.

MINAYO, M. C. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MITEMA D.; JAAR, B. G. How Can We Improve the Quality of Life of Dialysis Patients? **Semin Dial.**, v. 29, n. 2, p. 93-102, 2016.

MITTAL, S. K.; AHERN, L.; FLASTER, E. et al. Self-assessed physical and mental function of haemodialysis patients. **Nephrology, Dialysis, Transplantation**, v. 16, p. 1387–1394, 2001.

MOIST, L. M.; BRAGG-GRESHAM, J. L.; PISONI, R. L. et al. Travel Time to Dialysis as a Predictor of Health-Related Quality of Life, Adherence, and Mortality: The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). **Am J Kidney Dis**, v. 51, p. 641-650, 2008.

MOLTÓ, C. I.; ROIG, S. L.; PASTOR, M. Prevalencia de la adhesión a la restricción de líquidos en pacientes renales en hemodiálisis: indicador objetivo y adhesión percibida. **Revista Nefrología. Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología**, 2012.

MOREIRA, A. C.; CAROLINO, E.; DOMINGOS, F. et al. Nutritional status influences generic and disease-specific quality of life measures in haemodialysis patients. **Nutr Hosp**, v. 28, n. 3, p. 951-957, 2013.

MOREIRA, C. A.; JUNIOR, W. G.; LIMA, L. F. et al. AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS BÁSICAS PARA A VERSÃO EM PORTUGUÊS DO KDQOL-SF. **Rev Assoc Med Bras**, v. 55, n. 1, p. 22-8, 2009.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION - NKF. **K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification**. Am J Kidney, 2002.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION - NKF. **2006 Updates clinical practice guidelines and recommendations**. In: Kidney Disease Outcomes Quality Initiative. EUA, 2006.

NERBASS, F. B.; MORAIS, J. G.; SANTOS, R.G. et al. Fatores associados à ingestão de sal em pacientes em tratamento crônico de hemodiálise. **J Bras Nefrol.**, v. 35, n. 2, p. 87-92, 2013.

OLIVEIRA, M.I.G.; SANTOS, A. M.; FILHO, N. S. Análise da sobrevida e fatores associados à mortalidade em receptores de transplante renal em Hospital Universitário no Maranhão. **J Bras Nefrol**, São Paulo, v.34, n. 3, p: 216-225, 2012.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v.26, n.2, p. 241-50, 2012.

PILGER, C.; RAMPARI, E. M.; WAIDMAN, M. A. P. et al. Hemodiálise: Seu Significado e Impacto Para a Vida do Idoso. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, Rio de Janeiro, v.14, n. 4, p. 677-683, 2010.

PINTO, D. E.; ULLMANN, L. S.; BURMEISTER, M. M. et al. Associações entre ingestão energética, proteica e de fósforo em pacientes portadores de doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 269-276, 2009.

RAMBOD, M.; PEYRAVI, H.; SHOKRPOUR, N. et al. Dietary and Fluid Adherence In Iranian Hemodialysis Patients. **The Health Care Manager**, v. 29, n. 4, 2010.

RAND HEALTH. **Kidney Disease Quality of Life Instrument (KDQOL)**, 2016. Disponível em [http://www.rand.org/health/surveys\\_tools/kdqol.html](http://www.rand.org/health/surveys_tools/kdqol.html).

RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

RITT, G. F.; BRAGA, P. S.; GUIMARÃES, E. L. et al. Terapia Renal Substitutiva em Pacientes do Interior da Bahia: Avaliação da Distância entre o Município de Moradia e a Unidade de Hemodiálise mais Próxima. **J Bras Nefrol**, v. 29, n. 2, 2007.



ROMÃO JUNIOR, J. E. Doença Renal Crônica: Definição, epidemiologia e classificação. **J Bras Nefrol**, v. XXVI, n. 3, supl.1, 2004.

SANTOS, A. C. B.; MACHADO, M. C.; PEREIRA, L. R. et al. . Associação entre qualidade de vida e estado nutricional em pacientes renais crônicos em hemodiálise. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, n. 35, v. 4, p. 279-288, 2013.

SARAN, R.; BRAGG-GRESHAM, J. L.; RAYNER, H. et al. Nonadherence in hemodialysis: Associations with mortality, hospitalization, and practice patterns in the DOPPS. *Kidney International*. v. 64, p. 254–262, 2003.

SMITH, K.; COSTON, M.; GLOCK, K. et al. Patient Perspectives on Fluid Management in Chronic Hemodialysis. **J Ren Nutr**, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA - SBN. **Censo de diálise 2015**. São Paulo, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO. Terapia Nutricional para Pacientes em Hemodiálise Crônica. **Projeto Diretrizes** - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2011.

WAN E.Y.; CHEN,J.Y.; CHOI, E.P.; WONG, C.K.; CHAN, A. K.; CHAN, K. H.; LAM, C. L. Patterns of health-related quality of life and associated factors in Chinese patients undergoing haemodialysis. **Health Qual Life Outcomes**, 2015.

WEISBORD, S. D.; MOR, M. K.; SEVICK, M. A. et al. Associations of Depressive Symptoms and Pain with Dialysis Adherence, Health Resource Utilization, and Mortality in Patients Receiving Chronic Hemodialysis. **Clin J Am Soc Nephrol**, v. 9, p. 1594–1602, 2014.

WIKSTRÖM, B.; JACOBSON, S. H.; BRAGG-GRESHAM, J. et al. Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study estimate of patient life-years attributable to modifiable haemodialysis practices in Sweden. **Scandinavian Journal of Urology and Nephrology**, v. 44, p. 113–120, 2010.

WILEMAN, V.; CHILCOT, J.; ARMITAGE, C.J. et al. Evidence of improved fluid management in patients receiving haemodialysis following a self-affirmation theory-based intervention: A randomised controlled trial. **Psychology and Health**, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action**. Geneva: OMS, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Field Trial WHOQOL-100 February 1995. **The 100 questions with response scales**. Geneva: WHO; 1995.



YAMANA, E. The relationship of clinical laboratory parameters and patient attributes to the quality of life of patients on hemodialysis. **Japan Journal of Nursing Science**, v. 6, p. 9–20, 2009.

YOUNG, E. W.; GOODKIN, D. A.; MAPES, D. L. et al. The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS): An international hemodialysis study. *Kidney International*, v. 57, sup.74, 2000.

ZHANG, A.H.; CHENG, L.T.; ZHU, N.; SUN, L.H.; WANG, T. Comparison of quality of life and causes of hospitalization between hemodialysis and peritoneal dialysis patients in China. **Health and Quality of Life Outcomes**, 2007.

## **ANEXOS**

## Anexo I

	<p style="text-align: center;"><b>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA</b> Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HU-UFJF</p>	
---	--	---

Universidade Federal de Juiz de Fora (Campus UFJF) - Departamento Saúde Coletiva

Pesquisador Responsável: Cláudio Vitorino Pereira  
Endereço: Rua José Lourenço Kelmer, s/n , São Pedro, Juiz de Fora – MG  
CEP: 36036900  
Fone: (32) 21023830

E-mail: [claudio.pereira89@hotmail.com](mailto:claudio.pereira89@hotmail.com)

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa ***Adesão ao Regime Terapêutico e Qualidade de Vida de pacientes renais crônicos, em hemodiálise, no município de Juiz de Fora, MG.*** Neste estudo pretendemos saber quanto os pacientes renais crônicos, em hemodiálise, seguem as orientações do tratamento e descrever a Qualidade de Vida (QV) desses pacientes no município de Juiz de Fora, MG. O motivo que nos leva a estudar é que conhecer o comportamento de pacientes, em hemodiálise, em relação às orientações dos profissionais de saúde, fundamental para o planejamento da assistência.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: O Sr (a) preencherá o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e em seguida responderá ao avaliação de alfabetização para saúde de adultos - SAHLPA-18 e o questionário de avaliação de Qualidade de Vida KDQOL- SF. Os riscos envolvidos na pesquisa são mínimos referentes ao manuseio de prontuários pelos pesquisadores e entrevista para preenchimento do questionário com os pacientes. A pesquisa contribuirá para fornecer informações para equipe de saúde conduzir o tratamento tendo maior compreensão das causas que interferem no seguimento das orientações realizadas pelos profissionais e seus reflexos na qualidade de vida dos pacientes.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é

atendido (a) é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O(A) Sr(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na secretaria do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva – UFJF, situada na Rua José Lourenço Kelmer, S/n - Martelos, Juiz de Fora - MG, e a outra será fornecida ao Sr.(a).

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos do estudo ***Adesão ao Regime Terapêutico e Qualidade de Vida de pacientes renais crônicos, em hemodiálise, no município de Juiz de Fora, MG***, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

_____	_____
Nome e assinatura do(a) participante	Data
_____	_____
Nome e assinatura do(a) pesquisador	Data
_____	_____
Nome e assinatura da testemunha	Data

**Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o:**

**CEP HU-UFJF – Comitê de Ética em Pesquisa HU/UFJF**  
**Hospital Universitário Unidade Dom Bosco, 2o. Andar**  
**Fone 4009-5336**  
**E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br**

## Anexo II

### SHORT ASSESSMENT OF HEALTH LITERACY FOR PORTUGUESE-SPEAKING ADULTS (SAHLPA-18)

O SAHLPA-18 avalia habilidades de pronúncia e compreensão de termos médicos comuns. O teste pode ser utilizado por profissionais de saúde ou pesquisadores para estimar o nível de alfabetismo em saúde de adultos. A administração deve ser realizada com cartões impressos contendo o termo médico em negrito acima e as duas palavras de associação abaixo.

<i>PALAVRA PRINCIPAL</i>	<i>PALAVRAS DE ASSOCIAÇÃO</i>		
1. <input type="checkbox"/> <b>OSTEOPOROSE</b>	<input type="checkbox"/> <b>OSSO</b>	<input type="checkbox"/> músculo	<input type="checkbox"/> Não sei
2. <input type="checkbox"/> <b>PAPANICOLAOU</b>	<input type="checkbox"/> <b>TESTE</b>	<input type="checkbox"/> vacina	<input type="checkbox"/> Não sei
3. <input type="checkbox"/> <b>ABORTO</b>	<input type="checkbox"/> matrimônio	<input type="checkbox"/> <b>PERDA</b>	<input type="checkbox"/> Não sei
4. <input type="checkbox"/> <b>HEMORROIDA</b>	<input type="checkbox"/> <b>VEIAS</b>	<input type="checkbox"/> coração	<input type="checkbox"/> Não sei
5. <input type="checkbox"/> <b>ANORMAL</b>	<input type="checkbox"/> similar	<input type="checkbox"/> <b>DIFERENTE</b>	<input type="checkbox"/> Não sei
6. <input type="checkbox"/> <b>MENSTRUAL</b>	<input type="checkbox"/> <b>MENSAL</b>	<input type="checkbox"/> diário	<input type="checkbox"/> Não sei
7. <input type="checkbox"/> <b>COMPORTAMENTO</b>	<input type="checkbox"/> pensamento	<input type="checkbox"/> <b>CONDUTA</b>	<input type="checkbox"/> Não sei
8. <input type="checkbox"/> <b>CONVULSÃO</b>	<input type="checkbox"/> <b>TONTO</b>	<input type="checkbox"/> tranquilo	<input type="checkbox"/> Não sei
9. <input type="checkbox"/> <b>RETAL</b>	<input type="checkbox"/> regador	<input type="checkbox"/> <b>SUPOSITÓRIO</b>	<input type="checkbox"/> Não sei
10. <input type="checkbox"/> <b>APÊNDICE</b>	<input type="checkbox"/> cocceira	<input type="checkbox"/> <b>DOR</b>	<input type="checkbox"/> Não sei
11. <input type="checkbox"/> <b>ARTRITE</b>	<input type="checkbox"/> estômago	<input type="checkbox"/> <b>ARTICULAÇÃO</b>	<input type="checkbox"/> Não sei
12. <input type="checkbox"/> <b>CAFEÍNA</b>	<input type="checkbox"/> <b>ENERGIA</b>	<input type="checkbox"/> água	<input type="checkbox"/> Não sei
13. <input type="checkbox"/> <b>COLITE</b>	<input type="checkbox"/> <b>INTESTINO</b>	<input type="checkbox"/> bexiga	<input type="checkbox"/> Não sei
14. <input type="checkbox"/> <b>VESÍCULA BILIAR</b>	<input type="checkbox"/> artéria	<input type="checkbox"/> <b>ÓRGÃO</b>	<input type="checkbox"/> Não sei
15. <input type="checkbox"/> <b>ICTERÍCIA</b>	<input type="checkbox"/> <b>AMARELO</b>	<input type="checkbox"/> branco	<input type="checkbox"/> Não sei
16. <input type="checkbox"/> <b>PRÓSTATA</b>	<input type="checkbox"/> circulação	<input type="checkbox"/> <b>GLÂNDULA</b>	<input type="checkbox"/> Não sei
17. <input type="checkbox"/> <b>INCESTO</b>	<input type="checkbox"/> <b>FAMÍLIA</b>	<input type="checkbox"/> vizinhos	<input type="checkbox"/> Não sei
18. <input type="checkbox"/> <b>TESTÍCULO</b>	<input type="checkbox"/> óvulo	<input type="checkbox"/> <b>ESPERMA</b>	<input type="checkbox"/> Não sei

## Anexo III

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

Esta é uma pesquisa de opinião sobre sua saúde. Estas informações ajudarão você a avaliar como você se sente e a sua capacidade de realizar suas atividades normais, constitui uma ampla variedade de questões sobre sua saúde e sua vida. Nós estamos interessados em saber como você se sente sobre cada uma destas questões.

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

1 ( ) Excelente	2 ( ) Muito Boa	3 ( ) Boa	4 ( ) Regular	5 ( ) Ruim
-----------------	-----------------	-----------	---------------	------------

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

1 ( ) Muito melhor agora do que há um ano atrás	2 ( ) Um pouco melhor agora do que há um ano atrás	3 ( ) Aproximadamente igual há um ano atrás
4 ( ) Um pouco pior agora do que há um ano atrás	5 ( ) Muito pior agora do que há um ano atrás	

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

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

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

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



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

	Sim	Não
a- Reduziu a <u>quantidade de tempo</u> que passa trabalhando ou em outras atividades	1 ( )	2 ( )
b- Fez <u>menos coisas</u> do que gostaria	1 ( )	2 ( )
c- Trabalhou ou realizou outras atividades com menos <u>atenção do que de costume</u>	1 ( )	2 ( )

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

Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )

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

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Intensa	Muito Intensa
1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )	6 ( )

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

Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )

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

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

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

<b>1 ( )</b> Todo o tempo	<b>2 ( )</b> A maior parte do tempo	<b>3 ( )</b> Alguma parte do tempo	<b>4 ( )</b> Uma pequena parte do tempo	<b>5 ( )</b> Nenhum momento
---------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	---	-----------------------------

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

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

### Sua doença renal

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

	Sem dúvida Verdadeiro	Geralmente Verdade	Não sei	Geralmente Falso	Sem dúvida Falso
a- Minha doença renal interfere demais com a minha vida	<b>1 ( )</b>	<b>2 ( )</b>	<b>3 ( )</b>	<b>4 ( )</b>	<b>5 ( )</b>
b- Muito do meu tempo é gasto com minha doença renal	<b>1 ( )</b>	<b>2 ( )</b>	<b>3 ( )</b>	<b>4 ( )</b>	<b>5 ( )</b>
c- Eu me sinto decepcionado ao lidar com minha doença renal	<b>1 ( )</b>	<b>2 ( )</b>	<b>3 ( )</b>	<b>4 ( )</b>	<b>5 ( )</b>
d- Eu me sinto um peso para minha família	<b>1 ( )</b>	<b>2 ( )</b>	<b>3 ( )</b>	<b>4 ( )</b>	<b>5 ( )</b>

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

	Nenhum momento	Uma pequena parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma boa parte do tempo	A maior parte do tempo	Todo o tempo
a- Você se isolou (se afastou) das pessoas ao seu redor?	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )	6 ( )
b- Você demorou para reagir às coisas que foram ditas ou aconteceram?	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )	6 ( )
c- Você se irritou com as pessoas próximas?	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )	6 ( )
d- Você teve dificuldade para concentrar-se ou pensar?	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )	6 ( )
e- Você se relacionou bem com as outras pessoas?	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )	6 ( )
f- Você se sentiu confuso?	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )	6 ( )

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

	Não me incomodei de forma alguma	Fiquei um pouco incomodado	Incomodei-me de forma moderada	Muito incomodado	Extremamente incomodado
a- Dores musculares?	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )
b- Dor no peito?	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )
c- Câibras?	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )
d- Coceira na pele?	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )
e- Pele seca?	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )
f- Falta de ar?	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )
g- Fraqueza ou tontura?	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )
h- Falta de apetite?	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )
i- Esgotamento (muito cansaço)?	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )
j- Dormência nas mãos ou pés (formigamento)?	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )
k- Vontade de vomitar ou indisposição estomacal?	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )
l- Problemas com sua via de acesso (fistula ou cateter)?	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )

## Efeitos da Doença Renal em Sua Vida Diária

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

	Não incomoda nada	Incomoda um pouco	Incomoda de forma moderada	Incomoda muito	Incomoda Extremamente
a-Diminuição de líquido?	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )
b- Diminuição alimentar?	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )
c-Sua capacidade de trabalhar em casa?	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )
d-Sua capacidade de viajar?	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )
e- Dependendo dos médicos e outros profissionais da saúde?	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )
f Estresse ou preocupações causadas pela doença renal?	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )
g- Sua vida sexual?	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )
h- Sua aparência pessoal?	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )

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

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

1 ( ) Sim                      2 ( ) Não -  
Se respondeu não, por favor pule para a Questão 17

**Nas últimas 4 semanas você teve problema em:**

	Nenhum problema	Pouco problema	Um problema	Muito problema	Problema enorme
a- Ter satisfação sexual?	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )
b- Ficar sexualmente excitado (a)?	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )



**17. Para a questão seguinte, por favor avalie seu sono, usando uma escala variando de 0, (representando "muito ruim") à 10, (representando "muito bom")**

Se você acha que seu sono está meio termo entre "muito ruim" e "muito bom," por favor marque um X abaixo do número 5. Se você acha que seu sono está em um nível melhor do que 5, marque um X abaixo do 6. Se você acha que seu sono está pior do que 5, marque um X abaixo do 4 (e assim por diante).

**Em uma escala de 0 a 10, como você avaliaria seu sono em geral?**

<b>Muito ruim</b>										<b>Muito bom</b>	
0 ( )	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )	6 ( )	7 ( )	8 ( )	9 ( )	10 ( )	

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

	Nenhum momento	Uma pequena parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma boa parte do tempo	A maior parte do tempo	Todo o tempo
a- Acordou durante a noite e teve dificuldade para voltar a dormir?	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )	6 ( )
b- Dormiu pelo tempo necessário?	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )	6 ( )
c- Teve dificuldade para ficar acordado durante o dia?	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )	6 ( )

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

	Muito insatisfeito	Um pouco insatisfeito	Um pouco satisfeito	Muito satisfeito
a- A quantidade de tempo que você passa com sua família e amigos?	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )
b- O apoio que você recebe de sua família e amigos?	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )

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

1 ( ) Sim	2 ( ) Não
-----------	-----------

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

1 ( ) Sim	2 ( ) Não
-----------	-----------

**22.No geral, como você avaliaria sua saúde?**

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

**Satisfação Com O Tratamento**

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

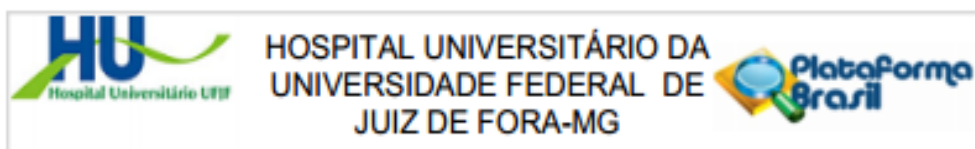
Muito ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente	O melhor
1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )	6 ( )	7 ( )

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

	Sem dúvida verdadeiro	Geralmente verdade	Não sei	Geralmente falso	Sem dúvida falso
a- O pessoal da diálise me encorajou a ser o mais independente possível	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )
b- O pessoal da diálise ajudou-me a lidar com minha doença renal	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )

**Obrigado por você completar estas questões!**

## ANEXO IV



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Adesão ao Regime Terapêutico e Qualidade de Vida de pacientes renais crônicos, em hemodiálise, no município de Juiz de Fora, MG

**Pesquisador:** Cláudio Vitorino Pereira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 58324616.2.0000.5133

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.709.611

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, que terá como população pacientes que realizam a Terapia hemodialítica em um Hospital Universitário e Clínicas de Hemodiálise, no Município de Juiz de Fora, MG. O estudo terá como critério de inclusão pacientes com idade 18 anos, que estão em hemodiálise por um período 3 meses, que manifestarem interesse em participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)(Anexo I) e que apresentarem um índice de alfabetismo 14 no teste avaliação de alfabetização para saúde de adultos - SAHLPA-18 (Anexo II), já validado no Brasil (APOLINARIO, 2012). Os critérios de exclusão adotados são: pacientes que encontram internados ou tiveram internação no mês anterior a coleta de dados, que tenham sido transferidos para outra clínica no mês de coleta de dados, ou que tenham sido encaminhados para a cirurgia de transplante renal. Os dados serão coletados através de prontuários para caracterização sociodemográfica e avaliação da adesão à terapêutica (Apêndice A), no período de outubro à dezembro de 2016. Os padrões para avaliação da adesão ao regime terapêutico terão como base os indicadores estabelecidos pelo estudo The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS), são eles: em relação à restrição hídrica será considerado não aderente o paciente que apresentar ganho de peso interdialítico (GPID) maior que 5,7% do peso seco no mês de avaliação. A não adequação a dieta será mensurada através do nível

Endereço: Av. Eugênio do Nascimento, s/n  
Bairro: Dom Bosco CEP: 36.038-330  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)4009-5336 Fax: (32)4009-5336 E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br



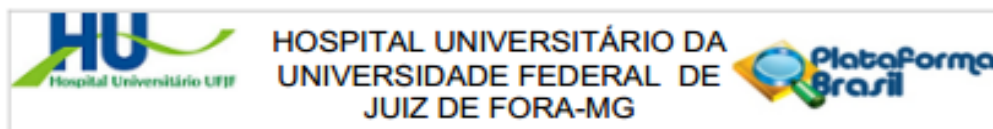
Continuação do Parecer: 1.709.611

sérico potássio 6 mmol/dl e fósforo de 7.5 mg /dl. Em relação à farmacoterapia será considerado não aderente o indivíduo que apresentar fósforo 7.5 mg/dl. Será avaliado ainda o comparecimento às sessões de hemodiálise, sendo considerado não aderente o paciente que faltar e ou diminuir o tempo de mais de uma sessão no mês da pesquisa (ERIC et al, 2000). Já para avaliação da Qualidade de vida será aplicado o questionário Kidney Disease Quality of Life Short Form - KDQOL-SF (Anexo III), já validado no Brasil, que é um instrumento específico aplicável a pacientes que realizam algum tipo de programa dialítico, aborda aspectos genéricos e específicos da saúde do paciente, a DRC, efeitos da DRC na vida diária e satisfação com o tratamento. O instrumento é composto por 24 questões que possuem um total de 80 itens de múltipla escolha. Para avaliação é adotado um escore que varia de zero a 100, onde 100 é a melhor classificação e zero a pior, na avaliação da qualidade de vida do paciente. (DUARTE, 2003). E será aplicado pelo pesquisador antes das sessões de hemodiálise. Serão empregadas ferramentas de análise estatística como média, mediana e desvio padrão. Será utilizado teste Qui-quadrado para testar a associação entre as variáveis categóricas (com ajuste pelo teste de Fischer). A avaliação do perfil de distribuição das variáveis quantitativas será investigada através do teste Kolmogorov-Smirnov. Caso a distribuição das variáveis apresentem um padrão paramétrico a análise ocorrerá através dos testes t e ANOVA, porém se as mesmas apresentarem perfil não paramétrico utilizar-se-á os testes de Mann Whitney e o de Kruskal Wallis. Os resultados serão considerados significativos quando  $p < 0,05$ . A condução do estudo respeitará os critérios éticos da Resolução 66/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Será solicitada autorização Institucional (Apêndice B), bem como a declaração de infraestrutura para garantir a aplicabilidade da pesquisa (Anexo IV). A presente pesquisa apresenta Risco mínimo referente ao manuseio de prontuários pelos pesquisadores e entrevista para preenchimento do questionário com os pacientes. Os participantes não terão nenhum custo, e não receberão qualquer vantagem financeira para participar do estudo. A recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que os pacientes são atendidos pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

#### Critério de Inclusão:

O estudo terá como critério de inclusão pacientes com idade 18 anos, que estão em hemodiálise por um período 3 meses, que manifestarem interesse em participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo I) e que apresentarem

Endereço: Av. Eugênio do Nascimento, s/n  
Bairro: Dom Bosco CEP: 36.038-330  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)4009-5336 Fax: (32)4009-5336 E-mail: cep.hu@uff.edu.br



Continuação do Parecer: 1.709.611

um índice de alfabetismo 14 no teste avaliação de alfabetização para saúde de adultos - SAHLPA-18 (Anexo II), já validado no Brasil (APOLINARIO, 2012).

**Critério de Exclusão:**

Os critérios de exclusão adotados são: pacientes que encontram internados ou tiveram internação no mês anterior a coleta de dados, que tenham sido transferidos para outra clínica no mês de coleta de dados, ou que tenham sido encaminhados para a cirurgia de transplante renal.

**Metodologia Proposta:**

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, que terá como população pacientes que realizam a Terapia hemodialítica em um Hospital Universitário e Clínicas de Hemodiálise, no Município de Juiz de Fora, MG. O estudo terá como critério de inclusão pacientes com idade 18 anos, que estão em hemodiálise por um período 3 meses, que manifestarem interesse em participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo I) e que apresentarem um índice de alfabetismo 14 no teste avaliação de alfabetização para saúde de adultos - SAHLPA-18 (Anexo II), já validado no Brasil (APOLINARIO, 2012). Os critérios de exclusão adotados são: pacientes que encontram internados ou tiveram internação no mês anterior a coleta de dados, que tenham sido transferidos para outra clínica no mês de coleta de dados, ou que tenham sido encaminhados para a cirurgia de transplante renal. Os dados serão coletados através de prontuários para caracterização sociodemográfica e avaliação da adesão à terapêutica (Apêndice A), no período de novembro de 2016 à janeiro de 2017. Os padrões para avaliação da adesão ao regime terapêutico terão como base os indicadores estabelecidos pelo estudo The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS), são eles: em relação à restrição hídrica será considerado não aderente o paciente que apresentar ganho de peso interdialítico (GPID) maior que 5,7% do peso seco no mês de avaliação. A não adequação a dieta será mensurada através do nível sérico potássio 6 mmol/dl e fósforo de 7.5 mg/dl. Em relação à farmacoterapia será considerado não aderente o indivíduo que apresentar fósforo 7.5 mg/dl. Será avaliado ainda o comparecimento às sessões de hemodiálise, sendo considerado não aderente o paciente que faltar e ou diminuir o tempo de mais de uma sessão no mês da pesquisa (ERIC et al, 2000). Já para avaliação da Qualidade de vida será aplicado o questionário Kidney Disease Quality of Life Short Form - KDQOL-SF (Anexo III), já validado no Brasil, que é um instrumento específico aplicável a pacientes que realizam algum tipo de programa

Endereço: Av. Eugênio do Nascimento, s/n  
Bairro: Dom Bosco CEP: 36.038-330  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)4009-5336 Fax: (32)4009-5336 E-mail: cep.hu@uff.edu.br

Continuação do Parecer: 1.709.611

dialítico aborda aspectos genéricos e específicos da saúde do paciente, a DRC, efeitos da DRC na vida diária e satisfação com o tratamento. O instrumento é composto por 24 questões que possuem um total de 80 itens de múltipla escolha. Para avaliação é adotado um escore que varia de zero a 100, onde 100 é a melhor classificação e zero a pior, na avaliação da qualidade de vida do paciente. (DUARTE, 2003). E será aplicado pelo pesquisador antes das sessões de hemodiálise. Serão empregadas ferramentas de análise estatística como média, mediana e desvio padrão. Será utilizado teste Qui-quadrado para testar a associação entre as variáveis categóricas (com ajuste pelo teste de Fischer). A avaliação do perfil de distribuição das variáveis quantitativas será investigada através do teste Kolmogorov-Smirnov. Caso a distribuição das variáveis apresentem um padrão paramétrico a análise ocorrerá através dos testes t e ANOVA, porém se as mesmas apresentarem perfil não paramétrico utilizar-se-á os testes de Mann Whitney e o de Kruskal Wallis. Os resultados serão considerados significativos quando  $p < 0,05$ . A condução do estudo respeitará os critérios éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Será solicitada autorização Institucional (Apêndice B), bem como a declaração de infraestrutura para garantir a aplicabilidade da pesquisa (Anexo IV). A presente pesquisa apresenta Risco mínimo referente ao manuseio de prontuários pelos pesquisadores e entrevista para preenchimento do questionário com os pacientes. Os participantes não terão nenhum custo, e não receberão qualquer vantagem financeira para participar do estudo. A recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que os pacientes são atendidos pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo (Anexo V).

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

- Associar a adesão à terapia hemodialítica à qualidade de Vida (QV) de pacientes renais crônicos, em hemodiálise, no município de Juiz de Fora, MG.

**Objetivo Secundário:**

- Descrever as características sociodemográficas e econômicas em pacientes renais crônicos, em hemodiálise;
- Estimar a adesão ao regime terapêutico e fatores associados em pacientes renais crônicos, em hemodiálise;
- Descrever a qualidade de Vida (QV) e fatores associados desta população

Endereço: Av. Eugênio do Nascimento, s/n  
Bairro: Dom Bosco CEP: 36.038-330  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)4009-5336 Fax: (32)4009-5336 E-mail: cep.hu@uff.edu.br





Continuação do Parecer: 1.709.611

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

A presente pesquisa apresenta Risco mínimo referente ao manuseio de prontuários pelos pesquisadores e entrevista para preenchimento do questionário com os pacientes. Os participantes não terão nenhum custo, e não receberão qualquer vantagem financeira para participar do estudo. A recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que os pacientes são atendidos pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo (Anexo V).

**Benefícios:**

Pretende-se com a realização deste estudo propiciar uma análise crítico-reflexivo do nível de adesão e Qualidade de Vida de pacientes submetidos à terapia hemodialítica, que fornecerá subsídios para equipe multiprofissional conduzir o tratamento tendo maior compreensão das variáveis que interferem no seguimento das orientações realizadas pelos profissionais e seus reflexos na qualidade de vida dos indivíduos. Acredita-se ser de

fundamental importância o conhecimento do perfil sociodemográfico de que realizam hemodiálise, com vista a orientar a linha de cuidado, minimizar o impacto do tratamento e otimizar aspectos relacionados a adesão. O conhecimento do grau de adesão ao regime terapêutico e QV possibilitará criação de estratégias individuais e ou coletivas de abordagem da temática. Espera-se ainda que este estudo incentive que a equipe de saúde dos centros de diálise sistematizem o grau de adesão e Qualidade de Vida de seus pacientes e os utilizem como indicador de qualidade da assistência prestada, tendo em vista a excelência no cuidado prestado.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Essa pesquisa apresenta validação científica e traz benefícios sociais e científicos para sociedade.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatória foram enviados de forma correta.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Endereço: Av. Eugênio do Nascimento, s/n  
Bairro: Dom Bosco CEP: 36.038-330  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)4009-5336 Fax: (32)4009-5336 E-mail: cep.hu@uff.edu.br

Continuação do Parecer: 1.709.611

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_756697.pdf	03/08/2016 14:55:25		Aceito
Outros	15_Apendice_B.pdf	03/08/2016 14:51:32	Cláudio Vitorino Pereira	Aceito
Outros	14_Apendice_A.pdf	03/08/2016 14:49:44	Cláudio Vitorino Pereira	Aceito
Outros	13_Anexo_V_declaracao_de_sigilo.pdf	03/08/2016 14:48:28	Cláudio Vitorino Pereira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	12_Anexo_IV_Declaracao_Concordancia_III.pdf	03/08/2016 14:47:23	Cláudio Vitorino Pereira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	12_Anexo_IV_Declaracao_Concordancia_II.pdf	03/08/2016 14:46:53	Cláudio Vitorino Pereira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	12_Anexo_IV_Declaracao_Concordancia_I.pdf	03/08/2016 14:46:07	Cláudio Vitorino Pereira	Aceito
Outros	11_Anexo_III_KDQOL_SF.pdf	03/08/2016 14:42:03	Cláudio Vitorino Pereira	Aceito
Outros	10_Anexo_II_SAHLEPA_18.pdf	03/08/2016 14:41:13	Cláudio Vitorino Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	9_Anexo_I_TCLE.pdf	03/08/2016 14:40:24	Cláudio Vitorino Pereira	Aceito
Outros	8_Declaracao_da_Comissao_de_viabilidade_financeira.pdf	03/08/2016 14:39:38	Cláudio Vitorino Pereira	Aceito
Outros	7_Carta_de_encaminhamento_ao_CEP.pdf	03/08/2016 14:38:30	Cláudio Vitorino Pereira	Aceito
Outros	6_Lattes_da_orientadora.pdf	03/08/2016 14:35:31	Cláudio Vitorino Pereira	Aceito
Outros	5_Lattes_do_pesquisador.pdf	03/08/2016 14:34:54	Cláudio Vitorino Pereira	Aceito
Orçamento	4_orcamento.pdf	03/08/2016 14:33:59	Cláudio Vitorino Pereira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	3_Projeto.pdf	03/08/2016 14:32:53	Cláudio Vitorino Pereira	Aceito
Outros	2_Registro_do_pesquisador_na_GEP_HU_UFJF.pdf	03/08/2016 14:32:12	Cláudio Vitorino Pereira	Aceito
Outros	1_Registro_Projeto_de_Pesquisa_na_GEP_HU_UFJF.pdf	03/08/2016 14:31:18	Cláudio Vitorino Pereira	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	03/08/2016 14:29:21	Cláudio Vitorino Pereira	Aceito

Endereço: Av. Eugênio do Nascimento, s/n  
 Bairro: Dom Bosco CEP: 36.038-330  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)4009-5336 Fax: (32)4009-5336 E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA-MG



Continuação do Parecer: 1.709,611

**Situação do Parecer:**  
Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**  
Não

JUIZ DE FORA, 01 de Setembro de 2016

---

**Assinado por:**  
**Gisele Aparecida Fófano**  
**(Coordenador)**

Endereço: Av. Eugênio do Nascimento, s/n  
Bairro: Dom Bosco CEP: 36.038-330  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)4009-5336 Fax: (32)4009-5336 E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br

## **APÊNDICES**

## Apêndice A

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

Centro de Hemodiálise: (1) HU (2)CTDR (3)Nefroclin

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

- Iniciais: \_\_\_\_\_ - Prontuário: \_\_\_\_\_ Num entrevista \_\_\_\_\_  
 - Sexo: ( )Feminino ( )Masculino Estado civil \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 - Cor de pele (auto declarada) ( )Branco ( )Negro ( )Pardo ( )Amarelo ( )Indígena ( )Não sabe  
 - Escolaridade (anos completos) \_\_\_\_\_ - Ocupação atual \_\_\_\_\_  
 - Reside com quantas pessoas \_\_\_\_\_ - Possui acompanhante na sessão de Hd \_\_\_\_\_  
 - Município de origem \_\_\_\_\_ Distância do Centro \_\_\_\_\_  
 - Condução: (1) A pé (2) De carro próprio (3) Ônibus (4) Transporte da prefeitura/Estado (5) Táxi  
 (6) Carro de amigo (7) outros

Possui plano de saúde? ( ) Sim ( ) Não Sessões de Hd ( ) SUS ( ) Plano  
 Classificação Econômica ABEP 2015

ITENS DE CONFORTO	Não Possui	1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?

1 Rede geral de distribuição      2 Poço ou nascente      3 Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:

1 Asfaltada/Pavimentada      2 Terra/Cascalho

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

( ) Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
( ) Analfabeto / Fundamental I inc	Analfabeto/Primário Inc
( ) Fundamental I completo / Fundamental II inc	Primário Completo/Ginásio inc
( ) Fundamental completo/Médio inc	Ginásio Completo/Colegial inc
( ) Médio completo/Superior inc	Colegial Completo/ Superior Inc
( ) Superior completo	Superior Completo

Classificação ABEP \_\_\_\_\_



### Características Clínicas

-Tratamento pré-Hd com nefrologista? ( ) Sim, tempo \_\_\_\_\_ ( ) Não

-Tempo em Hd \_\_\_\_\_ -Última internação \_\_\_\_\_

TRS prévia ( ) Dp ( ) Hd ( ) Tx ( ) Nenhuma

-Número de Tx prévio? ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) >3 Fila para Tx? ( ) Sim, tempo \_\_\_\_\_ ( ) Não

-Doença de base: (1) HAS (2) DM (3) Nefropatias (4) Lúpus (5) Indeterminada

-Comorbidades (1) HAS (2) DM (3) Cardiopatias (4) Neoplasias (5) Hep B (6) Hep C (7) HIV (8) Nenhuma

-Diurese Residual ( ) Sim ( ) Não Número de medicações de uso contínuo? \_\_\_\_\_

-Acesso vascular ( ) FAV ( ) Cateter de curta permanência ( ) Cateter de longa permanência

-Peso seco \_\_\_\_\_ K<sub>T</sub>v \_\_\_\_\_ Albumina sérica \_\_\_\_\_ hemoglobina \_\_\_\_\_

### Avaliação da adesão com parâmetros estudo DOPPS

GPID Sessões 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_

9 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 11 \_\_\_\_\_ 12 \_\_\_\_\_

GPID >5,7% peso seco? ( ) Sim ( ) Não

Nível sérico de potássio \_\_\_\_\_ Nível sérico de fósforo \_\_\_\_\_

Não compareceu a alguma sessão de HD no mês ( ) Sim, Quantas? \_\_\_\_\_ ( ) Não

Encurtou alguma sessão em mais de 10 minutos ( ) Sim, Quantas? \_\_\_\_\_ ( ) Não

## Apêndice B

**Tabela 1. Características sociodemográficas, acesso ao serviço de saúde e clínicas dos pacientes em Hemodiálise, 2017.**

<b>Sociodemográficas</b>	
Sexo	
Masculino n (%)	154 (40,3)
Feminino n (%)	104 (59,7)
Idade – $\mu$ ( $\pm$ DP)	56,8 ( $\pm$ 14,5)
Escolaridade – $\mu$ ( $\pm$ DP)	8, 28 ( $\pm$ 3,86)
Estado Civil	
Solteiro n (%)	122 (47,3)
União estável n (%)	136 (52,7)
Cor da pele	
Branco n (%)	119 (46,1)
Não branco n (%)	139 (53,9)
Classificação ABEP	
A1 – B1 n (%)	30 (11,6)
B2 – C1 n (%)	129 (50,0)
C2 – D/E n (%)	99 (38,4)
Ocupação	
Beneficiários INSS n (%)	238 (92,2)
Trabalhador ativo n (%)	12 (4,7)
Outros n (%)	8 (3,1)
<b>Acesso ao Serviço de Saúde</b>	
Acompanhante nas sessões	
Sim n (%)	109 (42,2)
Não n (%)	149 (57,8)
Deslocamento $\mu$ ( $\pm$ DP)	32,0 (27,0)
Plano de Saúde	
Sim n (%)	111 (43)
Não n (%)	147(57)
Pagamento das sessões	
SUS n (%)	213 (82,6)
Plano n (%)	45 (17,4)
Condução	
Carro próprio	60 (23,3)
Taxi	11 (4,2)
Ônibus	98 (38,0)
Estadual/Municipal	75 (29,1)
Outros	14 (5,4)
Tratamento conservador	
Sim n (%)	126 (48,8)
Não n (%)	132 (51,2)
Tratamento conservador $\mu$ ( $\pm$ DP)	80 (107,4)
Tempo em Hd $\mu$ ( $\pm$ DP)	54 (61,0)

**Tabela 1. Continuação**

---

Terapia renal Substitutiva prévia	
Diálise peritoneal n (%)	18 (7,0)
Transplante renal n (%)	17 (6,6)
Nenhuma n (%)	223 (86,4)
<b>Clínicas</b>	
Doença de base	
Hipertensão arterial n (%)	102 (39,5)
Diabetes mellitus n (%)	46 (17,8)
Nefropatias n (%)	51 (19,8)
Lúpus n (%)	8 (3,1)
Indetermina n (%)	35 (13,6)
Outros n (%)	16 (6,2)
Diurese residual	
Sim n (%)	177 (68,9)
Não n (%)	81 (31,4)
Acesso vascular	
Fístula arteriovenosa n (%)	193 (74,8)
Cateter de longa permanência n (%)	46 (17,8)
Cateter de curta permanência n (%)	19 (7,4)
Ktv	
< 1,2 n (%)	104 (40,3)
≥ 1,2 n (%)	154 (59,7)
Albumina	
< 4 g/dl n (%)	168 (65,1)
≥ 4 g/dl n (%)	90 (34,9)
Hemoglobina	
< 11 g/dl n (%)	137 (53,1)
≥ 11 g/dl n (%)	121 (46,9)
Número de medicamentos $\mu$ ( $\pm$ DP)	10,5 (3,2)
Fila de transplante	
Sim n (%)	108 (41,9)
Não n (%)	150 (58,1)

---

Média -  $\mu$ ; Desvio Padrão - DP.

**Tabela 2. Dimensões do Kidney Disease and Quality of Life – Short Form de pacientes em hemodialise, 2017.**

Dimensão	Média	DP	Mediana	IQ	Mínimo	Máximo
<b>Específicas</b>						
Sintomas	77,62	17,25	83,33	22,92	25,00	100,00
Efeitos DRC	63,29	25,04	62,50	37,50	0,00	100,00
Carga da DRC	53,90	32,15	50,00	50,00	0,00	100,00
Trabalho	20,35	28,97	0,00	50,00	0,00	100,00
Função Cognitiva	94,16	12,76	100,00	6,67	6,67	100,00
Interação Social	87,52	17,09	93,33	20,00	6,67	100,00
Função Sexual	83,25	31,69	100,00	21,87	0,00	100,00
Sono	79,70	22,76	88,75	29,37	25,00	100,00
Suporte Social	89,53	22,93	100,00	0,00	33,33	100,00
Encorajamento	91,28	23,58	100,00	0,00	0,00	100,00
Satisfação	96,45	12,62	100,00	0,00	0,00	100,00
<b>Genéricas (SF – 36)</b>						
Saúde Global	71,24	22,04	80,00	30,00	0,00	100,00
Função Física	57,21	34,28	60,00	65,00	0,00	100,00
Papel Físico	38,28	36,98	25,00	75,00	0,00	100,00
Dor	61,02	39,74	70,00	80,00	0,00	100,00
Saúde Geral	58,84	24,81	60,00	40,00	0,00	100,00
Bem estar emocional	80,48	20,59	88,00	25,00	4,00	100,00
Papel emocional	80,88	33,21	100,00	33,33	0,00	100,00
Função Social	78,83	31,51	100,00	50,00	0,00	100,00
Energia	68,22	25,09	70,00	40,00	0,00	100,00
Componente Físico	36,01	11,89	35,75	20,10	14,6	60,00
Componente Mental	55,47	9,60	57,64	12,28	19,84	72,01

**Tabela 3. Fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise, 2017.**

	Sintomas	Efeitos DRC	Carga DRC	Trabalho	Interação Social	Sono	CFS	CMS
<b>Sexo</b>								
Fem $\mu$ (IQ)	79,17 (28,64)	62,50 (34,37)	50,00 (48,43)	0,00 (50,00)	93,00 (31,66)	92,50 (30,00)	31,60 (21,69)	57,52 (13,41)
Masc $\mu$ (IQ)	84,37 (20,84)	65,63 (41,40)	50,00 (56,25)	0,00 (50,00)	100,00 (20,00)	87,50 (32,50)	37,56 (18,91)	57,64 (10,98)
	<b>p 0,003</b>	p 0,631	p 0,808	p 0,344	<b>p 0,016</b>	p 0,149	p 0,083	p 0,691
<b>Idade</b>								
<60 anos $\mu$ (IQ)	83,33 (22,92)	62,50 (40,62)	50,00 (56,25)	0,00 (0,00)	93,33 (26,67)	87,50 (34,37)	41,28 (18,53)	56,97 (11,47)
≥60 anos $\mu$ (IQ)	83,33 (23,43)	68,75 (37,50)	50,00 (50,00)	50,00 (50,00)	100,00 (13,33)	92,50 (30,00)	30,42 (18,42)	58,73 (13,88)
	p 0,413	p 0,145	p 0,285	<b>p &lt;0,001</b>	<b>p 0,006</b>	p 0,232	<b>p &lt;0,001</b>	p 0,122
<b>Cor da pele</b>								
Branco $\mu$ (IQ)	81,25 (25,00)	62,50 (37,50)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	100,00 (20,00)	85,00 (30,00)	33,87 (20,32)	57,28 (11,96)
Não branco $\mu$ (IQ)	83,33 (22,92)	62,50 (37,50)	56,25 (43,75)	0,00 (50,00)	93,33 (20,00)	92,50 (30,00)	37,51 (21,12)	57,87 (12,32)
	p 0,437	p 0,839	p 0,099	<b>p 0,014</b>	p 0,423	<b>p 0,027</b>	<b>p 0,048</b>	p 0,783
<b>Escolaridade</b>								
0-4 $\mu$ (IQ)	81,25 (29,68)	62,50 (35,94)	50,00 (68,75)	0,00 (50,00)	100,00 (15,00)	85,00 (35,00)	32,99 (21,64)	58,62 (13,85)
5-8 $\mu$ (IQ)	83,33 (18,75)	68,75 (34,37)	50,00 (48,43)	0,00 (50,00)	96,66 (20,00)	90,00 (29,35)	36,67 (17,94)	56,43 (11,76)
≥ 9 $\mu$ (IQ)	83,33 (26,56)	65,63 (39,84)	50,00 (54,68)	0,00 (50,00)	93,33 (25,00)	90,00 (30,00)	36,10 (22,80)	58,66 (11,05)
	p 0,350	p 0,773	p 0,772	<b>p 0,020</b>	p 0,835	p 0,976	p 0,232	p 0,415
<b>ABEP</b>								
A –B1 $\mu$ (IQ)	81,25 (25,00)	59,37 (41,40)	43,75 (57,81)	50,00 (50,00)	100,00 (14,99)	90,00 (25,62)	34,78 (25,92)	59,54 (11,65)
B2 – C1 $\mu$ (IQ)	83,33 (22,92)	62,50 (42,19)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	93,33 (20,00)	85,50 (36,25)	34,53 (19,74)	56,48 (11,60)
C2 – D/E $\mu$ (IQ)	83,33 (25,00)	65,63 (34,37)	62,50 (50,00)	0,00 (50,00)	100,00 (26,67)	90,00 (30,00)	37,47 (20,01)	57,64 (13,38)
	p 0,935	p 0,788	p 0,129	<b>p 0,001</b>	p 0,632	p 0,713	p 0,863	p 0,274
<b>Acompanhante</b>								
Sim $\mu$ (IQ)	79,17 (29,16)	56,25 (43,75)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	100,00 (13,33)	90,00 (33,75)	28,96 (20,31)	57,17 (13,03)
Não $\mu$ (IQ)	83,33 (21,88)	68,75 (35,94)	56,25 (46,87)	0,00 (50,00)	93,33 (26,67)	87,50 (30,00)	40,33 (17,66)	57,65 (10,64)
	<b>p 0,026</b>	<b>p 0,033</b>	<b>p 0,016</b>	p 0,702	p 0,064	p 0,645	<b>p &lt;0,001</b>	p 0,580
<b>Plano de saúde</b>								
Sim $\mu$ (IQ)	83,33 (22,92)	68,75 (37,50)	50,00 (50,00)	50,00 (50,00)	100,00 (20,00)	87,50 (30,00)	36,93 (21,48)	58,83 (10,92)
Não $\mu$ (IQ)	81,25 (29,91)	62,50 (34,37)	50,00 (56,25)	0,00 (50,00)	93,33 (20,00)	92,50 (30,00)	34,79 (19,69)	57,00 (12,59)
	p 0,268	p 0,350	p 0,607	<b>p &lt;0,001</b>	p 0,604	<b>p 0,028</b>	p 0,171	p 0,300
<b>Deslocamento</b>								
< 30 minutos $\mu$ (IQ)	83,33 (22,92)	68,75 (37,50)	50,00 (56,25)	0,00 (50,00)	100,00 (20,00)	87,50 (27,50)	36,30 (20,20)	57,89 (12,12)
≥ 30 minutos $\mu$ (IQ)	79,17 (29,16)	59,38 (43,75)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	90,00 (37,50)	92,50 (30,00)	34,79 (18,83)	56,96 (12,44)
	p 0,194	p 0,423	p 0,359	p 0,259	p 0,343	p 0,728	p 0,248	p 0,154
<b>Tempo em Hd</b>								
< 5 anos $\mu$ (IQ)	83,33 (25,00)	62,50 (41,40)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	93,33 (21,66)	87,50 (30,00)	33,85 (19,14)	57,00 (12,60)
≥5 anos $\mu$ (IQ)	83,33 (22,40)	75,00 (34,37)	59,37 (54,68)	0,00 (50,00)	100,00 (20,00)	90,00 (30,00)	40,08 (21,76)	58,77 (9,77)
	p 0,586	<b>p 0,003</b>	<b>p 0,018</b>	p 0,485	p 0,234	p 0,494	p 0,288	p 0,471

$\mu$ : mediana; IQ: intervalo interquartil; CFS: componente físico sumarizado; CMS: componente mental sumarizado.

**Tabela 3. Continuação**

	Sintomas	Efeitos DRC	Carga DRC	Trabalho	Interação Social	Sono	CFS	CMS
<b>KTV</b>								
< 1,2 μ (IQ)	83,33 (22,40)	62,50 (45,31)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	93,33 (20,00)	83,75 (34,37)	35,11 (23,39)	57,83 (8,70)
≥ 1,2 μ (IQ)	83,33 (25,00)	67,19 (37,50)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	86,67 (20,00)	91,25 (30,00)	36,04 (18,94)	57,07 (13,00)
	p 0,509	p 0,551	p 0,189	p 0,156	p 0,660	p 0,079	p 0,741	p 0,366
<b>Albumina</b>								
< 4 g/dl μ (IQ)	81,25 (25,00)	62,50 (42,97)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	93,33 (20,00)	90,00 (34,37)	31,38 (20,18)	57,17 (13,00)
≥ 4 g/dl μ (IQ)	85,42 (20,84)	68,75 (34,38)	56,25 (50,00)	0,00 (50,00)	100,00 (20,00)	87,50 (28,12)	41,67 (17,66)	58,02 (9,65)
	<b>p 0,024</b>	p 0,255	p 0,101	p 0,566	p 0,412	p 0,917	<b>p &lt;0,001</b>	p 0,214
<b>Hemoglobina</b>								
<11 g/dl μ (IQ)	81,25 (26,04)	59,38 (43,75)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	93,33 (20,00)	90,00 (30,00)	33,01 (19,32)	57,72 (13,93)
≥ 11g/dl μ (IQ)	83,33 (20,84)	68,75 (35,94)	50,00 (53,12)	0,00 (50,00)	93,33 (20,00)	87,50 (31,25)	40,33 (21,00)	57,59 (11,25)
	<b>p 0,038</b>	p 0,165	p 0,185	p 0,945	p 0,797	p 0,609	<b>p 0,009</b>	p 0,445
<b>Medicamentos</b>								
< 10 μ (IQ)	83,33 (22,40)	65,63 (37,50)	50,00 (43,75)	0,00 (50,00)	96,66 (13,33)	88,75 (32,50)	38,70 (19,28)	58,84 (11,08)
≥ 10 μ (IQ)	81,25 (25,00)	62,50 (37,50)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	93,33 (26,67)	88,75 (30,62)	32,91 (21,40)	57,08 (12,94)
	p 0,348	p 0,872	p 0,276	p 0,106	p 0,510	p 0,620	<b>p 0,015</b>	p 0,446
<b>Restrição hídrica</b>								
Não aderente μ (IQ)	75,00 (29,17)	62,50 (43,75)	50,00 (50,00)	0,00 (0,00)	93,33 (26,67)	87,50 (31,87)	35,69 (21,67)	56,42 (13,70)
Aderente μ (IQ)	85,42 (18,75)	68,75 (37,50)	50,00 (43,75)	0,00 (50,00)	100,00 (15,00)	90,00 (30,62)	36,00 (19,20)	58,82 (10,14)
	<b>p &lt;0,001</b>	<b>p 0,032</b>	p 0,521	<b>p &lt;0,001</b>	p 0,306	p 0,615	p 0,410	<b>p 0,025</b>
<b>Regime dietético</b>								
Não aderente μ (IQ)	77,08 (31,77)	64,06 (41,40)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	100,00 (21,66)	87,50 (35,62)	37,21 (22,81)	58,38 (11,44)
Aderente μ (IQ)	83,33 (22,92)	62,50 (37,50)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	93,33 (20,00)	90,00 (30,00)	35,12 (19,96)	57,31 (12,32)
	p 0,114	p 0,601	p 0,385	p 0,813	p 0,783	p 0,195	p 0,897	p 0,586
<b>Regime medicamentoso</b>								
Não aderente μ (IQ)	70,83 (33,33)	59,38 (43,75)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	86,67 (26,67)	90,00 (50,00)	39,70 (20,89)	56,98 (12,69)
Aderente μ (IQ)	83,33 (22,92)	62,50 (37,50)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	100,00 (20,00)	87,50 (27,50)	35,66 (19,74)	57,65 (12,43)
	p 0,085	p 0,381	p 0,813	p 0,766	p 0,389	p 0,672	p 0,358	p 0,693
<b>Terapia hemodialítica</b>								
Não aderente μ (IQ)	76,04 (29,16)	64,06 (40,62)	46,87 (45,31)	0,00 (50,00)	83,33 (28,33)	78,75 (32,50)	34,41 (19,56)	57,61 (12,53)
Aderente μ (IQ)	83,33 (22,92)	62,50 (34,38)	50,00 (54,68)	0,00 (50,00)	100,00 (13,33)	90,00 (32,50)	35,80 (20,30)	57,76 (11,63)
	p 0,161	p 0,134	<b>p 0,025</b>	p 0,711	<b>p 0,003</b>	<b>p 0,010</b>	p 0,781	p 0,230

μ: mediana; IQ: intervalo interquartil; CFS: componente físico sumarizado; CMS: componente mental sumarizado

**Tabela 4. Domínios específicos do KDQOL – SF de pacientes em hemodiálise, 2017.**

	Sintomas	Efeitos DRC	Carga DRC	Trabalho	Função Cognitiva	Interação social	Função sexual	Sono	Suporte Social	Encorajamento	Satisfação	CFS	CMS
<b>Sexo</b>													
Fem $\mu$ (IQ)	79,17 (28,64)	62,50 (34,37)	50,00 (48,43)	0,00 (50,00)	100,00 (11,66)	93,00 (31,66)	100,00 (0,00)	92,50 (30,00)	100,00 (16,67)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	31,60 (21,69)	57,52 (13,41)
Masc $\mu$ (IQ)	84,37 (20,84)	65,63 (41,40)	50,00 (56,25)	0,00 (50,00)	100,00 (6,67)	100,00 (20,00)	100,00 (0,00)	87,50 (32,50)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	37,56 (18,91)	57,64 (10,98)
	<b>p 0,003</b>	p 0,631	p 0,808	p 0,344	p 0,166	<b>p 0,016</b>	<b>p 0,035</b>	p 0,149	p 0,151	p 0,862	p 0,823	p 0,083	p 0,691
<b>Idade</b>													
<60 anos $\mu$ (IQ)	83,33 (22,92)	62,50 (40,62)	50,00 (56,25)	0,00 (0,00)	100,00 (13,33)	93,33 (26,67)	100,00 (0,00)	87,50 (34,37)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	41,28 (18,53)	56,97 (11,47)
≥60 anos $\mu$ (IQ)	83,33 (23,43)	68,75 (37,50)	50,00 (50,00)	50,00 (50,00)	100,00 (0,00)	100,00 (13,33)	100,00 (50,00)	92,50 (30,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	30,42 (18,42)	58,73 (13,88)
	p 0,413	p 0,145	p 0,285	<b>p &lt;0,001</b>	<b>p 0,005</b>	<b>p 0,006</b>	<b>p 0,025</b>	p 0,232	p 0,544	p 0,237	p 0,730	<b>p &lt;0,001</b>	p 0,122
<b>Cor da pele</b>													
Branco $\mu$ (IQ)	81,25 (25,00)	62,50 (37,50)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	100,00 (6,67)	100,00 (20,00)	100,00 (37,50)	85,00 (30,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	33,87 (20,32)	57,28 (11,96)
Não branco $\mu$ (IQ)	83,33 (22,92)	62,50 (37,50)	56,25 (43,75)	0,00 (50,00)	100,00 (6,67)	93,33 (20,00)	100,00 (0,00)	92,50 (30,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	37,51 (21,12)	57,87 (12,32)
	p 0,437	p 0,839	p 0,099	<b>p 0,014</b>	p 0,472	p 0,423	p 0,618	<b>p 0,027</b>	p 0,493	p 0,319	p 0,362	<b>p 0,048</b>	p 0,783
<b>Escolaridade</b>													
0-4 $\mu$ (IQ)	81,25 (29,68)	62,50 (35,94)	50,00 (68,75)	0,00 (50,00)	100,00 (8,33)	100,00 (15,00)	100,00 (50,00)	85,00 (35,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	32,99 (21,64)	58,62 (13,85)
5-8 $\mu$ (IQ)	83,33 (18,75)	68,75 (34,37)	50,00 (48,43)	0,00 (50,00)	100,00 (5,00)	96,66 (20,00)	100,00 (40,62)	90,00 (29,35)	100,00 (12,50)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	36,67 (17,94)	56,43 (11,76)
≥ 9 $\mu$ (IQ)	83,33 (26,56)	65,63 (39,84)	50,00 (54,68)	0,00 (50,00)	100,00 (6,67)	93,33 (25,00)	100,00 (0,00)	90,00 (30,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	36,10 (22,80)	58,66 (11,05)
	p 0,350	p 0,773	p 0,772	<b>p 0,020</b>	p 0,498	p 0,835	p 0,815	p 0,976	p 0,588	p 0,764	p 0,443	p 0,232	p 0,415
<b>ABEP</b>													
A –B1 $\mu$ (IQ)	81,25 (25,00)	59,37 (41,40)	43,75 (57,81)	50,00 (50,00)	100,00 (0,00)	100,00 (14,99)	100,00 (37,50)	90,00 (25,62)	100,00 (0,00)	100,00 (12,50)	100,00 (0,00)	34,78 (25,92)	59,54 (11,65)
B2 – C1 $\mu$ (IQ)	83,33 (22,92)	62,50 (42,19)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	100,00 (6,67)	93,33 (20,00)	100,00 (50,00)	85,50 (36,25)	100,00 (8,33)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	34,53 (19,74)	56,48 (11,60)
C2 – D/E $\mu$ (IQ)	83,33 (25,00)	65,63 (34,37)	62,50 (50,00)	0,00 (50,00)	100,00 (6,67)	100,00 (26,67)	100,00 (0,00)	90,00 (30,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	37,47 (20,01)	57,64 (13,38)
	p 0,935	p 0,788	p 0,129	<b>p 0,001</b>	p 0,554	p 0,632	p 0,278	p 0,713	p 0,352	p 0,259	p 0,686	p 0,863	p 0,274
<b>Acompanhante</b>													
Sim $\mu$ (IQ)	79,17 (29,16)	56,25 (43,75)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	100,00 (6,67)	100,00 (13,33)	100,00 (40,62)	90,00 (33,75)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	28,96 (20,31)	57,17 (13,03)
Não $\mu$ (IQ)	83,33 (21,88)	68,75 (35,94)	56,25 (46,87)	0,00 (50,00)	100,00 (6,67)	93,33 (26,67)	100,00 (6,25)	87,50 (30,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	40,33 (17,66)	57,65 (10,64)
	<b>p 0,026</b>	<b>p 0,033</b>	<b>p 0,016</b>	p 0,702	p 0,186	p 0,064	p 0,455	p 0,645	p 0,755	p 0,234	<b>p 0,016</b>	<b>p &lt;0,001</b>	p 0,580
<b>Plano de saúde</b>													
Sim $\mu$ (IQ)	83,33 (22,92)	68,75 (37,50)	50,00 (50,00)	50,00 (50,00)	100,00 (6,67)	100,00 (20,00)	100,00 (28,12)	87,50 (30,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	36,93 (21,48)	58,83 (10,92)
Não $\mu$ (IQ)	81,25 (29,91)	62,50 (34,37)	50,00 (56,25)	0,00 (50,00)	100,00 (6,67)	93,33 (20,00)	100,00 (6,25)	92,50 (30,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	34,79 (19,69)	57,00 (12,59)
	p 0,268	p 0,350	p 0,607	<b>p &lt;0,001</b>	p 0,518	p 0,604	p 0,751	<b>p 0,028</b>	p 0,959	p 0,156	p 0,778	p 0,171	p 0,300
<b>Deslocamento</b>													
< 30 minutos $\mu$ (IQ)	83,33 (22,92)	68,75 (37,50)	50,00 (56,25)	0,00 (50,00)	100,00 (6,67)	100,00 (20,00)	100,00 (12,50)	87,50 (27,50)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	36,30 (20,20)	57,89 (12,12)
≥ 30 minutos $\mu$ (IQ)	79,17 (29,16)	59,38 (43,75)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	100,00 (13,33)	90,00 (37,50)	100,00 (37,50)	92,50 (30,00)	100,00 (16,67)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	34,79 (18,83)	56,96 (12,44)
	p 0,194	p 0,423	p 0,359	p 0,259	p 0,139	p 0,343	p 0,510	p 0,728	p 0,583	<b>p 0,008</b>	p 0,286	p 0,248	p 0,154
<b>Tempo em Hd</b>													
< 5 anos $\mu$ (IQ)	83,33 (25,00)	62,50 (41,40)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	100,00 (6,67)	93,33 (21,66)	100,00 (0,00)	87,50 (30,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	33,85 (19,14)	57,00 (12,60)
≥5 anos $\mu$ (IQ)	83,33 (22,40)	75,00 (34,37)	59,37 (54,68)	0,00 (50,00)	100,00 (11,66)	100,00 (20,00)	100,00 (50,00)	90,00 (30,00)	100,00 (16,67)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	40,08 (21,76)	58,77 (9,77)
	p 0,586	<b>p 0,003</b>	<b>p 0,018</b>	p 0,485	p 0,598	p 0,234	p 0,329	p 0,494	p 0,263	p 0,357	<b>p 0,050</b>	p 0,288	p 0,471
<b>KTV</b>													
< 1,2 $\mu$ (IQ)	83,33 (22,40)	62,50 (45,31)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	100,00 (6,67)	93,33 (20,00)	100,00 (15,62)	83,75 (34,37)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	35,11 (23,39)	57,83 (8,70)
≥ 1,2 $\mu$ (IQ)	83,33 (25,00)	67,19 (37,50)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	100,00 (6,67)	86,67 (20,00)	100,00 (28,12)	91,25 (30,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	36,04 (18,94)	57,07 (13,00)
	p 0,509	p 0,551	p 0,189	p 0,156	p 0,741	p 0,660	p 0,971	p 0,079	p 0,425	p 0,634	p 0,366	p 0,741	p 0,366

$\mu$ : mediana; IQ: intervalo interquartil; CFS: componente físico sumarizado; CMS: componente mental sumarizado.

**Tabela 4. Continuação**

	Sintomas	Efeitos DRC	Carga DRC	Trabalho	Função Cognitiva	Interação social	Função sexual	Sono	Suporte Social	Encorajamento	Satisfação	CFS	CMS
<b>Albumina</b>													
< 4 g/dl $\mu$ (IQ)	81,25 (25,00)	62,50 (42,97)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	100,00 (6,67)	93,33 (20,00)	100,00 (43,75)	90,00 (34,37)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	31,38 (20,18)	57,17 (13,00)
$\geq$ 4 g/dl $\mu$ (IQ)	85,42 (20,84)	68,75 (34,38)	56,25 (50,00)	0,00 (50,00)	100,00 (6,67)	100,00 (20,00)	100,00 (0,00)	87,50 (28,12)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	41,67 (17,66)	58,02 (9,65)
	<b>p 0,024</b>	p 0,255	p 0,101	p 0,566	p 0,450	p 0,412	p 0,492	p 0,917	p 0,873	p 0,590	p 0,943	<b>p &lt;0,001</b>	p 0,214
<b>Hemoglobina</b>													
<11 g/dl $\mu$ (IQ)	81,25 (26,04)	59,38 (43,75)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	100,00 (6,67)	93,33 (20,00)	100,00 (0,00)	90,00 (30,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	33,01 (19,32)	57,72 (13,93)
$\geq$ 11 g/dl $\mu$ (IQ)	83,33 (20,84)	68,75 (35,94)	50,00 (53,12)	0,00 (50,00)	100,00 (6,67)	93,33 (20,00)	100,00 (50,00)	87,50 (31,25)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	40,33 (21,00)	57,59 (11,25)
	<b>p 0,038</b>	p 0,165	p 0,185	p 0,945	p 0,314	p 0,797	p 0,265	p 0,609	p 0,954	p 0,438	p 0,420	<b>p 0,009</b>	p 0,445
<b>Medicamentos</b>													
< 10 $\mu$ (IQ)	83,33 (22,40)	65,63 (37,50)	50,00 (43,75)	0,00 (50,00)	100,00 (5,00)	96,66 (13,33)	100,00 (0,00)	88,75 (32,50)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	38,70 (19,28)	58,84 (11,08)
$\geq$ 10 $\mu$ (IQ)	81,25 (25,00)	62,50 (37,50)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	100,00 (6,67)	93,33 (26,67)	100,00 (50,00)	88,75 (30,62)	100,00 (16,67)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	32,91 (21,40)	57,08 (12,94)
	p 0,348	p 0,872	p 0,276	p 0,106	p 0,329	p 0,510	p 0,061	p 0,620	<b>p 0,042</b>	p 0,144	p 0,419	<b>p 0,015</b>	p 0,446
<b>Restrição hídrica</b>													
Não aderente $\mu$ (IQ)	75,00 (29,17)	62,50 (43,75)	50,00 (50,00)	0,00 (0,00)	100,00 (6,67)	93,33 (26,67)	100,00 (50,00)	87,50 (31,87)	100,00 (16,67)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	35,69 (21,67)	56,42 (13,70)
Aderente $\mu$ (IQ)	85,42 (18,75)	68,75 (37,50)	50,00 (43,75)	0,00 (50,00)	100,00 (0,00)	100,00 (15,00)	100,00 (0,00)	90,00 (30,62)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	36,00 (19,20)	58,82 (10,14)
	<b>p &lt;0,001</b>	<b>p 0,032</b>	p 0,521	<b>p &lt;0,001</b>	p 0,075	p 0,306	<b>p 0,041</b>	p 0,615	p 0,140	p 0,732	p 0,715	p 0,410	<b>p 0,025</b>
<b>Regime dietético</b>													
Não aderente $\mu$ (IQ)	77,08 (31,77)	64,06 (41,40)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	100,00 (6,67)	100,00 (21,66)	100,00 (50,00)	87,50 (35,62)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	37,21 (22,81)	58,38 (11,44)
Aderente $\mu$ (IQ)	83,33 (22,92)	62,50 (37,50)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	100,00 (6,67)	93,33 (20,00)	100,00 (0,00)	90,00 (30,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	35,12 (19,96)	57,31 (12,32)
	p 0,114	p 0,601	p 0,385	p 0,813	p 0,455	p 0,783	p 0,314	p 0,195	p 0,797	p 0,575	p 0,918	p 0,897	p 0,586
<b>Regime medicamentoso</b>													
Não aderente $\mu$ (IQ)	70,83 (33,33)	59,38 (43,75)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	100,00 (6,67)	86,67 (26,67)	100,00 (62,50)	90,00 (50,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	39,70 (20,89)	56,98 (12,69)
Aderente $\mu$ (IQ)	83,33 (22,92)	62,50 (37,50)	50,00 (50,00)	0,00 (50,00)	100,00 (6,67)	100,00 (20,00)	100,00 (0,00)	87,50 (27,50)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	35,66 (19,74)	57,65 (12,43)
	p 0,085	p 0,381	p 0,813	p 0,766	p 0,675	p 0,389	p 0,101	p 0,672	p 0,599	p 0,670	p 0,364	p 0,358	p 0,693
<b>Terapia hemodialítica</b>													
Não aderente $\mu$ (IQ)	76,04 (29,16)	64,06 (40,62)	46,87 (45,31)	0,00 (50,00)	100,00 (6,67)	83,33 (28,33)	100,00 (25,00)	78,75 (32,50)	100,00 (33,33)	100,00 (21,87)	100,00 (16,67)	34,41 (19,56)	57,61 (12,53)
Aderente $\mu$ (IQ)	83,33 (22,92)	62,50 (34,38)	50,00 (54,68)	0,00 (50,00)	100,00 (6,67)	100,00 (13,33)	100,00 (25,00)	90,00 (32,50)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	100,00 (0,00)	35,80 (20,30)	57,76 (11,63)
	p 0,161	p 0,134	<b>p 0,025</b>	p 0,711	p 0,281	<b>p 0,003</b>	p 0,792	<b>p 0,010</b>	p 0,152	<b>p 0,017</b>	<b>p &lt;0,001</b>	p 0,781	p 0,230

$\mu$ : mediana; IQ: intervalo interquartil; CFS: componente físico sumarizado; CMS: componente mental sumarizado



**Tabela 5. Caracterização da amostra segundo adesão terapêutica em hemodiálise**

Variáveis	Não aderente		Aderente		p valor
	N	%	N	%	
<b>Sexo</b>					
Feminino	98	39,7	54	42,5	0,596
Masculino	149	60,3	73	57,5	
<b>Idade</b>					
< 60 anos	148	59,9	50	39,4	<0,001
≥ 60 anos	90	40,1	77	60,6	
<b>Cor da pele</b>					
Branco	88	35,6	65	51,2	0,004
Não branco	159	64,4	62	48,8	
<b>Estado civil</b>					
União estável	121	49,0	67	52,8	0,281
Solteiro	126	51,0	60	47,2	
<b>Escolaridade</b>					
0 - 4 anos	108	43,7	58	45,7	0,733
5 - 8 anos	60	24,3	30	23,6	
≥ 9 anos	79	32,0	39	30,7	
<b>Nível social</b>					
A - B1	24	9,7	9	7,1	0,787
B2 - C1	99	40,1	60	47,2	
C2 - D/E	124	50,2	58	45,7	
<b>Plano de saúde</b>					
Sim	82	33,2	53	41,7	0,104
Não	165	66,8	74	58,3	
<b>Pagamento hd</b>					
SUS	212	85,8	112	88,2	0,321
Plano	35	14,2	15	11,8	
<b>Acompanhante</b>					
Sim	107	43,3	74	58,3	0,004
Não	140	56,7	53	41,7	
<b>Trat. conservador</b>					
Sim	99	40,1	60	47,2	0,085
Não	148	59,9	67	52,8	
<b>Tempo em HD</b>					
< 5 anos	165	66,8	84	66,1	0,898
≥ 5 anos	82	33,2	43	33,9	
<b>Acesso vascular</b>					
FAV	180	72,9	95	74,8	0,640
Curta permanência	19	7,7	10	7,9	
Longa permanência	48	19,4	22	17,3	
<b>Diurese residual</b>					
Sim	158	64,0	100	78,7	0,002
Não	89	36,0	27	21,3	
<b>Ktv</b>					
< 1,2	90	36,4	47	37,0	0,914
≥ 1,2	157	63,6	80	63,0	
<b>Hemoglobina</b>					
< 11g/dl	138	55,9	59	46,5	0,053
≥ 11g/dl	109	44,1	68	53,5	
<b>Albumina</b>					
< 4g/dl	167	67,6	81	63,8	0,458
≥ 4g/dl	80	32,4	46	36,2	
<b>Medicamentos</b>					
< 10	97	39,3	43	33,9	0,181
≥ 10	150	60,7	84	66,1	

**Tabela 6. Análise multivariada fatores associados à não adesão em hemodiálise, 2017.**

Variável	Restrição hídrica				
	%	OR (IC 95%)	p	OR ajustado 95%	P
<b>Cor da pele</b>					
Branco	45,8	1	0,010	1	0,475
Não branco	59,3	1,33 (1,07 - 1,65)		1,19 (,075 - 1,92)	
<b>Idade</b>					
≥ 60 anos	43,2	1	<0,001	1	<b>0,001</b>
< 60 anos	63,1	2,25 (1,48 - 3,41)		2,25 (1,42 - 3,58)	
<b>Nível social</b>					
D/E – C2	42,4	1	0,038	1	0,957
C1 – B2	50,3	0,86 (0,61 - 1,20)		0,95 (0,40 - 2,25)	
B1 – A	58,8	0,71 (0,50 - 1,00)		0,89 (0,35 - 2,22)	
<b>Plano de saúde</b>					
Sim	43,0	1	0,001	1	0,050
Não	59,8	1,42 (1,14 - 1,75)		1,75 (1,01 - 3,03)	
<b>Pagamento hd</b>					
Plano	42,0	1	0,051	1	0,973
SUS	55,6	1,72 (0,94 - 3,15)		0,98 (0,43 - 2,21)	
<b>Trat. Conservador</b>					
Sim	47,2	1	0,028	1	0,281
Não	58,6	1,27 (1,02 - 1,58)		1,30 (0,81 - 2,08)	
<b>Diurese residual</b>					
Sim	48,1	1	0,001	1	<b>0,009</b>
Não	66,4	1,54 (1,16 - 2,04)		1,96 (1,19 - 3,23)	
<b>Ktv</b>					
≥ 1,2	58,2	1	0,015	1	0,105
< 1,2	46,0	0,61 (0,40 - 0,93)		0,68 (0,43 - 1,08)	
<b>Albumina</b>					
≥ 4 g/dl	43,7	1	0,004	1	<b>0,010</b>
< 4 g/dl	58,9	1,84 (1,19 - 2,85)		1,86 (1,15 - 3,00)	
<b>Hemoglobina</b>					
≥ 11 g/dl	46,3	1	0,004	1	<b>0,040</b>
< 11 g/dl	60,4	1,76 (1,17 - 2,66)		1,59 (1,02 - 2,50)	
<b>Medicamentos</b>					
≥ 10	50,4	1	0,060	1	0,179
< 10	59,3	1,43 (0,93 - 2,18)		1,37 (0,86 - 2,20)	

**Tabela 6. Continuação**

<b>Regime dietético</b>					
<b>Variável</b>	<b>%</b>	<b>OR (IC 95%)</b>	<b>p</b>	<b>OR ajustado 95%</b>	<b>p</b>
<b>Idade</b>					
≥ 60 anos	17,0	1		1	<b>0,037</b>
< 60 anos	28,8	1,96 (1,19 - 3,24)	0,005	1,88 (1,03 - 3,41)	
<b>Escolaridade</b>					
0 – 4 anos	18,7	1	0,045	1	0,888
5 – 8 anos	24,4	1,40 (0,75 - 2,61)		0,86 (0,45 - 1,63)	
≥ 9 anos	28,8	1,76 (1,00 - 3,07)		0,88 (0,44 - 1,74)	
<b>Nível social</b>					
D/E – C2	42,4	1	0,038	1	0,370
C1 – B2	50,3	1,37 (0,64 - 2,93)		1,86 (0,77 - 4,45)	
B1 – A	58,8	1,93 (0,91 - 4,10)		1,83 (0,70 - 4,81)	
<b>Pagamento HD</b>					
Plano	40,0	1	0,003	1	<b>0,042</b>
SUS	20,7	0,39 (0,20 - 0,73)		0,46 (0,22 - 0,97)	
<b>Acompanhante</b>					
Sim	18,8	1	0,031	1	0,843
Não	27,5	1,12 (1,00 - 1,25)		1,19 (0,69 - 2,08)	
<b>Regime medicamentoso</b>					
<b>Variável</b>	<b>%</b>	<b>OR (IC 95%)</b>	<b>p</b>	<b>OR ajustado 95%</b>	<b>p</b>
<b>Idade</b>					
≥ 60 anos	4,0	1	<0,001	1	<b>0,001</b>
< 60 anos	18,2	5,36 (2,32 - 12,4)		4,67 (1,88 - 11,60)	
<b>Acompanhante</b>					
Sim	6,6	1	0,003	1	0,186
Não	16,1	1,11 (1,03 - 1,19)		1,69 (0,78 - 3,70)	
<b>Ktv</b>					
≥ 1,2	9,3	1	0,077	1	0,158
< 1,2	15,3	1,76 (0,93 - 3,35)		1,62 (0,82 - 3,18)	
<b>Albumina</b>					
≥ 4 g/dl	16,7	1	0,025	1	0,108
< 4 g/dl	8,9	0,48 (0,25 - 0,92)		0,56 (0,28 - 1,13)	
<b>Medicamentos</b>					
≥ 10	9,0	1	0,048	1	0,105
< 10	15,7	1,89 (0,99 - 3,58)		1,73 (0,89 - 3,38)	

**Tabela 6. Continuação**

<b>Terapia hemodialítica</b>					
<b>Variável</b>	<b>%</b>	<b>OR (IC 95%)</b>	<b>p</b>	<b>OR ajustado 95%</b>	<b>p</b>
<b>Idade</b>					
≥ 60 anos	9,1	1	0,008	1	0,229
< 60 anos	18,2	2,22 (1,18 - 4,16)		3,82 (0,42 - 34,14)	
<b>Nível social</b>					
D/E – C2	30,3	1	0,007	1	0,051
C1 – B2	14,5	0,38 (0,16 - 0,92)		3,43 (0,74 - 15,79)	
B1 – A	10,4	0,26 (0,11 - 0,64)		8,11 (1,40 - 44,05)	
<b>Pagamento hd</b>					
Plano	24,0	1	0,027	1	0,192
SUS	12,3	0,44 (0,21 - 0,92)		2,94 (0,58 - 14,97)	
<b>Deslocamento</b>					
< 30 minutos	16,6	1	0,034	1	0,820
≥ 30 minutos	9,4	0,92 (0,85 - 0,99)		1,15 (0,34 - 3,83)	
<b>Acompanhante</b>					
Sim	7,7	1	0,001	1	0,062
Não	19,7	1,14 (1,05 - 1,24)		0,21 (0,43 - 1,08)	
<b>Tempo na fila Tx</b>					
< 5 anos	20,8	1	0,058	1	0,220
≥ 5 anos	6,7	0,84 (0,73 - 0,97)		2,74 (0,54 - 13,73)	

<b>Terapêutica</b>					
<b>Variável</b>	<b>%</b>	<b>OR (IC 95%)</b>	<b>p</b>	<b>OR ajustado 95%</b>	<b>p</b>
<b>Cor da pele</b>					
Branco	45,8	1	0,010	1	<b>0,012</b>
Não branco	59,0	1,33 (1,07 - 1,65)		1,85 (1,15 - 2,90)	
<b>Idade</b>					
≥ 60 anos	56,3	1	<0,001	1	<b>0,026</b>
< 60 anos	74,7	2,30 (1,48 - 3,56)		1,80 (1,07 - 3,01)	
<b>Plano de saúde</b>					
Sim	60,7	1	0,104	1	0,315
Não	69,0	1,26 (0,95 - 1,68)		1,28 (0,79 - 2,08)	
<b>Acompanhante</b>					
Sim	59,1	1	0,004	1	0,055
Não	72,5	1,48 (1,11 - 1,98)		1,64 (1,00 - 2,70)	
<b>Trat. Conservador</b>					
Sim	62,3	1	0,085	1	0,666
Não	68,8	1,21 (0,91 - 1,60)		1,41 (0,89 - 2,23)	
<b>Diurese residual</b>					
Sim	61,2	1	0,002	1	<b>0,024</b>
Não	76,7	1,66 (1,15 - 2,39)		1,85 (1,08 - 3,12)	
<b>Hemoglobina</b>					
≥ 11 g/dl	61,6	1	0,053	1	0,143
< 11 g/dl	70,1	1,45 (0,94 - 2,24)		1,40 (0,89 - 2,20)	
<b>Medicamentos</b>					
≥ 10	64,1	1	0,181	1	0,306
< 10	69,3	1,21 (0,91 - 1,60)		1,13 (0,51 - 1,53)	

**Tabela 7. Caracterização da amostra relacionado aos tipos de adesão em tratamento hemodialítico, 2017.**

Variáveis	Tipos de Adesão															
	Hídrica				Alimentar				Medicamentosa				Terapia			
	Não aderente		Aderente		Não aderente		Aderente		Não aderente		Aderente		Não aderente		Aderente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Sexo</b>																
Feminino	83	41,3	69	39,9	31	35,6	121	42,2	16	37,2	136	41,1	22	42,3	130	40,4
Masculino	118	58,7	104	60,1	56	64,4	166	57,8	27	62,8	195	58,9	30	57,7	192	59,6
<b>Idade</b>																
< 60 anos	125	62,2	73	42,2	57	65,5	141	49,1	36	83,7	162	48,9	36	69,2	162	50,3
≥ 60 anos	76	37,8	100	57,8	30	34,5	146	50,9	7	16,3	169	51,1	16	30,8	160	49,7
<b>Cor da pele</b>																
Branco	70	34,8	83	48,0	36	41,4	117	40,8	14	32,6	139	42,0	18	34,6	135	41,9
Não branco	131	65,2	90	52,0	51	58,6	170	59,2	29	67,4	198	58,0	34	65,4	187	58,1
<b>Estado civil</b>																
União estável	95	47,3	93	53,8	45	51,7	1434	49,8	22	51,2	166	50,2	23	44,2	165	51,2
Solteiro	106	52,7	80	46,2	42	48,3	144	50,2	21	48,8	165	49,8	29	55,8	157	48,8
<b>Escolaridade</b>																
0 - 4 anos	96	47,8	70	40,5	31	35,6	135	47,0	15	34,9	151	45,6	16	30,8	150	46,6
5 - 8 anos	46	22,9	44	25,4	22	25,3	68	23,7	13	30,2	77	23,3	20	38,5	70	21,7
≥ 9 anos	59	29,4	59	34,1	34	39,1	84	29,3	15	34,9	103	31,1	16	30,8	102	31,7
<b>Nível social</b>																
A - B1	14	7,0	19	11,0	14	16,1	19	6,6	5	11,6	28	8,5	10	19,2	23	7,1
B2 - C1	80	39,8	79	45,7	35	40,2	124	43,2	18	41,9	141	42,6	23	44,2	136	42,2
C2 - D/E	107	53,2	75	43,4	38	43,7	144	50,2	20	46,5	162	48,9	19	36,5	163	50,6
<b>Plano de saúde</b>																
Sim	58	28,9	77	44,5	36	41,1	99	34,5	14	32,6	121	36,6	19	36,5	116	36
Não	143	71,1	96	55,5	51	58,6	188	65,5	29	67,4	210	63,4	33	63,5	206	64
<b>Pagamento HD</b>																
SUS	180	89,6	144	83,2	67	77,0	257	89,5	34	79,1	290	87,6	40	76,9	284	88,2
Plano	21	10,4	29	16,8	20	23,0	30	10,5	9	20,9	41	12,4	12	23,1	38	11,8

**Tabela 7. Continuação**

Variáveis	Tipos de Adesão															
	Hídrica				Alimentar				Medicamentosa				Terapia			
	Não aderente		Aderente		Não aderente		aderente		Não aderente		Aderente		Não aderente		Aderente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Deslocamento</b>																
< 30 minutos	122	60,7	113	65,3	58	66,7	177	61,7	23	53,5	212	64,0	39	75,0	196	60,9
≥ 30 minutos	79	39,3	60	34,7	29	33,3	110	38,3	20	46,5	119	36,0	13	25,0	126	39,1
<b>Acompanhante</b>																
Sim	91	45,3	90	52,0	34	39,1	147	51,2	12	27,9	169	51,1	14	26,9	167	51,9
Não	110	54,7	83	48,0	53	60,9	140	48,8	31	72,1	162	48,9	38	73,1	155	48,1
<b>Trat. Conservador</b>																
Sim	75	37,3	84	48,6	34	39,1	125	43,6	18	41,9	141	42,6	22	42,3	137	42,5
Não	126	62,7	89	51,4	53	60,9	162	56,4	25	58,1	190	57,4	30	57,7	185	57,5
<b>Tempo em HD</b>																
< 5 anos	131	65,2	118	68,2	55	63,2	194	67,6	30	69,8	219	66,2	37	71,2	212	65,8
≥ 5 anos	70	34,8	55	31,8	32	36,8	93	32,4	13	30,2	112	33,8	15	28,8	110	34,2
<b>Acesso vascular</b>																
FAV	146	72,6	129	74,6	61	70,1	214	74,6	32	74,4	243	73,4	35	67,3	240	74,5
Curta permanência	14	7,0	15	8,7	8	9,2	21	7,3	3	7,0	26	7,9	6	11,5	23	7,1
Longa permanência	41	20,4	29	16,8	18	20,7	52	18,1	8	18,6	62	18,7	11	21,2	59	18,3
<b>Fila Tx</b>																
Sim	74	36,8	57	32,9	37	42,5	94	32,8	20	46,5	111	33,5	23	44,2	108	33,5
Não	127	63,2	116	67,1	50	57,5	193	67,2	23	53,5	220	66,5	29	55,8	214	66,5
<b>Diurese residual</b>																
Sim	124	61,7	134	77,5	54	62,1	204	71,1	32	74,4	226	68,3	31	59,6	227	70,5
Não	77	38,3	39	22,5	33	37,9	83	28,9	11	25,6	105	31,7	21	40,4	95	29,5
<b>Ktv</b>																
< 1,2	63	31,3	74	42,8	36	41,4	101	35,2	21	48,8	116	35,0	22	42,3	115	35,7
≥ 1,2	138	68,7	99	57,2	51	58,6	186	64,8	22	51,2	215	65,0	30	57,7	207	64,3
<b>Albumina</b>																
< 4g/dl	146	72,6	102	59,0	53	60,9	195	67,9	22	51,2	226	68,3	32	61,5	216	67,1
≥ 4g/dl	55	27,4	71	41,0	34	39,1	92	32,1	21	48,8	105	31,7	20	38,5	106	32,9

**Tabela 7. Continuação**

Variáveis	Tipos de Adesão															
	Hídrica				Alimentar				Medicamentosa				Terapia			
	Não aderente		Aderente		Não aderente		aderente		Não aderente		Aderente		Não aderente		Aderente	
Hemoglobina	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
< 11g/dl	119	59,2	78	45,1	47	54,0	150	52,3	24	55,8	173	52,3	26	50,0	171	53,1
≥ 11 g/dl	82	40,8	95	54,9	40	46,0	137	47,7	19	44,2	158	47,7	26	50,0	151	46,9
<b>Medicamentos</b>																
< 10	83	41,3	57	32,9	36	41,4	104	36,2	22	51,2	118	35,6	19	36,5	121	37,6
≥ 10	118	58,7	116	67,1	51	58,6	183	63,8	21	48,8	213	64,4	33	63,5	201	62,4

**Tabela 8. Fatores associados à não adesão de pacientes em hemodiálise, 2017.**

<b>Variáveis</b>	<b>%</b>	<b>Restrição hídrica OR (IC 95%)</b>	<b>p</b>
<b>Sexo</b>			
Masculino	53,2	1	0,782
Feminino	54,6	1,06 (0,70 - 1,60)	
<b>Cor da pele</b>			
Branco	45,8	1	0,010
Não branco	59,3	1,33 (1,07 - 1,55)	
<b>Idade</b>			
≥ 60 anos	43,2	1	<*0,001
< 60 anos	63,1	2,25 (1,48 - 3,41)	
<b>Escolaridade</b>			
0 – 4 anos	57,8	1	0,178
5 – 8 anos	51,1	0,76 (0,45 - 1,27)	
≥ 9 anos	50,0	0,72 (0,45 - 1,27)	
<b>Nível social</b>			
C2 – D/E	42,4	1	0,038
B2 – C1	50,3	1,37 (0,64 - 2,93)	
A – B1	58,8	1,93 (0,91 - 4,10)	
<b>Plano de saúde</b>			
Sim	43,0	1	*0,001
Não	59,8	1,42 (1,14 - 1,75)	
<b>Deslocamento</b>			
< 30 minutos	51,9	1	*0,208
≥ 30 minutos	56,8	1,11 (0,88 - 1,40)	
<b>Acompanhante</b>			
Sim	50,3	1	0,193
Não	57,0	1,15 (0,92 - 1,43)	
<b>Trat. conservador</b>			
Sim	47,2	1	0,028
Não	58,6	1,27 (1,02 - 1,58)	
<b>Tempo em Hd</b>			
< 5 anos	52,6	1	*0,305
≥ 5 anos	56,0	1,07 (0,85 - 1,36)	
<b>Fila Tx</b>			
Não	52,3	1	*0,251
Sim	56,5	1,18 (0,77 - 1,81)	
<b>Diurese residual</b>			
Sim	48,1	1	*0,001
Não	66,4	1,54 (1,16 - 2,04)	
<b>Ktv</b>			
≥ 1,2	58,2	1	*0,015
< 1,2	46,0	0,61 (0,40 - 0,93)	
<b>Albumina</b>			
≥ 4 g/dl	43,7	1	*0,004
< 4 g/dl	58,9	1,84 (1,19 - 2,85)	
<b>Hemoglobina</b>			
≥ 11 g/dl	46,3	1	*0,004
< 11 g/dl	60,4	1,76 (1,17 - 2,66)	
<b>Medicamentos</b>			
≥ 10	50,4	1	0,060
< 10	59,3	1,43 (0,93 - 2,18)	



**Tabela 8. Continuação**

<b>Variáveis</b>	<b>%</b>	<b>Regime dietético OR (IC 95%)</b>	<b>p</b>
<b>Sexo</b>			
Masculino	25,2	1	*0,168
Feminino	20,4	0,75 (0,46 - 1,24)	
<b>Cor da pele</b>			
Branco	23,5	1	0,919
Não branco	23,1	0,99 (0,88 - 1,11)	
<b>Idade</b>			
≥ 60 anos	17,0	1	*0,005
< 60 anos	28,8	1,96 (1,19 - 3,24)	
<b>Escolaridade</b>			
0 – 4 anos	18,7	1	0,045
5 – 8 anos	24,4	1,40 (0,75 - 2,61)	
≥ 9 anos	28,8	1,76 (1,00 - 3,07)	
<b>Nível social</b>			
C2 – D/E	42,4	1	0,043
B2 – C1	22,0	0,38 (0,17 - 0,84)	
A – B1	20,9	0,35 (0,16 - 0,77)	
<b>Plano de saúde</b>			
Sim	26,7	1	0,242
Não	21,3	1,07 (0,95 - 1,22)	
<b>Deslocamento</b>			
< 30 minutos	24,7	1	*0,237
≥ 30 minutos	20,9	1,05 (0,94 - 1,17)	
<b>Acompanhante</b>			
Sim	18,8	1	*0,031
Não	27,5	1,12 (1,00 - 1,25)	
<b>Trat. conservador</b>			
Sim	21,4	1	*0,270
Não	24,7	1,04 (0,93 - 1,16)	
<b>Tempo em Hd</b>	25,2	1	*0,168
< 5 anos	20,4	0,75 (0,46 - 1,24)	
≥ 5 anos			
<b>Fila Tx</b>	23,5	1	0,919
Não	23,1	0,99 (0,88 - 1,11)	
Sim			
<b>Diurese residual</b>	17,0	1	*0,005
Sim	28,8	1,96 (1,19 - 3,24)	
Não			
<b>Ktv</b>	18,7	1	0,045
≥ 1,2	24,4	1,40 (0,75 - 2,61)	
< 1,2	28,8	1,76 (1,00 - 3,07)	
<b>Albumina</b>			
≥ 4 g/dl	42,4	1	0,043
< 4 g/dl	22,0	0,38 (0,17 - 0,84)	
<b>Hemoglobina</b>	20,9	0,35 (0,16 - 0,77)	
≥ 11 g/dl			
< 11 g/dl	26,7	1	0,242
<b>Medicamentos</b>	21,3	1,07 (0,95 - 1,22)	
≥ 10			
< 10	24,7	1	*0,237

**Tabela 8. Continuação**

<b>Variáveis</b>	<b>%</b>	<b>Regime medicamentoso OR (IC 95%)</b>	<b>p</b>
<b>Sexo</b>			
Masculino	12,2	1	*0,377
Feminino	10,5	0,85 (0,44 - 1,63)	
<b>Cor da pele</b>			
Branco	9,2	1	0,154
Não branco	13,1	1,04 (0,97 - 1,12)	
<b>Idade</b>			
≥ 60 anos	4,0	1	<*0,001
< 60 anos	18,2	5,36 (2,32 - 12,4)	
<b>Escolaridade</b>			
0 – 4 anos	9,0	1	0,300
5 – 8 anos	14,4	1,70 (0,77 - 3,75)	
≥ 9 anos	12,7	1,46 (0,68 - 3,12)	
<b>Nível social</b>			
C2 – D/E	15,2	1	0,593
B2 – C1	11,3	0,71 (0,24 - 2,08)	
A – B1	11,0	0,69 (0,24 - 1,99)	
<b>Plano de saúde</b>			
Sim	10,4	1	*0,369
Não	12,1	1,02 (0,94 - 1,09)	
<b>Deslocamento</b>			
< 30 minutos	9,8	1	0,178
≥ 30 minutos	14,4	1,05 (0,97 - 1,14)	
<b>Acompanhante</b>			
Sim	6,6	1	*0,003
Não	16,1	1,11 (1,03 – 1,19)	
<b>Trat. conservador</b>			
Sim	11,3	1	0,927
Não	11,6	1,00 (0,93 - 1,08)	
<b>Tempo em Hd</b>			
< 5 anos	12,0	1	0,388
≥ 5 anos	10,4	0,98 (0,91 – 1,05)	
<b>Fila Tx</b>			
Não	9,5	1	0,093
Sim	15,3	1,72 (0,90 - 3,27)	
<b>Diurese residual</b>			
Sim	12,4	1	*0,263
Não	9,5	0,96 (0,89 - 1,04)	
<b>Ktv</b>			
≥ 1,2	9,3	1	0,077
< 1,2	15,3	1,76 (0,93 - 3,35)	
<b>Albumina</b>			
≥ 4 g/dl	16,7	1	0,025
< 4 g/dl	8,9	0,48 (0,25 - 0,92)	
<b>Hemoglobina</b>			
≥ 11 g/dl	10,7	1	0,392
< 11 g/dl	12,2	1,15 (0,60 - 2,18)	
<b>Medicamentos</b>			
≥ 10	9,0	1	0,048
< 10	15,7	1,89 (0,99 - 3,58)	

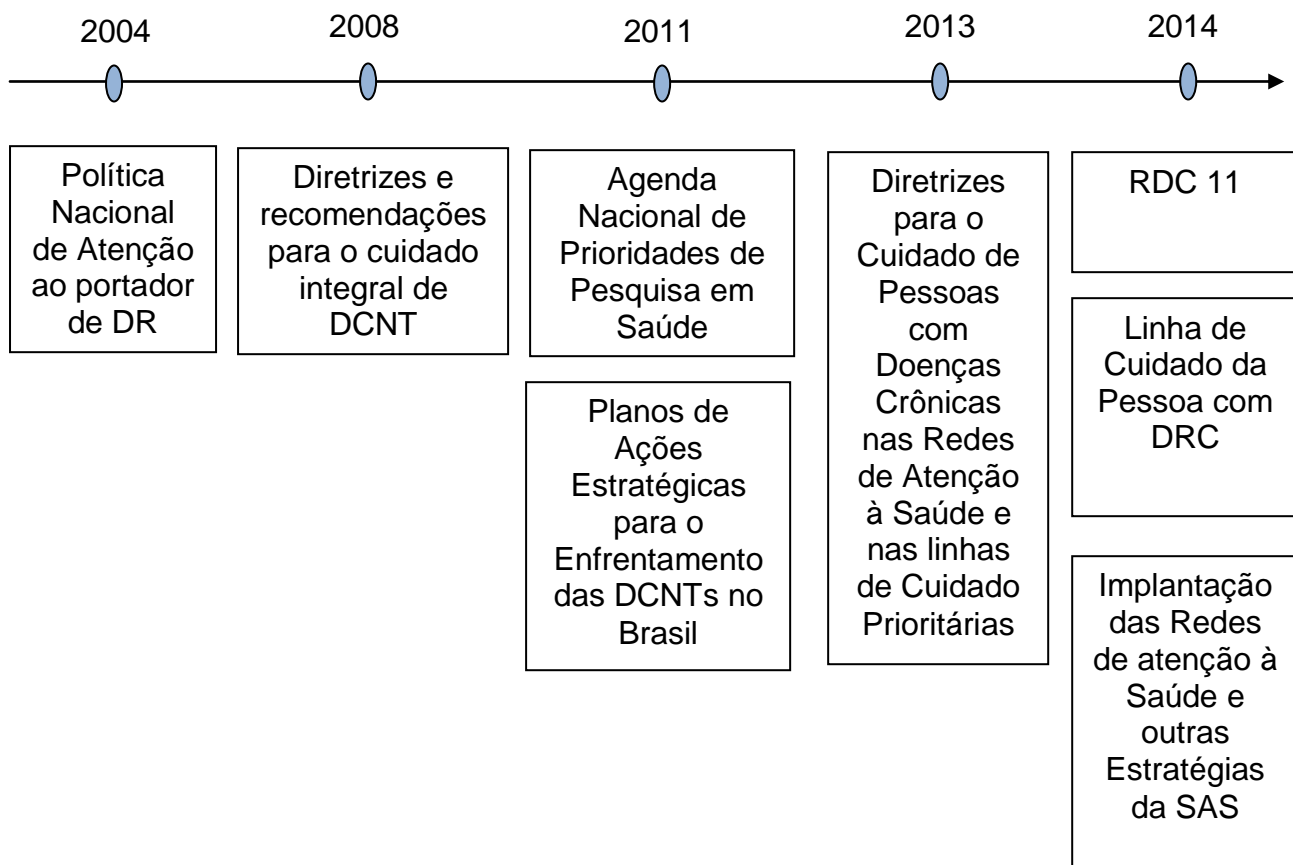
**Tabela 8. Continuação**

<b>Variáveis</b>	<b>%</b>	<b>Terapia OR (IC 95%)</b>	<b>p</b>
<b>Sexo</b>			
Masculino	13,5	1	0,792
Feminino	14,5	1,08 (0,59 - 1,96)	
<b>Cor da pele</b>			
Branco	11,8	1	*0,200
Não branco	15,4	1,04 (0,96 - 1,13)	
<b>Idade</b>			
≥ 60 anos	9,1	1	*0,008
< 60 anos	18,2	2,22 (1,18 - 4,16)	
<b>Escolaridade</b>			
0 - 4 anos	9,6	1	0,248
5 - 8 anos	22,2	2,67 (1,30 - 5,48)	
≥ 9 anos	13,6	1,47 (0,70 - 3,07)	
<b>Nível social</b>			
C2 - D/E	30,3	1	0,007
B2 - C1	14,5	0,38 (0,16 - 0,92)	
A - B1	10,4	0,26 (0,11 - 0,64)	
<b>Plano de saúde</b>			
Sim	14,1	1	0,943
Não	13,8	0,99 (0,91 - 1,08)	
<b>Deslocamento</b>			
< 30 minutos	16,6	1	*0,034
≥ 30 minutos	9,4	0,92 (0,85 - 0,99)	
<b>Acompanhante</b>			
Sim	7,7	1	*0,001
Não	19,7	1,14 (1,05 - 1,24)	
<b>Trat. conservador</b>			
Sim	13,8	1	0,974
Não	14,0	1,00 (0,92 - 1,08)	
<b>Tempo em Hd</b>			
< 5 anos	14,9	1	*0,279
≥ 5 anos	12,0	0,96 (0,89 - 1,05)	
<b>Fila Tx</b>			
Não	17,6	1	0,134
Sim	11,9	1,57 (0,86 - 2,84)	
<b>Diurese residual</b>			
Sim	12,0	1	0,115
Não	18,1	1,07 (0,97 - 1,18)	
<b>Ktv</b>			
≥ 1,2	12,7	1	0,360
< 1,2	16,1	1,32 (0,72 - 2,39)	
<b>Albumina</b>			
≥ 4 g/dl	15,9	1	0,433
< 4 g/dl	12,9	0,78 (0,42 - 1,43)	
<b>Hemoglobina</b>			
≥ 11 g/dl	14,7	1	0,677
< 11 g/dl	13,2	0,88 (0,49 - 1,58)	
<b>Medicamentos</b>			
≥ 10	14,1	1	0,886
< 10	13,6	0,95 (0,52 - 1,75)	

**Tabela 8. Continuação.**

<b>Variáveis</b>	<b>%</b>	<b>Terapêutica OR (IC 95%)</b>	<b>p</b>
<b>Sexo</b>			
Masculino	67,1	1	0,596
Feminino	64,5	0,88 (0,57 - 1,37)	
<b>Cor da pele</b>			
Branco	45,8	1	0,010
Não branco	59,3	1,33 (1,07 - 1,65)	
<b>Idade</b>			
≥ 60 anos	56,3	1	*<0,001
< 60 anos	74,7	2,30 (1,48 - 3,56)	
<b>Escolaridade</b>			
0 – 4 anos	65,1	1	0,733
5 – 8 anos	66,7	1,07 (0,62 - 1,84)	
≥ 9 anos	66,9	1,08 (0,66 - 1,79)	
<b>Nível social</b>			
C2 – D/E	68,1	1	0,787
B2 – C1	62,3	0,61 (0,27 - 1,42)	
A – B1	72,7	0,80 (0,35 - 1,83)	
<b>Plano de saúde</b>			
Sim	60,7	1	0,104
Não	69,0	1,26 (0,95 - 1,68)	
<b>Deslocamento</b>			
< 30 minutos	66,4	1	0,857
≥ 30 minutos	65,5	0,97 (0,72 - 1,30)	
<b>Acompanhante</b>			
Sim	59,1	1	*0,004
Não	72,5	1,48 (1,11 - 1,98)	
<b>Trat. conservador</b>			
Sim	62,3	1	0,185
Não	68,8	1,21 (0,91 - 1,60)	
<b>Tempo em Hd</b>			
< 5 anos	66,3	1	0,898
≥ 5 anos	65,5	0,98 (0,72 - 1,32)	
<b>Fila Tx</b>			
Não	63,4	1	*0,085
Sim	71,0	1,41 (0,89 - 2,23)	
<b>Diurese residual</b>			
Sim	61,2	1	*0,002
Não	76,7	1,66 (1,15 - 2,39)	
<b>Ktv</b>			
≥ 1,2	66,2	1	0,914
< 1,2	65,7	0,97 (0,62 – 1,52)	
<b>Albumina</b>			
≥ 4 g/dl	63,5	1	0,458
< 4 g/dl	67,3	1,18 (0,75 – 1,85)	
<b>Hemoglobina</b>			
≥ 11 g/dl	61,9	1	*0,053
< 11 g/dl	70,1	1,45 (0,94 - 2,24)	
<b>Medicamentos</b>			
≥ 10	64,1	1	*0,181
< 10	69,3	1,26 (0,80 - 1,97)	

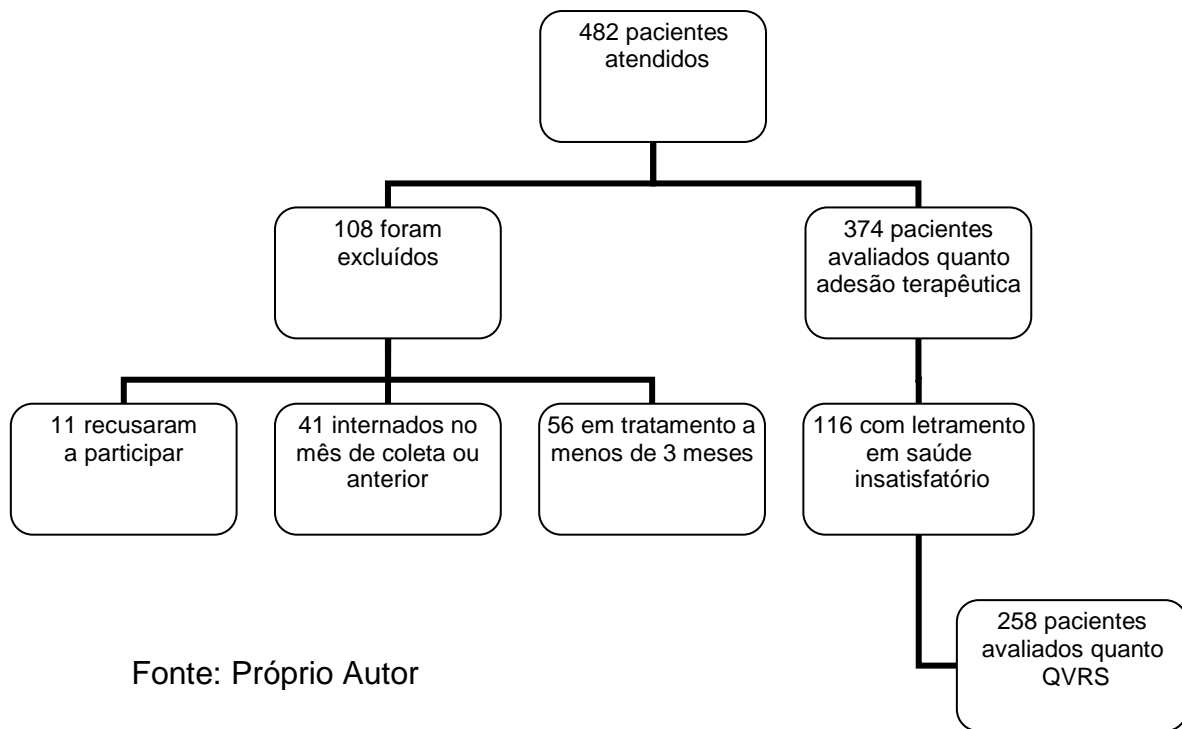
\*Teste de Fischer



**FIGURA 1 - Processo Organizativo da Assistência ao Doente Renal Crônico.**

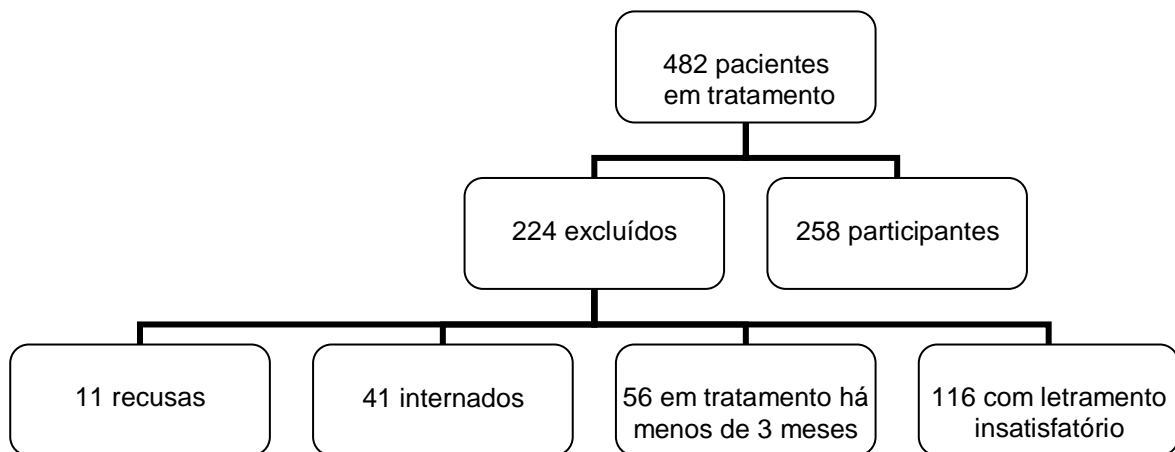
Fonte: Próprio autor

**FIGURA 2 - Fluxograma de seleção de pacientes**



Fonte: Próprio Autor

**FIGURA 3 - Fluxograma dos pacientes atendidos nos Centros dialíticos**



## QUADRO 1 - Estadiamento da DRC

<b>ESTÁGIO</b>	<b>TFG (ml/min/1,73m<sup>2</sup>)</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
<b>1</b>	≥ 90	Lesão renal com FG normal
<b>2</b>	60 – 89	Lesão renal com FG levemente diminuída
<b>3 a</b>	45 – 59	Lesão renal com FG moderadamente diminuída
<b>3 b</b>	30 – 44	Lesão renal com FG moderadamente diminuída
<b>4</b>	15 – 29	Lesão renal com FG severamente diminuída
<b>5</b>	< 15	Falência Funcional Renal

Fonte adaptado: (BRASIL, 2014b; INKER, ASTOR, FOX, et al., 2014).

FG – Filtração glomerular.



## QUADRO 2 - Avaliação da adesão ao regime terapêutico hemodialítico

<b>Aspectos da Adesão</b>	<b>Indicador</b>	<b>Classificação da não adesão</b>
<b>Restrição hídrica</b>	GPID	GPID > 5,7% do peso seco
<b>Restrição dietética</b>	Nível sérico de potássio e fósforo	Potássio > 6 mEq/l e ou fósforo de > 7.5mg/dl
<b>Farmacoterapia</b>	Nível sérico de fósforo	Fósforo > 7.5 mg/dl
<b>Terapia hemodialítica</b>	Comparecimento às sessões de hemodiálise	Falta e ou diminuição do tempo de uma ou mais sessões

Fonte: Adaptado (SARAN, BRAGG-GRESHAM, RAYNER et al., 2003).

 Revista Brasileira de Enfermagem

 Home

 Author

## Submission Confirmation

 Print

Thank you for your submission

**Submitted to**

Revista Brasileira de Enfermagem

**Manuscript ID**

REBEn-2018-0091

**Title**

Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em terapêutica hemodialítica

**Authors**

Perelra, Claudio

Leite, Isabel Cristina

**Date Submitted**

17-Feb-2018

[Author Dashboard](#)



[# Home](#)

[# Author](#)

# Submission Confirmation

Print

Thank you for your submission

**Submitted to**

Brazilian Journal of Nephrology

**Manuscript ID**

JBN-2018-0045

**Title**

Fatores associados à não adesão ao regime terapêutico de pacientes em hemodiálise

**Authors**

Perreira, Cláudio

Leite, Isabel Cristina

**Date Submitted**

16-Feb-2018

[Author Dashboard](#)