



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Qualidade de Vida em portadores de doença renal crônica  
na fase pré-dialítica**

**Camila Foresti Lemos**

**Brasília – DF**

**2013**

Camila Foresti Lemos

# **Qualidade de Vida em portadores de doença renal crônica na fase pré-dialítica**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas, da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, como requisito para obtenção de título de mestre em Ciências Médicas.

Orientador: Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Joel Paulo Russomano Veiga

Brasília – DF

2013

L555q Lemos, Camila Foresti.

Qualidade de vida em portadores de doença renal crônica na fase pré-dialítica / Camila Foresti Lemos. – Brasília, 2013.  
121 f. : il.

Orientador: Joel Paulo Veiga Russomano

Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Faculdade de Medicina, 2013.

1. Qualidade de vida. 2. Doença renal crônica. 3. Renda familiar. I. Título.

## **Agradecimentos**

A Deus por me sustentar neste difícil período de mestrandia, enfermeira e residente longe dos meus familiares.

Ao orientador Prof. Dr. Joel Paulo Russomano Veiga pelo acolhimento e por ter sido muito mais que um orientador - me apoiou e compreendeu constantemente nos momentos pessoais e profissionais mais críticos, o que me motivou a continuar perseverante na construção deste trabalho.

Aos amigos de Brasília que me incentivaram me fortalecendo nos momentos mais desafiadores, especialmente ao casal Yácara Pereira e Juliano Costa e demais passenses.

A equipe da Biocárdios Instituto de Cardiologia pelo incentivo no início desta pós-graduação. Ao Dr. Andrei Spósito por ter me motivado e acolhido como aluna especial.

A equipe da secretaria da pós-graduação da Faculdade de Medicina, especialmente ao Gledson Alessandro Ribeiro da Silva pela sabedoria, apoio e motivação oferecidos ao longo deste período.

Ao Prof. Dr. Leopoldo Santos Neto pelo apoio no momento de adquirir um orientador e excelente indicação do querido Prof. Dr. Joel Veiga.

A toda equipe do ambulatório de nefrologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB) e do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) pelo acolhimento.

As amigas do pensionato Casa Menino Deus e aos colegas de mestrado por compartilharem com incentivo e construção as limitações vencidas ao longo deste período.

Aos meus familiares e amigos não residentes em Brasília, em especial aos meus sobrinhos, cujo amor espontâneo me inspirava a construção deste trabalho.

Aos colegas do Hospital Santa Lúcia, em especial, a Álvaro Achar - o primeiro a me instigar quanto à importância da pesquisa em qualidade de vida.

A todos que direta ou indiretamente ajudaram a edificar e concluir este sonho de cursar o mestrado, o meu MUITO OBRIGADA!

*“Para ser grande, sê inteiro: nada teu exagera ou exclui.*

*Sê todo em cada coisa.*

*Põe o quanto és no mínimo que fazes.*

*Assim em cada lago a lua toda brilha, porque alta vive.”*

*Fernando Pessoa*

## RESUMO

**Introdução:** A doença renal crônica (DRC) é uma condição de grande prevalência na população geral em decorrência, principalmente, da hipertensão arterial e do diabetes melito e está associada com alta prevalência de complicações e redução da qualidade de vida.

**Objetivos:** Avaliar a qualidade de vida (QV), utilizando o instrumento genérico SF-36 em portadores de DRC na fase pré-dialítica, e identificar a possível influência do grau de função renal, dos níveis de hemoglobina, da idade, do gênero, da renda familiar e do nível de escolaridade na QV.

**Métodos:** Foi realizado um corte transversal em 170 indivíduos (83 homens) com idade média de  $57 \pm 15$  anos que atenderam aos critérios de inclusão e responderam ao SF-36. Os exames laboratoriais, os dados clínicos e sociodemográficos foram obtidos, e a taxa de filtração glomerular foi estimada por meio da fórmula CKD-EPI.

**Resultados:** O grau de função renal não influenciou a QV. As mulheres apresentaram menores escores para os domínios: aspectos físicos, dor e saúde mental. Os indivíduos com níveis de hemoglobina menor que 9,0 g/dL mostraram pior QV no domínio aspecto social. Os menores do que 47 anos mostraram melhor QV no domínio capacidade funcional. O domínio funcionamento físico apresentou escores maiores para os indivíduos com maior escolaridade. Os indivíduos com renda maior que 5,1 salários mínimos tiveram melhor QV nos domínios capacidade funcional, dor, aspectos sociais, aspecto físico, aspecto emocional e saúde mental.

**Conclusão:** O gênero e a idade influenciaram a QV, mas a renda familiar foi o fator que mais influenciou a QV (seis dos oito domínios investigados pelo SF-36) nesta amostra de 170 indivíduos portadores de DRC na fase pré-dialítica. Estes achados sugerem que diversos esforços devem ser realizados para melhorar a qualidade de vida em portadores de DRC e reforça a necessidade de estudos longitudinais e de intervenção.

**Palavras-chave:** qualidade de vida, renda familiar, doença renal crônica, pré-diálise.

## ABSTRACT

**Introduction:** Chronic Kidney Disease (CKD) is a condition of high prevalence in the general population and is mainly due to hypertension and diabetes mellitus. The disease is associated with a high incidence of complications and reduced quality of life.

**Objectives:** To evaluate quality of life (QoL) using the generic instrument Short Form-36 (SF-36) in pre-dialysis patients with CKD and to identify the possible influence of degree of renal function, hemoglobin, age, gender, family income and level of education.

**Methods:** We conducted a cross-sectional in one hundred and seventy (170) subjects (83 men), age  $57 \pm 15$  years who met the inclusion criteria and answered the SF-36. Laboratory tests and clinical and sociodemographic data were obtained. Glomerular filtration rate was estimated using the CKD-EPI formula.

**Results:** The degree of renal function did not influence QoL. Women had lower scores in the domains of physical aspects, pain, and mental health. Individuals with hemoglobin levels lower than 9.0 g / dL showed worse QoL in the social domain. Patients younger than 47 years showed better QoL in the functional capacity domain. Individuals with a better level of education had higher scores in the physical functioning domain. Individuals with an income 5.1 times greater than the minimum wage had better QoL in terms of functional capacity, pain, social, physical and emotional aspects, and mental health.

**Conclusion:** Gender, age, level of education, and serum hemoglobin influenced QoL. However, family income was associated with 6 of 8 domains investigated by the SF36. It was the factor that most influenced QoL in this sample of 170 pre-dialysis individuals with CKD. These findings suggest that many efforts should be made to reduce the effects of these factors on the QoL of patients with CKD, and it reinforces the need for longitudinal and interventional studies.

Key words: quality of Life, family Income, chronic kidney disease, pre-dialysis.

## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Exame Laboratorial, Mini Mental e SF 36 dos 170 portadores de DRC em tratamento conservador.....	32
Tabela 2 - Idade, gênero, IMC, PAS, PAD e exames laboratoriais dos 170 indivíduos por estadiamento da DRC. ....	33
Tabela 3 - Idade, IMC, PAS, PAD, risco cardiovascular (Risco Framingham), exames laboratoriais, renda familiar e estadiamento dos 170 indivíduos segundo o gênero. ....	34
Tabela 4 - Relação dos domínios do SF-36 com as variáveis sociodemográficas e laboratoriais em portadores de DRC usando a Correlação de Pearson. ....	356
Tabela 5 - Influência do estágio da DRC, da idade, gênero, dos níveis de hemoglobina, escolaridade e renda familiar nos domínios do SF-36 de 170 indivíduos com DRC na fase pré-dialítica segundo análise MANOVA com teste Lambda de Wilks.....	37
Tabela 6 - Diferentes domínios do SF-36 obtidos de 170 pacientes com DRC segundo o estadiamento da doença. ....	38
Tabela 7 - Diferentes domínios do SF-36 obtidos de 170 pacientes com DRC considerando os níveis de hemoglobina(Hb). ....	38
Tabela 8 - Post Hoc teste dos domínios da qualidade de vida em relação à hemoglobina (Hb). ....	39
Tabela 9 - Diferentes domínios do SF-36 obtidos de 170 pacientes com DRC considerando a idade. ....	40
Tabela 10 - Teste Post Hoc dos domínios da qualidade de vida em relação aos percentis de idade. ....	40
Tabela 11 - Diferentes domínios do SF-36 obtidos de 170 pacientes com DRC considerando o gênero. ....	41
Tabela 12 - Diferentes domínios do SF-36 obtidos de 170 pacientes com DRC considerando a renda. ....	42
Tabela 13 – Teste Post Hoc dos domínios da qualidade de vida em relação aos grupos da renda .....	44
Tabela 14 - Diferentes domínios do SF-36 obtidos de 170 pacientes com DRC considerando a escolaridade em anos de estudo.....	45
Tabela 15 – Teste Post Hoc dos domínios da qualidade de vida em relação à escolaridade em anos de estudo.....	45



## Sumário

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	24
<b>3 MÉTODOS</b> .....	25
3.6 Análise Estatística .....	28
<b>4 RESULTADOS</b> .....	30
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	46
5.1 Influência do estágio da DRC na QV no período pré-dialítico .....	48
5.2 Influência da idade na QV no período pré-dialítico .....	50
5.3 Influência do gênero na QV no período pré-dialítico.....	52
5.4 Influência dos níveis de hemoglobina (Hb) na QV no período pré-dialítico .....	53
5.5 Influência do nível de escolaridade e renda na QV no período pré-dialítico .....	55
5.6 QV em portadores de DRC no período pré-dialítico.....	58
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	64
6.1 Limitações .....	65
<b>7 REFERÊNCIAS</b> .....	66
APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido .....	78
APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados sociodemográficos e clínicos .....	80
APÊNDICE C - Valores de referência dos exames laboratoriais.....	83
APÊNDICE D - Gênero, idade, raça, estado civil, escolaridade e renda familiar de portadores de DRC em tratamento conservador.....	84
APÊNDICE E - Diagnóstico de Base, diagnóstico secundário, medicações de uso contínuo de portadores de DRC em tratamento conservador.....	91
APÊNDICE F - Peso, altura, superfície corpórea, IMC, queixas, atividade física e de lazer dos portadores de DRC em tratamento conservador.....	101
APÊNDICE G - Profissão, situação atual, tempo de aposentadoria, tempo de licença e endereço de portadores de DRC em tratamento conservador.....	108
APÊNDICE H - Pressão Arterial, estágio da DRC, tempo de acompanhamento, e risco conforme classificação de Framingham em portadores de DRC em tratamento conservador.....	114
ANEXO 1 Mini-mental .....	119
ANEXO 2 – Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36.....	121

## 1 INTRODUÇÃO

Os rins são órgãos fundamentais para manutenção da homeostase do corpo humano, e eles têm como função excretar a maior parte dos produtos terminais do metabolismo corporal e controlar as concentrações da maioria dos líquidos orgânicos. Os mecanismos renais regulam a osmolalidade, o volume e o equilíbrio ácido básico sanguíneo<sup>1</sup>.

A função renal é avaliada pela taxa de filtração glomerular (TFG) e a sua diminuição é observada na doença renal crônica (DRC), em que ocorre a perda das funções regulatórias, excretórias e endócrinas do rim. Quando a TFG atinge valores muito baixos, inferiores a 15 mL/min/1,73m<sup>2</sup>, estabelece-se o que denominamos de falência funcional renal, ou seja, o estágio mais avançado de perda funcional progressiva observado na DRC<sup>2</sup>.

A *National Kidney Foundation Americana* (NKF)<sup>3</sup> definiu a DRC como a presença de lesão renal por um período igual ou superior a três meses, caracterizada por anormalidades estruturais ou funcionais do rim. A DRC seria então evidenciada por anormalidades histopatológicas ou de marcadores de lesão renal, incluindo alterações sanguíneas ou urinárias (hematúria e/ou proteinúria) ou de exames de imagem, e/ou pela presença de TFG <60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> por um período igual ou superior a três meses<sup>3</sup>. Esta definição tornou-se mundialmente aceita por diversas sociedades de especialistas, inclusive a Sociedade Brasileira de Nefrologia. Assim, de acordo com essa classificação, a DRC é considerada em “estágio I” quando o clearance de creatinina é maior ou igual a 90ml/min/1,73m<sup>2</sup>sc (dano renal com TFG normal ou aumentada com proteinúria); leve (Estágio II) quando entre 89 a 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup>sc; moderada (Estágio III) quando 59 e 30 ml/min/1,73m<sup>2</sup>sc, grave (Estágio IV) quando de 29 e 15 ml/min/1,73m<sup>2</sup>sc, e insuficiência renal (Estágio V) abaixo de 15 ml/min/1,73m<sup>2</sup>sc<sup>3</sup>.

A diminuição progressiva da função renal pode implicar no comprometimento de essencialmente todos os outros órgãos<sup>1</sup>. A definição da DRC, em uso desde 2002,

propiciou um estadiamento da doença que independe da sua causa<sup>2,3</sup>. A partir desta abordagem, ficou evidente que a DRC é muito mais frequente do que até então se considerava, e que sua evolução clínica está associada a altas taxas de morbimortalidade<sup>2,3 4,5</sup>.

O envelhecimento da população e a epidemia global da diabetes vêm ocasionando um aumento progressivo na prevalência da DRC, e os indivíduos acometidos que se encontram no estágio final da doença renal requerem diálise permanente ou transplante renal para sobreviverem<sup>6,7</sup>, no entanto, em muitos países de baixa e média renda, as opções de tratamento são estritamente limitadas ou inacessíveis, refletindo desafios para os sistemas de saúde sustentarem programas de terapia renal de substituição<sup>7</sup>.

Como vimos, a DRC é caracterizada por um declínio gradual na depuração renal ou TFG que conduz ao acúmulo de ureia e de outros produtos químicos no sangue<sup>8</sup>. A progressão da DRC acontece quando há diminuição da depuração renal ao longo do tempo e esta, na ausência de algum evento que leve à morte, conduzirá a uma função renal muito baixa para sustentar uma vida saudável<sup>8</sup>, entretanto os fatores que são responsáveis por este declínio progressivo da TFG na DRC ainda precisam serem esclarecidos. Acresce o fato de que a presença de doença renal também aumenta o risco cardiovascular, e os mecanismos responsáveis por essa associação ainda são objeto de muitos estudos<sup>9, 10</sup>. Entre os fatores que poderiam implicar o maior risco cardiovascular na DRC, estão a elevação das citocinas pró-inflamatórias, a resistência à insulina, a redução da síntese do óxido nítrico, a hipertensão arterial, a anemia, a hipertrofia ventricular esquerda, a disfunção endotelial, o distúrbio do metabolismo do cálcio e do fósforo, entre outros<sup>11</sup>.

Hipertensão arterial e diabetes são os principais fatores de risco para DRC<sup>12, 6</sup> e estão se tornando mais frequentes na população em geral<sup>13</sup>. As glomerulonefrites primárias ou secundárias, a doença renal policística e uma proporção menor de doença túbulo-intersticial ou vasculite constituem outras causas da DRC<sup>8</sup>. Em todos os casos, com o evoluir

da DRC, a fibrose acaba por comprometer todas as estruturas desde o glomérulo aos compartimentos tubulares, vasculares ou intersticiais dos rins e dá origem a um fenótipo semelhante, independentemente da sua etiologia <sup>6</sup>.

O envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida, decorrentes da transição demográfica nas últimas décadas no mundo e no Brasil, contribuíram para mudanças no perfil de morbimortalidade e no aumento da prevalência das doenças crônicas, entre elas a DRC <sup>14,12</sup>. No Brasil, em 2011 existiam cerca de 91.310 pacientes em diálise e as estimativas de prevalência e de incidência neste ano foram de 475 e 149 pacientes em diálise por milhão da população <sup>15</sup>. O número estimado de pacientes iniciando diálise foi 28.680, e a taxa anual de mortalidade foi de 19,9%, e 35,5% (32.454) estavam em fila de espera para transplante <sup>15</sup>.

Esses números podem dar uma ideia do impacto e do custo da DRC na saúde no Brasil e da necessidade imperiosa de se desenvolverem programas de atendimento à saúde da população que visem à prevenção e ao diagnóstico precoce, bem como o adequado acompanhamento ambulatorial dos indivíduos diagnosticados com DRC, buscando retardar a evolução da doença.

É essencial o conhecimento dos diversos fatores que contribuem para uma pior evolução da DRC e do impacto na qualidade de vida (QV) das medidas adotadas no tratamento, sejam as medidas conservadoras, os métodos dialíticos ou o transplante renal. Desse modo, diversos trabalhos têm investigado, independentemente da modalidade terapêutica, a qualidade de vida no portador de DRC <sup>3,11,16,6,17-29</sup>.

Em conformidade, as atividades e os programas encarregados de assegurar a qualidade dos cuidados em um ato ou um programa médico definido exigem das instituições respostas diferenciadas no que diz respeito à efetividade dos serviços oferecidos. O cuidado deve estar associado não só a resultados clínicos, sociais, econômicos e políticos, mas

também precisa situar-se no contexto da vida, que lhe dá seu real significado<sup>30</sup>. Desse modo, o papel da avaliação do paciente com experiências subjetivas está sendo cada vez mais reconhecido. A medição da qualidade de vida mostra a importância do impacto da doença sobre o paciente no funcionamento físico, mental e social. A QV pode ser afetada por vários fatores, incluindo a intensidade das manifestações da doença, os efeitos colaterais do tratamento, a qualidade das relações sociais de um paciente, entre outros<sup>31</sup>.

Uma das características da maior parte dos casos de DRC é a progressão mais ou menos rápida para as fases mais avançadas da doença, trazendo, para grande parte dos pacientes, a necessidade de iniciar a terapia substitutiva da função renal<sup>32</sup>. A aceitação em relação à doença e a preparação adequada para ingresso na diálise devem ser promovidas na unidade de saúde quando o paciente ainda se encontra em tratamento conservador, com intuito de reduzir o impacto da doença e oferecer os esclarecimentos necessários para melhora da qualidade de vida. Assim, trabalhos anteriores têm mostrado que a morbidade e a mortalidade na fase final da doença renal são influenciadas pelo sincronismo e pela qualidade dos cuidados antes do início da diálise<sup>32-36</sup>.

Na fase pré-dialítica da DRC, certos fatores – tais como a intensidade da anemia, a presença de doenças associadas e o acompanhamento precoce pelo nefrologista – parecem ter um impacto sobre a qualidade de vida<sup>34,37,32</sup>. Nos portadores de DRC em acompanhamento ambulatorial, a QV parece ser mais pobre do que a população em geral<sup>5</sup>, mas melhor do que os pacientes em diálise<sup>14,38</sup>.

O tratamento conservador é realizado por meio de orientações importantes, medicamentos e dieta, visando conservar a função dos rins que já têm perda crônica e irreversível, tentando evitar, o máximo possível, o início da diálise<sup>39</sup>, entretanto a maioria dos estudos avaliou a QV de pacientes submetidos a diálise, sendo limitadas as informações dos

pacientes em acompanhamento ambulatorial no período pré-dialítico e da relação entre qualidade de vida e as fases iniciais da doença <sup>14</sup>.

Entre as medidas preconizadas para aperfeiçoar os cuidados na fase de tratamento conservador da DRC, foram citadas: a detecção precoce da DRC com intervenções para retardar a progressão da doença; a busca, o tratamento e controle dos fatores de risco cardiovascular, como a dislipidemia, o tabagismo, a proteinúria, a hipertensão arterial e o controle glicêmico; a adequação da dieta quanto ao teor de sal e de proteínas; a prevenção de outras complicações urêmicas, como desnutrição, anemia, osteodistrofia, acidose; a modificação e o controle de comorbidades por uma equipe multidisciplinar; e a preparação para terapia renal substitutiva com escolha informada do tratamento, realização programada do acesso para a diálise e por fim início programado do procedimento <sup>11,39,12</sup>.

As mudanças no estilo de vida também são indicadas para pacientes com DRC que frequentemente exibem fatores de risco comuns às doenças cardiovasculares e ao diabetes mellitus <sup>32</sup>. Assim, entre as medidas preconizadas estão: a interrupção do tabagismo, objetivando diminuir a progressão da DRC e reduzir os riscos cardiovasculares; a adequação do peso corporal de maneira a manter o índice de massa corporal (IMC) entre 18,5 e 24,9 kg/m<sup>2</sup> e a circunferência abdominal <102 cm nos homens e <88 cm nas mulheres; a redução ou o interrompimento do consumo de álcool, objetivando melhor controle da pressão arterial; a prática de exercícios diariamente (caminhada, jogos, bicicleta ou natação), por pelo menos 30 a 60 minutos para pacientes com DRC e sem contra-indicação médica; o controle da ingestão de sal, que não deve ultrapassar 6 g/dia, dieta individualizada de acordo com a recomendação médica <sup>39</sup>.

Já, para os pacientes no estágio V da DRC, estes devem ser preparados com antecipação para iniciar a terapia de reposição renal, evitando-se procedimentos de urgência. Para tanto, recomenda-se que sejam tomadas as seguintes medidas: (1) vacinação contra o

vírus da hepatite B (que pode ser realizada em qualquer estágio da DRC); (2) suporte psicológico ao paciente e aos seus familiares; (3) suporte social; (4) oportunidade de discussão com o paciente e seus familiares sobre as modalidades de terapia renal substitutiva (tipo de diálise ou transplante) para que este possa fazer a sua escolha <sup>32</sup>. Por fim, destaca-se que o diagnóstico e o tratamento precoces são a melhor forma de prevenir a progressão da DRC rumo à perda irreversível de função, principalmente quando os médicos não especialistas em nefrologia se atentam para esta possibilidade diagnóstica <sup>39,32</sup>.

Os médicos de outras especialidades tem papel central na identificação e na prevenção da doença, bem como no encaminhamento dos pacientes, especialmente nos grupos de risco já descritos <sup>33</sup>. Vale menção especial a importância da pesquisa da microalbuminúria em diabéticos para prevenção da instalação e progressão da nefropatia diabética <sup>3</sup>. Aponta-se que o tratamento dos pacientes com DRC requer o reconhecimento de aspectos distintos, porém relacionados, que englobam a doença de base, o estágio da doença, a velocidade da diminuição da TFG, a identificação de complicações e comorbidades, particularmente as cardiovasculares <sup>3</sup>.

No tratamento conservador, além do foco assistencial no adiamento da progressão da DRC e na redução dos riscos cardiovasculares, o doente renal crônico necessita também de uma adaptação psicológica com manutenção adequada da qualidade de vida em diferentes estágios de desenvolvimento da doença, e não somente na abordagem da terapia de reposição. Um tratamento abrangente também considera importante o apoio familiar e social<sup>40</sup>.

Ademais, além dos efeitos próprios da DRC sobre a saúde geral, acresce que a maioria dos indivíduos com a doença apresenta uma ou mais comorbidades <sup>41</sup>. O impacto dessas patologias, associadas a DRC, sobre a condição geral das pessoas acometidas se reflete nas dificuldades e nos desafios do atendimento de uma população com múltiplas condições

crônicas que está em crescimento <sup>41</sup>. Esta população enfrenta autogestão e desafios de eventos adversos e, muitas vezes, experimenta a utilização dos cuidados de saúde de alta e má qualidade <sup>41</sup>. Pacientes com comorbidades são frequentemente excluídos de relevantes ensaios clínicos e, mesmo quando esses pacientes não são explicitamente excluídos, muitas vezes é difícil saber se o efeito global pode ser extrapolado para eles, ou se o efeito de um tratamento é diferente nos pacientes com ou sem comorbidades <sup>41</sup>. Essas incertezas tornam difícil estabelecer um tratamento e recomendações para estes pacientes <sup>41</sup>.

A QV também é um preditor de mortalidade <sup>42</sup>, sendo destacada a necessidade de esforços dos nefrologistas para melhorar a QV em pacientes com DRC <sup>5</sup>. Embora poucos estudos tenham avaliado o impacto da DRC na qualidade de vida na fase pré-dialítica, parece ser consensual que a qualidade dos cuidados estabelecidos precocemente na fase pré-dialítica tem marcante influência na evolução da doença e na QV <sup>17</sup>. Também tem sido relatado que pacientes que passaram por programas educativos no período pré-dialítico têm o humor mais positivo, menos problemas de mobilidade, menos deficiência funcional e menos ansiedade <sup>36</sup>.

A associação positiva entre o encaminhamento precoce a um nefrologista e a sobrevivência após o início da diálise tem sido claramente demonstrada <sup>12</sup>. Além disso, a falta de um consenso sobre a definição de “precoce” deixou que prestadores de cuidados primários não tivessem certeza do “momento ideal”, e, o cuidado nefrológico foi recentemente avaliado a partir de uma perspectiva quantitativa e não qualitativa, enfocando o número de consultas de nefrologia antes da terapia de substituição renal <sup>17</sup>.

Com isso, têm sido discutidos alguns critérios que também influenciam e permitem melhores resultados no tratamento ambulatorial, como o período de acompanhamento antes de iniciar a diálise, o encaminhamento precoce para o serviço, existência de um equipe multidisciplinar <sup>12</sup> para seguimento desse cliente, entre outros <sup>43,44,32,34,45</sup>.



Górriz e Pallardó <sup>37</sup> referem que uma das causas da falta de encaminhamento precoce de pacientes com insuficiência renal crônica para o serviço de nefrologia está no fato da doença poder cursar de forma assintomática, da subestimação do valor da creatinina sérica e importância do tratamento pré-dialítico e negativa do paciente em aceitar a doença. Esse mesmo autor aponta que o início da diálise em condições ruins, durante alguma complicação grave, deve-se à falta de acesso vascular permanente, à acidose metabólica, ao maior número de casos de anemia e necessidade transfusional e à falta de oportunidade de escolher a terapia dialítica. O maior custo, o aumento de comorbidades com um maior número de internações hospitalares e a maior mortalidade são consequências do diagnóstico e acompanhamento tardio da doença <sup>37</sup>.

Diretrizes nacionais e internacionais têm sido desenvolvidas para tratar a classificação e a gestão da DRC e para fornecer orientações sobre quando os pacientes devem ser encaminhados aos serviços de nefrologia <sup>32</sup>. Ressalta-se que para facilitar a preparação ao tratamento da insuficiência renal estabelecida, os pacientes com DRC nos estágios IV e V devem ser acompanhados em uma clínica que seja capaz de fornecer o aconselhamento sobre o tratamento, as modalidades de diálise e o transplante em, pelo menos, seis meses anteriores ao início da terapia renal substitutiva <sup>32</sup>. Orientações europeias sobre melhores práticas defendem que pacientes cuja TFG é inferior a 30 ml/min devem estar sob os cuidados do nefrologista e estarem preparados para o início da diálise <sup>32</sup>. Estudos no Brasil defendem a capacitação, desde o atendimento básico prévio, para encaminhar ao nefrologista, com intuito de qualificar o cuidado oferecido a portadores de DRC <sup>46</sup>.

A educação pré-diálise facilita a escolha dos pacientes quanto ao tipo de substituição renal, melhora funcional e bem-estar emocional e aumenta a proporção de pacientes com planejamento para iniciar a diálise com uma compreensão adequada do processo da doença, da terapia medicamentosa e das responsabilidades financeiras <sup>47</sup>. Clientes

em estágio IV da DRC encontram, muitas vezes, a inevitabilidade da diálise e têm dificuldade em lidar com esta, o que leva a mudanças dramáticas para suas vidas, sendo comum estresse e requerimento de grandes esforços de adaptação <sup>47</sup>. Identificar e tratar as necessidades de informação quanto a progressão à diálise pode potencialmente ajudar a aliviar o medo e a ansiedade <sup>35</sup>.

Ainda para reforçar esses achados, um estudo <sup>48</sup> concluiu que o manejo clínico dos pacientes com DRC em estágio terminal vem melhorando nos últimos anos, mas estão abaixo do que recomenda as referências de práticas clínicas. Para melhorar o manejo clínico da DRC é necessário que estes pacientes sejam controlados por um nefrologista desde as etapas iniciais do seu diagnóstico preferencialmente a nível extra-hospitalar, incluindo o preparo para tratamento pela terapia substitutiva em suas consultas pré-diálises – estas são ações eficientes que melhoram os resultados e a qualidade assistencial <sup>48</sup>.

Nesse contexto, torna-se importante avaliar e acompanhar os doentes desde o momento em que eles são identificados serem portadores da DRC. Este acompanhamento do preparo do doente para enfrentar a doença e as suas possibilidades terapêuticas pode interferir na qualidade de vida. Conhecer a qualidade de vida nesse estágio pode trazer informações que sugiram diretrizes que precisam ser trabalhadas em centros de referência (ambulatórios) pré e pós-diálise. Aponta-se também que os meios pelos quais as clínicas pré-diálise melhoram a capacidade física e o bem-estar emocional dos clientes são multifatoriais e resultantes de oportunidades para educação, orientação dietética, acesso a informação das modalidades de diálise para escolha desta pelo portador de DRC, além da gestão de comorbidades <sup>33</sup>.

Assim, a qualidade dos cuidados dos pacientes com DRC em seu estado pré-diálise é conhecido por ter impacto significativo sobre a mortalidade e a morbidade dos pacientes em diálise <sup>49</sup>.

Portanto, nota-se a importância de investigar o doente renal crônico no período pré-dialítico quando, apesar de não precisar de terapia de reposição renal, ele sofre alterações clínicas, como anemia, distúrbios hidroeletrólíticos, o que, por si só, o faz necessitar de um tratamento individualizado e específico que otimize sua qualidade de vida.

Além disso, um ambiente favorável, associado ao encaminhamento na fase inicial da doença e a um número adequado de consultas nefrológicas pré-dialíticas, é fator que garante maior qualidade terapêutica, estando esta associada também à sobrevivência após a diálise <sup>17</sup>.

A QV é uma variável difícil de definir tendo o seu conceito duas características básicas: subjetividade e multidimensionalidade <sup>50</sup>. Subjetividade porque a QV é uma percepção única para cada indivíduo, o que reflete a autoavaliação do paciente sobre a própria saúde, definida por aspectos médicos e não médicos de suas vidas <sup>50</sup>. De fato, os pacientes utilizam impacto negativo ou os efeitos secundários do tratamento para avaliação de qualquer intervenção médica <sup>50</sup>.

A avaliação da qualidade de vida em pacientes com DRC tem evoluído com os avanços no tratamento, de modo que a expectativa de resultados dos pacientes cresceu da simples sobrevivência para atingir uma sensação de bem-estar <sup>38</sup>. A QV foi avaliada em DRC, usando medidas multidimensionais que capturam informações sobre a função e o bem-estar por meio de domínios pré-definidos que são pensados para serem relevantes para uma avaliação global da QV <sup>38</sup>. Assim, a QV reflete o bem-estar de um paciente com base em aspectos do estado funcional físico, mental e de fatores sociais que conduzam a um relativo equilíbrio de expectativas e experiências em face da mudança da saúde <sup>38</sup>. No entanto pode haver uma desconexão entre a QV medida e a percepção do paciente. As fontes potenciais destas diferenças podem refletir diferenças culturais, mecanismos de enfrentamento e os valores individuais <sup>38</sup>.

A QV também tem sido considerada um componente-chave do benefício econômico, isto porque os anos de vida ajustados pela qualidade são uma medida de comprimento da vida da pessoa vinculada à saúde durante esse período. A qualidade dos anos de vida ajustados é o resultado preferido de custo-eficácia e permite comparações diretas a serem feitas entre alternativas de tratamento <sup>51</sup>. Na verdade, as metas de tratamento da DRC nos países desenvolvidos têm evoluído ao longo do tempo da mera sobrevivência para a otimização do bem-estar <sup>52</sup>.

Instrumentos genéricos, que se baseiam na qualidade de vida relacionada à saúde, gerando os valores do estado de saúde como um único índice numérico, têm sido propostos para uso em análises de saúde e econômicas para comparar a QV em diferentes doenças e em alocação de recursos adequados para os cuidados de saúde<sup>16</sup>. Esta operacionalização da QV que ocorre por meio de instrumentos, avaliam e mensuram essa variável em seus vários aspectos com percepções que envolvem as condições físicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais <sup>53</sup>. Diversos testes psicométricos foram concebidos e validados para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde em portadores de DRC, entre eles está o *Medical Outcomes Study Short Form-36 (SF-36)* <sup>54,55</sup>.

O SF-36 tem sido amplamente utilizado em pacientes com doença renal <sup>56</sup>. O SF-36 foi validado em populações saudáveis nos Estados Unidos, na Grã-Bretanha e na Suécia, desde então tem sido usado em muitas disciplinas médicas para avaliar o estado de saúde. Uma vantagem deste instrumento é a comparabilidade das notas com as normas publicadas para muitas diferentes populações culturais e doença <sup>57</sup>. O SF-36 foi criado originalmente na língua inglesa norte-americana e teve sua tradução e validação cultural no Brasil realizada por Ciconelli e colaboradores em 1999 <sup>58</sup>. Os resultados de cada escala variam de 0-100 (pior para melhor status possível) e os componentes físicos e mentais das oito escalas foram combinados em um resumo da dimensão física (RF) - capacidade

funcional, aspectos físicos, dor e saúde geral - e mental (RM) - vitalidade, função emocional, função social e saúde mental <sup>14</sup>. Uma meta-análise que teve como objetivo rever sistematicamente e determinar a utilidade conjunta de dados baseados na qualidade de vida para DRC por tipo de tratamento, teve um número total de 190 estudos depois de estabelecido todos os critérios de exclusão, destes 155 utilizaram o SF-36 como instrumento de escolha <sup>51</sup>.

Alguns pesquisadores têm defendido medidas mais abrangentes da qualidade de vida. A abordagem conceitual inclui medidas de QV que são baseados em um sentido “subjetivo” de bem-estar e são normalmente utilizados como indicadores de tratamento médico bem-sucedido. Ao mesmo tempo em que os questionários são subjetivos e representam as perspectivas dos próprios pacientes, eles são altamente reprodutíveis.

A definição de saúde é aberta a diversas interpretações que envolve termos amplos, como bem-estar social, inserção do indivíduo na sociedade, saúde, família, estado emocional, entre outros <sup>59</sup>. Considerando isto o Grupo de Qualidade de Vida da OMS <sup>60</sup> definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Já foi discutido que a DRC é acompanhada por uma pior qualidade de vida e a detecção e o tratamento precoce da doença conduzem a melhor qualidade de vida <sup>34</sup>. As múltiplas limitações e complicações de pacientes em estágios avançados da DRC ou em tratamento de substituição renal podem contribuir para modificações na qualidade de vida. Esta assume importância crescente como marcador da qualidade do tratamento em muitas doenças crônicas <sup>54</sup>. Sua avaliação permite a quantificação das consequências das doenças de acordo com a percepção subjetiva do paciente e permite o ajuste das decisões médicas às suas necessidades físicas, emocionais e sociais, melhorando a adesão ao plano terapêutico, a qualidade dos cuidados de saúde prestados e a sobrevivência do paciente <sup>54</sup>.

Reconhecendo a necessidade de melhorar a QV dos pacientes tratados cronicamente por hemodiálise, o Instituto de Medicina dos Estados Unidos e a *National Kidney Foundation*, por meio do *Kidney Disease Outcome Quality Initiative* (K/DOQI)<sup>3</sup>, recomendam avaliações sistemáticas de escores de QV destes pacientes como um dos parâmetros de adequação do tratamento. Estudos anteriores demonstraram que várias comorbidades como glomeruloesclerose<sup>61</sup>, anemia, hipertensão, depressão também afetam negativamente a QV em pacientes com DRC pré-dialítica<sup>16</sup>. Além de informar sobre o impacto do tratamento no bem-estar dos pacientes, a avaliação da QV ajuda a identificar aqueles com risco maior de eventos adversos<sup>62,63,64</sup>.

No Brasil, poucos estudos avaliaram os cuidados prestados a doentes renais crônicos ainda em tratamento conservador, tanto em relação às deficiências no atendimento oferecido, no momento em que ocorre o encaminhamento, à constituição da equipe, às dificuldades encontradas por esta, quanto na monitorização da qualidade de vida<sup>17</sup>.

Enquanto não há dúvida de que os pacientes dependentes de diálise de manutenção têm reduzido bem-estar físico e psicológico, pouco se sabe sobre estes domínios relacionados à saúde em pacientes com DRC avançada, que não necessitam de terapia de substituição<sup>56</sup>. Conhecer o grau em que os sintomas como depressão e deficiência de QV – ocorrem em pacientes com DRC avançada é importante entre outras, por duas razões principais: 1) compreende-se o grau em que os sintomas de depressão afetam essa população grande e crescente podendo ajudar a facilitar a implementação de terapias que aliviam os sintomas, favorecendo a QV<sup>56</sup>; 2) promove-se a compreensão de como estes domínios de saúde podem mudar quando a DRC progride para doença renal terminal (DRT)<sup>56</sup>.

Os rigores físicos da terapia de diálise e o impacto emocional, social e profissional deste tratamento crônico parecem ser prováveis mediadores, sendo assim, sugere-se que uma perda significativa sem uma ausência da função renal pode ser suficiente para que

os pacientes desenvolvam sintomas depressivos e prejudicada qualidade de vida. Determinar se isso se relaciona com distúrbios metabólicos, toxinas, uremia, comorbidades, ansiedade sobre a presença de DRC e potencial futura necessidade de terapia de substituição renal, ou outros fatores, é importante para facilitar a implementação do tratamento adequado <sup>56</sup>.

Tem sido amplamente aceito que a condição de doença não deve ser unicamente descrita por medidas objetivas, e que fatores psicossociais, como dor, apreensão, restrição de mobilidade, dificuldades de relacionamento, são importantes componentes para o entendimento e a descrição da doença <sup>65</sup>.

Conhecer a qualidade de vida em determinado tratamento pode informar o impacto da doença no bem-estar do cliente e oferecer dados que contribuem tanto para estabelecimento de condutas, quanto para criação e implantação de um plano de cuidados que minimizem o fardo negativo da doença na vida do portador de DRC, estabelecendo assim parâmetros de acompanhamento durante o tratamento.

Com base nos conhecimentos trazidos até o momento quanto à epidemiologia da DRC, custo e eficácia do seu tratamento e sua impossibilidade de cura, percebemos a representatividade desta patologia no contexto individual do seu portador. A existência de ambulatórios especializados multidisciplinares no acompanhamento dos pacientes com DRC em tratamento conservador, visando retardar a evolução da doença e controlar as comorbidades, propiciou condições para a presente pesquisa voltada para uma avaliação da QV.

## **2 OBJETIVOS**

Avaliar a qualidade de vida em portadores de DRC na fase pré-dialítica nos estágios de I a V acompanhados em ambulatórios de nefrologia utilizando o instrumento genérico SF-36.

Avaliar a influência dos níveis de hemoglobina, idade, gênero, renda familiar, nível de escolaridade e diferentes estágios da DRC na qualidade de vida em portadores de DRC que estão em tratamento conservador.



### 3 MÉTODOS

#### 3.1 Tipo e local do estudo.

Esta pesquisa é um corte transversal <sup>66</sup> em portadores de DRC em fase pré-dialítica acompanhados ambulatorialmente pelo Hospital Universitário de Brasília (HUB) e Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF). Foram aplicados questionários específicos para avaliar o estado cognitivo e a qualidade de vida. Durante a entrevista, houve também coleta de informações das variáveis clínicas e sociodemográficas.

#### 3.2 Cenário

A coleta de dados foi realizada de fevereiro de 2011 a novembro de 2012. Esta aconteceu previa ou posteriormente às consultas médicas no próprio ambulatório de nefrologia do HUB e do HBDF. A pesquisadora utilizava as salas que estavam disponíveis.

#### 3.3 Amostra

Um número mínimo de 160 pacientes para a amostra foi definido *a priori*, assumindo-se o tamanho de efeito  $f$  de 0,25 para o desfecho; o que traduz um efeito moderado, considerando-se os cinco grupos de análise, além de um poder de 70% e de um valor de  $\alpha$  igual a 5%.

Tentando reduzir o risco do erro tipo 2 foi traçado o maior poder possível considerando o contexto prático desta pesquisa. Não foi possível ter alvo maior que 70% no poder da amostra pelo fato da coleta de dados ser realizada por uma única pesquisadora e da impossibilidade de adaptar a demanda do atendimento médico à realização da pesquisa.

Os critérios de inclusão foram: 1) ser portador de DRC; 2) Não ter se submetido a transplante renal no passado; 3) idade superior a 18 anos; e 4) aceitação para participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice A).

Os critérios de exclusão foram: 1) doenças neurológicas que possam prejudicar a aplicação dos testes, como, por exemplo, acidente vascular cerebral (AVC); 2) grau de alfabetização e capacidade de não entendimento dos objetivos da pesquisa; 3) pacientes com comorbidades que prejudicassem a qualidade de vida no momento da coleta como câncer em atividade, quadros infecciosos, lúpus eritematoso sistêmico com pulsoterapia realizada há menos de um mês; e 4) mini-mental com escore menor que 14.

Os dados foram coletados em pacientes de ambos os sexos de acordo com a demanda espontânea do ambulatório de nefrologia do HUB e do HBDF, respeitando os critérios de inclusão e exclusão. Foram convidados 185 indivíduos. Destes 5 interromperam a entrevista não completando o SF36, 4 não aceitaram assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), 3 tinham comorbidades que atendiam aos critérios de exclusão e 3 tiveram mini mental menor que 14. Completaram o estudo 170 sujeitos.

### **3.4 Coleta de dados**

A coleta dos dados utilizou dois instrumentos (o mini-mental e o SF-36), que foram aplicados antes ou depois da consulta médica (Anexo 1 e 2, respectivamente). A partir dos dados sociodemográficos e dos exames laboratoriais, foi calculado o risco cardiovascular para cada um dos sujeitos entrevistados.

O questionário sociodemográfico e clínico (Apêndice B) foi elaborado para coletar as variáveis: nome, endereço, telefone, idade, sexo, tempo de escolaridade, renda familiar, raça, comorbidades (patologias que acompanham a DRC), etiologia da DRC, ocupação atual, atividades de lazer, peso, altura, área de superfície corpórea, medicamentos de uso contínuo, lista de sintomas, pressão arterial (PA) e lista de exames laboratoriais. Também foram registrados o conhecimento do portador de DRC sobre a doença e o tempo de acompanhamento ambulatorial.

A função cognitiva foi avaliada pelo mini-mental (Anexo 1) previamente a aplicação do questionário de qualidade de vida. Esse é um teste confiável e válido, sendo uma medida alargada do *status* cognitivo global baseada no Mini exame do Estado Mental e inclui avaliações de orientação (intervalo = 0-10), registro e extensão de dígitos (intervalo = 0-13), atenção e cálculo (amplitude = 0-7), conhecimentos gerais (amplitude = 0-5), recuperação (amplitude = 0-3), linguagem (variação = 0-17) e construção (amplitude = 0-2)<sup>67</sup>.

Para avaliar a qualidade de vida foi escolhido o SF-36 (Anexo 2) por sua confiabilidade e fácil aplicação. Este é composto de 36 itens divididos em oito dimensões: funcionamento físico ou capacidade funcional (dez itens), função física ou aspectos físicos (quatro itens), dor (dois itens), energia/fadiga ou vitalidade (quatro itens), saúde geral (cinco itens), função emocional ou aspectos emocionais (três itens), função social (dois itens) e bem-estar emocional ou saúde mental (cinco itens)<sup>55,58</sup>.

O estadiamento da doença foi realizado por meio do valor da depuração de creatinina calculados a partir da creatinina sérica por meio da equação de CKD-EPI  $\text{ml/min/1,73m}^2$ <sup>68,69,70,71</sup>.

A DRC foi classificada de acordo com a *National Kidney Foundation* (2002)<sup>3</sup>, que considera estágio I quando o clearance de creatinina é maior ou igual a 90  $\text{ml/min/1,73m}^2\text{sc}$  com proteinúria; leve (estágio II) quando o clearance de creatinina se situa entre 89 a 60  $\text{ml/min/1,73m}^2\text{sc}$ , moderada (estágio III) quando 59 e 30  $\text{ml/min/1,73m}^2\text{sc}$ , grave (estágio IV) quando de 29 e 15  $\text{ml/min/1,73m}^2\text{sc}$  e terminal (estágio V) abaixo de 15  $\text{ml/min/1,73m}^2\text{sc}$ .

As amostras de sangue para os exames laboratoriais foram colhidas depois de 12 horas de jejum determinando as concentrações de creatinina, ureia, hemoglobina, colesterol total (CT), lipoproteína de alta densidade (HDL), lipoproteínas de baixa densidade (LDL), triglicerídeos, cálcio, fósforo, glicose e ácido úrico, utilizando um analisador

automático (Architect 800); a proteína C reativa (PCR) foi medida por um ensaio de alta sensibilidade. A ferritina e o hormônio da paratireoide (PTH) foram medidos por quimioluminescência; o sódio e o potássio por eletrodo íon-seletivo. A proteinúria corresponde ao resultado pelo método “cloreto de benzetônio” da coleta de urina de 24 horas. Em anexo no Apêndice C está disponível os valores de referência considerado nos exames laboratoriais.

O peso e a altura foram medidos e calculado o IMC. A pressão arterial sistólica e diastólica foi aferida por um único examinador por meio de manguito apropriado e manômetro de coluna de mercúrio calibrado em três medidas separadas por um intervalo de tempo de 3 minutos. O risco cardiovascular (*Framingham risk*) em 10 anos foi calculado<sup>10</sup>.

O período de coleta de dados foi de 1 ano e 8 meses.

### **3.5 Aspéctos Éticos**

A coleta de dados se iniciou somente após aprovação da pesquisa (CEPFM 100/2010) pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília e foi realizada exclusivamente pela pesquisadora responsável. Esta pesquisa não ofereceu riscos aos participantes.

### **3.6 Análise estatística**

A normalidade de cada variável contínua foi avaliada a partir da observação visual de cada gráfico quantil-quantil (Q-Q plot), em que se decide por normalidade da distribuição se os pontos formados pelos quantis amostrais estão alinhados sobre uma reta de inclinação.

As variáveis contínuas são apresentadas como média  $\pm$  desvio-padrão (dp) e as variáveis categóricas como porcentagens. Para um detalhamento maior desta amostra, a ANOVA com pós-teste de Holm-Sidak foi utilizada para avaliação das variáveis por estágio

da DRC e por gênero. Em uma análise prévia, empregaram-se o teste T e o teste de correlação de Pearson, buscando-se possíveis correlações entre os diferentes parâmetros observados e os domínios do SF-36. O gênero, a idade, a escolaridade, a renda e os níveis de hemoglobina apresentaram associação com diferentes domínios da QV, sendo selecionados para uma análise multivariada de um fator (MANOVA). O estágio da DRC foi incluído na análise pela evidência da sua influência na QV em estudos anteriores.

Utilizou-se a MANOVA com emprego do teste *lambda de Wilks* para avaliação das relações entre as variáveis. Duas condições para análise foram observadas: os dados para cada variável dependente (SF-36) apresentarem distribuição normal; o teste M de Box indicou que não existe violação da hipótese da homogeneidade das matrizes de variância-covariância. Foram consideradas como variáveis dependentes os domínios do SF-36 e como variáveis explanatórias a idade, o gênero, o estágio da DRC, a escolaridade, a renda e os níveis de hemoglobina, uma de cada vez.

As variáveis explanatórias contínuas foram transformadas em categóricas, como requisito para a MANOVA. Dessa maneira, os valores de hemoglobina foram divididos em três categorias: menor ou igual a 9 g/dL, maior ou igual a 13 g/dL, entre 9g/dL e 13 g/dL. De forma semelhante, para a idade, foram utilizados os limites de 47 e 60 anos (percentis 25 e 50, respectivamente); para a renda, os valores de 1 e 5 salários mínimos; para a escolaridade, os valores de 3 e 11 anos.

Utilizou-se o programa SPSS versão 20 e o Graphpad Prism versão 5.0 para análise dos dados. Um valor de  $p < 0,05$  foi considerado estatisticamente significativo.

## 4 RESULTADOS

O estudo contou com uma amostra de 170 pacientes com DRC avaliados no período de fevereiro de 2011 a novembro de 2012. Os dados gerais dos pacientes estão apresentados nos Apêndices D, E, F, G e H.

Conforme pôde ser observado Apêndice D, 51% dos sujeitos da pesquisa eram jovens do sexo feminino, 55% brancos. A maioria tinha um companheiro(a), sendo solteiros separados e/ou viúvos apenas 39%. Já no grau de escolaridade dos pacientes, verificou-se uma variação de 0,5 a 20 anos de estudo, com média de 7,21, desvio-padrão de 5,18 e mediana de 5,5 tendo 55% dos sujeitos pelo menos cinco ou mais anos de estudo. A renda familiar apresentou média de 3,34 salários mínimos e desvio-padrão de 2,33, mediana de 3 salários, sendo o valor máximo de 10 e o mínimo de 1 e a variação interquartil de 6-1. Foram considerados jovens os sujeitos com idade abaixo de 60 anos e não brancos os pardos e os negros.

Quando os sujeitos foram questionados sobre o fator desencadeante da DRC, 30,58% desconheciam-no, sendo nestes casos obtida a informação do prontuário, também utilizado para confirmar o relato dos pacientes. Entre os diagnósticos associados, estavam presentes a hipertensão arterial sistêmica – HAS (88%), a diabetes melito – DM (30,58%), sendo a maioria dos diabéticos também hipertensos. As demais comorbidades – como hipotireoidismo, hipertireoidismo, glomeruloesclerose, lúpus eritematoso sistêmico, dislipidemia (DLP), hiperuricemia, entre outras – e as medicações de uso contínuo estão detalhadas no Apêndice E. A maioria não necessitou de biópsia renal para diagnosticar a DRC e, ainda, os pacientes sabiam pouco sobre a doença e suas formas de tratamento.

A média de peso foi de 69,65 kg ( $\pm 16,57$ ), de altura 1,61 m<sup>2</sup> ( $\pm 0,09$ ), superfície corporal de 1,75 m<sup>2</sup> ( $\pm 0,22$ ), e o IMC de 26,35 Kg/m<sup>2</sup> ( $\pm 5,81$ ). Fadiga, câimbra e

náuseas foram, respectivamente, as queixas mais relatadas. A maioria era sedentário (62,94%), mas tinha uma atividade de lazer (61,76%), conforme descrito no Apêndice F.

A maioria tinha uma profissão independente de estarem ativos e/ou serem remunerados; 28% eram ativos e 50,58% tinha como fonte de renda (que nem sempre era exclusiva) a aposentadoria ou o auxílio-doença e 8,82% estavam de licença médica. Apenas 39,41% responderam o tempo de aposentadoria e 5,29%, o de licença médica. Estas variáveis juntamente com profissão, situação atual e proveniência estão ilustradas no Apêndice G.

Como podemos observar, no Apêndice H, a maioria dos sujeitos tinha valores de PAS (Pressão Arterial Sistólica) e PAD (Pressão Arterial Diastólica) nos limites da normalidade, encontrava-se no estágio III ou IV da DRC e 40,58% tiveram risco conforme classificação de *Framingham* intermediário e alto. O tempo de acompanhamento de 65,29% da amostra foi maior ou igual a um ano.

Na tabela 1, observamos a média geral dos exames laboratoriais, da qualidade de vida e da capacidade cognitiva dos 170 portadores de DRC. Nesta verificamos que a média dos níveis de hemoglobina, hematócrito, CT, LDL, HDL, cálcio, fósforo, glicose, sódio e ferritina estavam dentro dos limites da normalidade. O mini-mental teve uma média de orientação próxima ao valor máximo e uma média do escore total próximo a 24. Nos resultados, segundo o SF-36, os aspectos sociais foi o domínio que teve maior média (75,96%) enquanto os aspectos físicos foi o domínio que teve média mais baixa (44,90%). O resumo da dimensão física (RF) e mental (RM) do SF-36 tiveram escores menores que 50% sendo o RF significativamente pior que o RM.

**Tabela 1 – Exame laboratorial, mini-mental e SF-36 dos 170 portadores de DRC em tratamento conservador.**

<b>Exame Laboratorial</b>	<b>Média* (N=170)</b>	<b>SF-36</b>	<b>Média* (N=170)</b>
Hemoglobina (g/dL)	12,71 ± 2,032	Capacidade funcional	53,00±27,50
Hematócrito (%)	38,19 ± 6,006	Aspectos físicos	44,90±38,14
Ureia (mg/dL)	81,64 ± 41,97	Dor	60,52±28,30
CT (mg/dL)	194,1 ± 48,58	Saúde geral	54,43±25,93
LDL (mg/dL)	114,2 ± 43,88	Vitalidade	56,82±23,24
HDL (mg/dL)	43,30 ±15,13	Aspectos sociais	75,96±27,70
Triglicéridos (mg/dL)	171,8 ±105,9	Aspectos emocionais	52,61±40,60
PCR (mg/dL)	0,8455 ± 1,091	Saúde mental	64,79±23,31
Cálcio (mg/dL)	10,18 ± 9,706	Resumo Físico**	38,97±10,90
Fosforo (mg/dL)	4,328 ± 2,348	Resumo Mental**	47,52±11,75
PTH (pg/mL)	191,7 ± 244,3		
Proteinúria (mg/dL)	677,9 ± 1426	<b>Mini-mental</b>	
Glicose (mg/dL)	100,2 ± 28,61	Orientação	9,324±1,024
Potássio (mg/dL)	5,668 ± 10,42	Memória imediata	2,782±0,6659
Sódio (mg/dL)	138,7 ± 5,666	Atenção e cálculo	2,294±1,951
Acido úrico (mg/dL)	7,172 ± 1,857	Evocação	1,582±1,064
Ferritina (ng/mL)	202,6 ± 276,7	Linguagem	7,641±1,421
Creatinina (mg/dL)	2,684 ±1,812	<b>Escore total</b>	<b>23,65±3,890</b>

Nota: \* Os dados estão demonstrados como média ± o desvio-padrão.

\*\* P<0,0001.

Os indivíduos participantes do estudo foram classificados de acordo com o valor da TFG estimada por meio da creatinina sérica e com utilização da fórmula CKD-EPI, em estágios I/II (n=18), III (n= 56), IV (n= 64) e V (n=32). Na tabela 2, estão apresentados os valores de idade, gênero, IMC, PAS, PAD, exames laboratoriais, dos 170 indivíduos, segundo o estadiamento da DRC.



**Tabela 2 – Idade, gênero, IMC, PAS, PAD e exames laboratoriais dos 170 indivíduos por estadiamento da DRC.**

Parâmetros	Estágios DRC				P*
	I-II(N=18)	III (N=56)	IV (N=64)	V (N=32)	
Idade (anos)	54,55±17,49	62,64±14,05#	55,98±16,23	52,56±14,65	0,015
Gênero Masculino	8	31	33	11	
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	26,42±4,89	26,53±4,79	27,28±6,57	24,66±4,51	0,186
PAS (mmHg)	127,00±19,57	126,87±19,02	130,64±26,27	141,06±32,84	0,069
PAD (mmHg)	84,72±8,82	80,32±12,41	80,71±14,77	82,00±18,54	0,692
CKD-EPI (ml/min/1,73 m <sup>2</sup> )	76,29±13,08#	40,51±7,29#	23,13±4,37#	10,52±3,21#	<0,001
Creatinina (mg/dL)	0,97±0,19#	1,62±0,30#	2,71±0,63#	5,43±2,32#	<0,001
Hemoglobina (g/dL)	13,97±1,40#	13,53±1,68#	12,57±1,79#	10,97±2,19#	<0,001
CT (mg/dL)	196,41±53,92	184,50±48,49	198,50±47,06	199,90±48,74	0,382
HDL (mg/dL)	49,60±16,50	42,75±14,67	43,65±15,68	40,51±13,87	0,291
LDL (mg/dL)	111,69±50,60	104,17±35,64	117,20±40,87	128,20±56,91	0,125
Triglicerídeos (mg/dL)	160,66±138,79	157,28±80,13	177,86±102,64	188,48±130,32	0,561
Calcio (mg/dL)	9,32±0,41	9,20±1,29	9,06±0,63	8,85±0,65	0,258
Fósforo (mg/dL)	4,02±0,98	3,74±0,92	4,09±0,90	5,06±1,00#	<0,001
PTH (pg/mL)	56,32±14,73	78,06±59,76	154,86±106,07	447,10±389,50#	<0,001
Proteinúria (mg/dL)	288,98±509,32	53,06±73,81	89,66±170,88	85,29±161,41	0,208
Glicose (mg/dL)	100,75±35,30	102,41±29,33	96,00±19,89	104,35±37,33	0,522
Sódio (mg/dL)	139,13±2,97	139,05±3,30	138,52±7,87	138,06±4,56	0,862
Potássio (mg/dL)	4,24±1,27	4,49±0,56	4,70±0,67	4,89±0,75#	0,014
Acido úrico (mg/dL)	5,86±1,43#	7,13±1,78	7,41±1,60	7,58±1,99#	0,015
Ferritina (ng/mL)	86,27±79,87	136,70±133,33	232,21±359,63	258,51±254,98	0,378

Nota: \*ANOVA com pós-teste de Holm-Sidak.

# Média que teve diferença significativa em relação as demais.

Observou-se que a idade foi maior no estágio III e conforme esperado, à medida que a função renal foi mais comprometida, a creatinina elevou-se progressivamente e a TFG estimada pela fórmula CKD-EPI foi reduzindo-se. Os níveis de hemoglobina foi diminuindo significativamente à medida que o grau de disfunção renal se agravou. O nível do fósforo mostrou elevação. O potássio elevou-se significativamente nos estágios mais avançados da doença, assim como o ácido úrico e o nível do PTH.

Na tabela 3, estão apresentados os valores de idade, IMC, PAS, PAD, risco cardiovascular, exames laboratoriais, renda familiar e estadiamento dos 170 indivíduos separado por gênero.

**Tabela 3 – Idade, IMC, PAS, PAD, risco cardiovascular (risco de Framingham), exames laboratoriais, renda familiar e estadiamento dos 170 indivíduos segundo o gênero.**

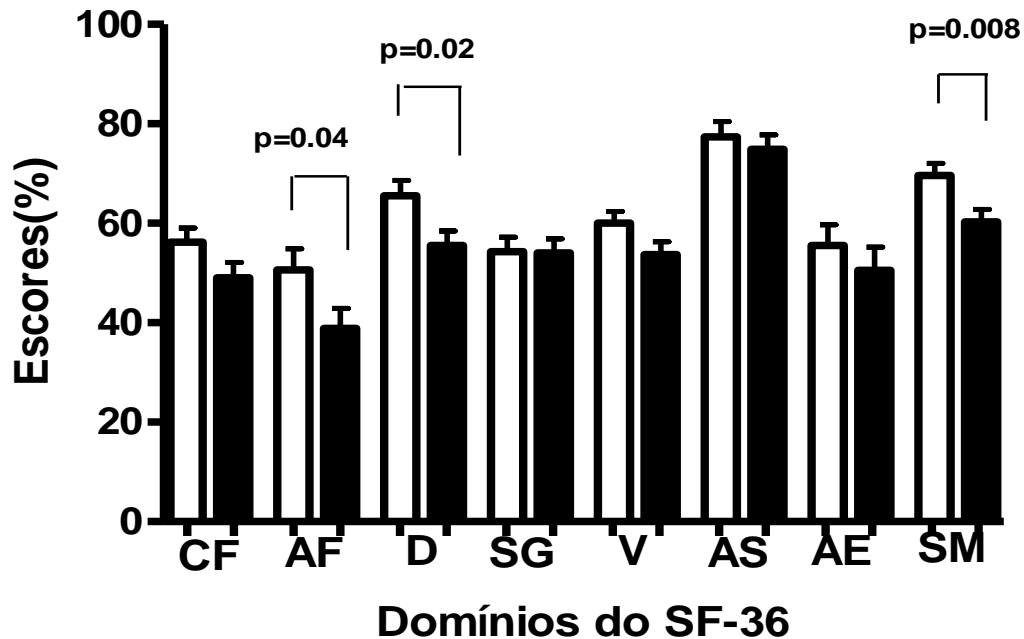
Parâmetros	Indivíduos segundo o gênero		P#
	Masculino N= 83	Feminino N= 87	
Idade (anos)	61,19±14,89	53,74±15,74	0,002
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	26,39±5,12	26,44±5,84	0,945
PAS (mmHg)	131,81± 24,25	130,17± 26,30	0,672
PAD (mmHg)	82,56±15,35	80,00± 13,16	0,243
Risco Framingham (%)	13,90±8,96	5,73±6,10	<0,001
CKD-EPI (ml/min/1,73 m <sup>2</sup> )	33,39±18,75	30,94±20,80	0,422
Creatinina (mg/dL)	2,75±1,82	2,62±1,80	0,643
Hemoglobina (g/dL)	13,39±2,06	12,08±1,82	<0,001
CT (mg/dL)	184,01±47,72	203,52±47,74	0,009
HDL (mg/dL)	40,25±15,53	46,24±14,20	0,012
LDL (mg/dL)	107,75±41,73	120,54±45,25	0,076
Triglicerídeos s (mg/dL)	172,88±91,43	170,68±118,73	0,897
Cálcio (mg/dL)	9,05±1,11	9,13±0,65	0,576
Fósforo (mg/dL)	4,04±1,10	4,24±0,96	0,240
PTH (pg/mL)	140,35±208,90	236,93±259,81	0,080
Proteinúria (mg/dL)	91,63±164,62	97,27±237,38	0,928
Glicose (mg/dL)	99,33±29,96	101,00±27,52	0,714
Sódio (mg/dL)	137,75±7,26	139,54±3,32	0,043
Potássio (mg/dL)	4,65±0,85	4,61±0,65	0,735
Acido úrico (mg/dL)	7,53±1,92	6,90±1,54	0,026
Ferritina (ng/mL)	164,78±189,67	260,03±368,29	0,138
Renda (salário mínimo)	3,88±2,21	2,81±2,26	0,002
Estágio DRC	3,55±0,87	3,70±1,01	0,313

# Teste T.

As mulheres tiveram menor renda familiar, menor idade, menor risco cardiovascular, menor nível de hemoglobina, menor ácido úrico e maior CT, HDL e sódio do que os homens.

Na figura 1, pode-se observar que as mulheres tiveram menores escores de QV do que os homens nos domínios aspecto físico, dor e saúde mental.

Figura 1. Escores dos domínios do SF-36 segundo o gênero



CF= capacidade funcional; AF= aspecto físico; D= dor; SG= saúde geral; V= vitalidade; AS= aspecto social; AE= aspecto emocional; SM= saúde mental.

Gênero masculino= cor branca; Gênero feminino= cor preta.

# Teste T de Student.

Não se observaram diferenças significativas entre os oito domínios do SF-36 entre diabéticos e não diabéticos.

Em uma análise prévia, buscou-se explorar a possível influência de outras variáveis independentes sobre a QV. Entre elas, a idade, a escolaridade, a renda familiar, a TFG e os níveis de hemoglobina foram relacionados com os diferentes domínios do SF-36, conforme pode ser observado na tabela 4. Nesta correlação a idade, a escolaridade, a renda e os níveis de hemoglobina mostraram-se como possíveis preditores da qualidade de vida, diferentemente do estágio da DRC, segundo o cálculo CKD-EPI, que apresentou todos seus valores de  $p > 0,05$ .

**Tabela 04 – Relação dos domínios do SF-36 com as variáveis sócio-demográficas e laboratoriais/clínicas principais após a correlação de Pearson.**

Variáveis	Idade		Escolaridade		Renda familiar		CKD-EPI		Hemoglobina	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Capacidade Funcional	-0.127	0.098	0.230	0.002	0.201	0.010	0.007	0.919	0.132	0.089
Aspectos físicos	0.033	0,666	0.201	0.008	0.305	0.000	0.057	0.460	0.183	0.017
Dor	0.064	0.407	0.04	0.565	0.176	0.024	0.038	0.618	0.162	0.036
Saúde geral	0.088	0.251	0.034	0.658	0.130	0.097	0.009	0.903	0.02	0.789
Vitalidade	0.051	0.505	-0.000	0.999	0.104	0.187	-0.006	0.93	0.09	0.199
Aspectos sociais	0.198	0.009	-0.031	0.682	0.217	0.005	0.078	0.309	0.151	0.05
Aspectos emocionais	0.027	0.725	0.141	0.069	0.287	0.000	0.076	0.320	0.09	0.214
Saúde mental	0.096	0.210	0.111	0.152	0.275	0.000	0.035	0.649	0.152	0.05
Resumo físico	-0.02	0.739	0.136	0.077	0.167	0.033	0.011	0.879	0.152	0.049
Resumo mental	0.155	0.043	0.029	0.700	0.269	0.000	0.068	0.375	0.149	0.05

Considerando a avaliação da qualidade de vida como um somatório de todos os diferentes domínios do SF-36 e considerando também a possível influência de diversas variáveis independentes sobre a QV, foi em sequência realizada uma MANOVA, considerando como variáveis dependentes os oito domínios do SF-36 e como variáveis independentes a idade, o gênero, a renda, a escolaridade, a função renal (estágio da DRC) e os níveis de hemoglobina, uma de cada vez.

A tabela 5 apresenta os resultados da análise multivariada mostrando que o estágio da DRC, o nível de escolaridade e os valores de hemoglobina não influenciaram a QV. Entretanto a idade, o gênero e a renda familiar influenciaram a qualidade de vida em portadores de DRC no período pré-dialítico.

**Tabela 5. Influência do estágio da DRC, da idade, gênero, hemoglobina, escolaridade e renda familiar nos domínios do SF-36 de 170 indivíduos com DRC na fase pré-dialítica segundo análise MANOVA com teste Lambda de Wilks.**

<b>Domínios SF-36/ WL</b>	<b>Estágios DRC</b>	<b>Idade</b>	<b>Gênero</b>	<b>Hb</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Renda</b>
	p=0,942	p=0,021	p=0,044	p=0,059	p=0,082	p=0,013
<b>Capacidade Funcional</b>	#	P=0,037	#	#	P=0,022	P=0,044
<b>Aspecto Físico</b>	#	#	P=0,035	#	#	P=0,000
<b>Dor</b>	#	#	P=0,018	#	#	P=0,036
<b>Saúde Geral</b>	#	#	#	#	#	#
<b>Vitalidade</b>	#	#	#	#	#	#
<b>Aspecto Social</b>	#	P=0,018	#	P=0,008	#	P=0,014
<b>Aspecto Emocional</b>	#	#	#	#	#	P=0,001
<b>Saúde Mental</b>	#	#	P=0,009	#	#	P=0,003

WL= Lambda de Wilkis; #= $p \geq 0,05$ ; Hb=Hemoglobina

Desse modo, com o emprego desse método, observamos que não houve diferença nos diversos domínios do SF-36 entre os cinco estágios da doença na fase pré-dialítica, confirmando os resultados da análise prévia. A tabela 6 a seguir ilustra detalhadamente este achado.

**Tabela 6 – Diferentes domínios do SF-36 obtidos de 170 pacientes com DRC segundo o estadiamento da doença**

<b>Domínios/ estágios*</b>	<b>TFG&gt;90 N=3</b>	<b>Leve N=15</b>	<b>Moderada N=56</b>	<b>Grave N=64</b>	<b>Terminal N=32</b>	<b>Total N=170</b>
Capacidade funcional	75,00 (±26,45)	45,33 (±24,74)	52,32 (±27,91)	55,22 (±28,12)	51,25 (±26,85)	52,99 (±27,49)
Aspectos físicos	83,33 (±28,86)	38,33 (±41,04)	49,11 (±37,52)	41,53 (±37,01)	43,75 (±40,16)	44,9 (±38,14)
Dor	66,33 (± 30,60)	54,53 (± 22,53)	66,07 (± 30,71)	58,12 (± 29,39)	57,84 (± 23,49)	60,52 (± 28,30)
Saúde geral	63,00 (±37,32)	45,27 (±22,16)	56,39 (±26,62)	55,16 (±27,50)	53,03 (±22,37)	54,43 (±25,92)
Vitalidade	65,00 (±25,98)	51,00 (±23,69)	57,77 (±23,89)	56,25 (±23,68)	58,28 (±21,61)	56,82 (±23,24)
Aspectos sociais	100,00 (±0,00)	71,63 (±27,74)	79,00 (±29,67)	75,28 (±27,10)	71,94 (±26,38)	75,99 (±27,75)
Aspectos emocionais	88,90 (±19,22)	47,35 (±47,85)	58,33 (±38,84)	49,47 (±40,33)	47,88 (±41,47)	52,60 (±40,64)
Saúde mental	69,33 (±32,5)	62,53 (±25,79)	65,80 (±25,00)	63,91 (±23,04)	65,41 (±19,95)	64,79 (±23,31)

\* P=0,942 (Wilks' Lambda)

(*Teste Post Hoc* não demonstrado, pois todos os domínios tiveram P> 0,05).

Não observamos influência significativa dos níveis de hemoglobina na qualidade de vida de modo geral (Wilks' Lambda= 0,059), entretanto destacamos que considerando apenas o aspecto social, houve pior qualidade de vida nos portadores de DRC que tiveram níveis de hemoglobina igual ou menor que 9mg/dL (tabelas 07 e 08).

**Tabela 07 – Diferentes domínios do SF-36 obtidos de 170 pacientes com DRC considerando os níveis de hemoglobina(Hb).**

<b>Domínios/ nível de Hb*</b>	<b>Hb até 9,0 N=12</b>	<b>Hb 9,1-12,9 N=56</b>	<b>Hb&gt;=13 N=93</b>	<b>Total N=161</b>	<b>P#</b>
Capacidade funcional	46,67 (± 31,50)	48,66 (± 27,12)	55,31 (± 27,47)	52,35 (± 27,70)	>0,05
Aspectos físicos	33,33 (± 34,26)	35,71 (± 36,26)	49,82 (± 38,70)	43,68 (± 38,02)	P=0,05
Dor	46,25 (± 27,30)	59,52 (± 26,75)	61,94 (± 29,30)	59,93 (±28,41)	>0,05
Saúde geral	46,42 (± 19,27)	57,36 (± 24,73)	53,25 (± 27,81)	54,17 (± 26,25)	>0,05
Vitalidade	52,92 (± 20,83)	54,82 (± 24,42)	58,17 (± 23,43)	56,61 (± 23,54)	>0,05
Aspectos sociais	51,17 (± 29,39)	78,17 (± 23,69)	76,77 (± 29,41)	75,35 (± 28,24)	0,008
Aspectos emocionais	47,17 (± 38,89)	44,04 (± 41,29)	58,42 (± 40,17)	52,58 (± 40,81)	>0,05
Saúde mental	54,67 (± 22,52)	62,73 (± 22,50)	66,42 (± 23,39)	64,26 (± 23,11)	>0,05

\* P=0,059 (Wilks' Lambda)

# Manova.

**Tabela 08 – Post Hoc teste dos domínios da qualidade de vida em relação à hemoglobina (Hb).**

<b>Domínios do SF-36</b>	<b>Comparações entre os grupos clínicos de Hb</b>		<b>P</b>
<b>Aspectos sociais</b>	Hb até 9,0	9,1 – 12,9	0,007
		= ou > 13	0,008
	= ou > 13	9,1 – 12,9	0,951

A idade influenciou a qualidade de vida dos portadores de DRC nos domínios capacidade funcional e aspectos sociais.

A capacidade funcional ( $p=0,037$ ) foi melhor nos portadores de DRC com idade até 47 anos (61,28%) em relação a faixa etária de 47 a 60 anos (tabela 9). Entretanto, entre estes grupos e o dos que tiveram idade maior que 60 anos não houve diferença significativa.

O aspecto social ( $p=0,018$ ) foi melhor nos indivíduos com idade acima de 60 anos em relação aos jovens com idade até 47 anos (tabela 10). Mesmo não encontrando diferenças significativas entre os demais grupos, observamos que o aspecto social foi melhor quanto maior a idade, ou seja, o grupo com faixa etária igual ou maior que 60 anos teve média maior (80,14%) em relação ao grupo com idade de 48 a 59 anos (78,14%) e ambos tiveram médias maiores que o grupo com idade até 47 anos (65,79%). Assim também aconteceu com o domínio vitalidade sem significância estatística (tabela 9). Estes achados estão ilustrados nas tabelas 09 e 10 a seguir.

Tabela 09 – Diferentes domínios do SF-36 obtidos de 170 pacientes com DRC considerando a idade.

Domínios/ Idade#	Até 47 anos N=43	48 a 59 anos N=44	60 ou mais N=83	Total N=170	P*
<b>Capacidade funcional</b>	61,28 (± 25,49)	46,36 (± 26,70)	52,22 (± 28,12)	52,99 (± 27,49)	0,037
<b>Aspectos físicos</b>	41,28 (± 35,72)	46,02 (± 41,74)	46,18 (± 37,70)	44,90 (± 38,14)	>0.05
<b>Dor</b>	61,33 (± 25,05)	56,02 (± 26,14)	62,48 (± 30,91)	60,52 (± 28,30)	>0.05
<b>Saúde geral</b>	54,23 (± 24,64)	48,98 (± 24,63)	57,42 (± 27,03)	54,43 (± 25,92)	>0.05
<b>Vitalidade</b>	53,60 (± 21,63)	56,82 (± 22,90)	58,49 (± 24,29)	56,82 (± 23,24)	>0.05
<b>Aspectos sociais</b>	65,79 (± 26,75)	78,14 (± 26,07)	80,14 (± 28,09)	75,99 (± 27,75)	0,018
<b>Aspectos emocionais</b>	46,51 (± 39,99)	57,81 (± 42,49)	52,99 (± 40,05)	52,60 (± 40,64)	>0.05
<b>Saúde mental</b>	60,49 (± 22,22)	67,20 (± 21,89)	65,73 (± 24,54)	64,79 (± 23,31)	>0.05

# P=0,021 (Wilks' Lambda).

\*Manova

Fonte: elaboração da autora a partir de coleta de dados.

Tabela 10 – Teste *Post Hoc* dos domínios da qualidade de vida em relação aos percentis de idade.

Domínios do SF-36	Comparações entre os percentis da idade		P
<b>Capacidade funcional</b>	1,00	2,00	0,030
		3,00	0,180
	2,00	3,00	0,480
<b>Aspectos sociais</b>	1,00	2,00	0,090
		3,00	0,016
	2,00	3,00	0,918

1= Até 47 anos; 2= de 47 a 59 anos; 3= 60 ou mais anos de idade.

O gênero também influenciou a QV ( $p=0,044$ ), especificamente nos domínios aspectos físicos, dor e saúde mental. Conforme observamos nos valores das médias descritas na tabela 11, os homens portadores de DRC tiveram melhor capacidade funcional, aspecto físico e saúde mental. As mulheres tiveram mais dor visto pelo valor da média (55,51%) ter sido menor que a dos homens (65,77%). A saúde geral teve média semelhante entre os gêneros, entretanto, todos os domínios tiveram médias maiores nos homens em relação as



mulheres, mesmo sem significância estatística. A capacidade funcional ( $p=0,057$ ) teve uma média próxima a significância estatística considerada neste estudo.

**Tabela 11 – Diferentes domínios do SF-36 obtidos de 170 pacientes com DRC considerando o gênero.**

<b>Domínios/ gênero#</b>	<b>Feminino N=87</b>	<b>Masculino N=83</b>	<b>Total N=170</b>	<b>P*</b>
<b>Capacidade funcional</b>	49,08 (± 28,34)	57,10 (± 26,12)	52,99 (± 27,49)	0,057
<b>Aspectos físicos</b>	38,89 (± 37,28)	51,20 (± 38,23)	44,90 (± 38,14)	0,035
<b>Dor</b>	55,51 (± 27,55)	65,77 (± 28,28)	60,52 (± 28,30)	0,018
<b>Saúde geral</b>	54,08 (± 25,87)	54,80 (± 26,13)	54,43 (± 25,92)	0,858
<b>Vitalidade</b>	53,68 (± 24,16)	60,12 (± 21,89)	56,82 (± 23,24)	0,071
<b>Aspectos sociais</b>	74,89 (± 27,68)	77,14 (± 27,93)	75,99 (± 27,75)	0,598
<b>Aspectos emocionais</b>	50,58 (± 43,12)	54,71 (± 38,01)	52,60 (± 40,64)	0,509
<b>Saúde mental</b>	60,25 (± 23,61)	69,54 (± 22,15)	64,79 (± 23,31)	0,009

# P=0,044 (Wilks' Lambda).

\*Manova

A renda teve importante influência na QV ( $p=0,013$ ), seis dos oito domínios investigados pelo SF-36 foram influenciados por essa. No grupo estudado, portadores de DRC com renda maior que 5,1 salários mínimos tiveram médias maiores no domínio capacidade funcional, dor e aspectos sociais em relação aos que recebiam apenas 1 salário. O aspecto físico e emocional e a saúde mental também tiveram médias maiores nos que possuíam renda maior que 5,1 salários mínimos. Os achados descritos na tabela 12 e 13 e figura 2 detalham estes achados.

Tabela 12 – Diferentes domínios do SF-36 obtidos de 170 pacientes com DRC considerando a renda.

Domínios SF-36/ renda	Até 1 salário N=50	De 1,1 até 5 salários. N=77	Acima de 5,1 salários. N=42	Total N=169	P
<b>Capacidade funcional</b>	46,20 (± 27,63)	52,99 (± 26,63)	60,57 (± 27,60)	52,86 (± 27,52)	0,044
<b>Aspectos físicos</b>	32,00 (± 37,12)	42,64 (± 34,38)	63,10 (± 39,13)	44,57 (± 38,01)	0,000
<b>Dor</b>	54,46 (± 27,37)	59,13 (± 28,63)	69,33 (± 26,83)	60,28 (± 28,22)	0,036
<b>Saúde geral</b>	52,42 (± 24,08)	51,92 (± 26,89)	61,00 (± 25,84)	54,33 (± 25,96)	0,157
<b>Vitalidade</b>	53,10 (± 22,60)	56,82 (± 23,42)	60,95 (± 23,66)	56,75 (± 23,28)	0,274
<b>Aspectos sociais</b>	66,99 (± 31,50)	77,49 (± 27,38)	83,39 (± 20,61)	75,85 (± 27,77)	0,014
<b>Aspectos emocionais</b>	39,97 (± 42,08)	49,77 (± 38,53)	71,68 (± 36,08)	52,32 (± 40,59)	0,001
<b>Saúde mental</b>	58,20 (± 23,91)	63,53 (± 22,66)	74,38 (± 21,01)	64,65 (± 23,31)	0,003

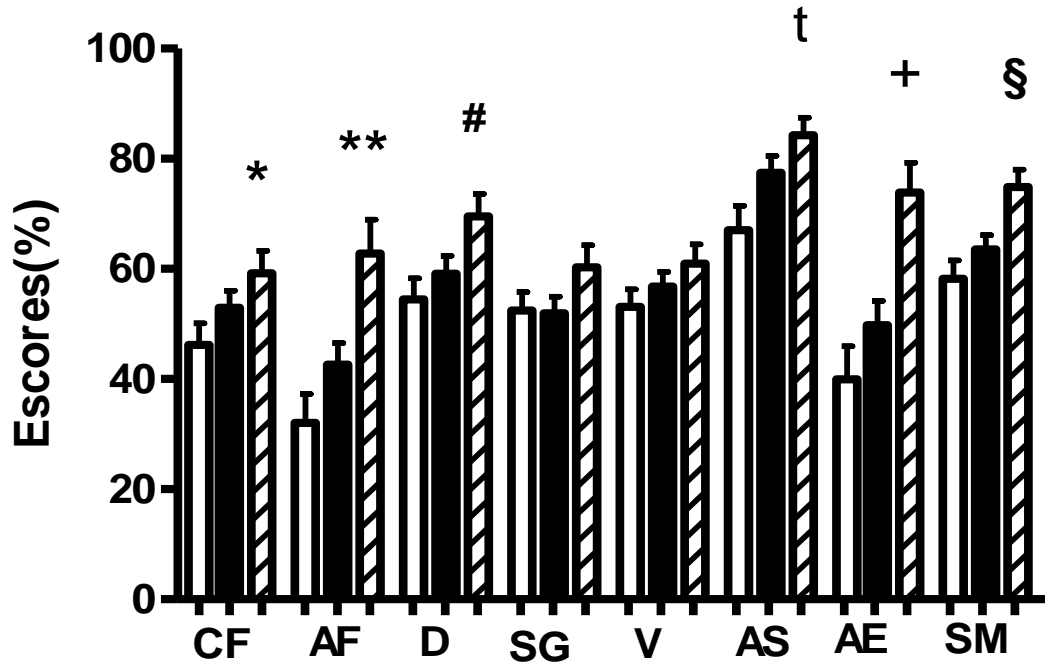
# P=0,013 (Wilks' Lambda).

Os valores das médias representam a porcentagem (%) segundo o SF-36.

Conforme observado, as médias dos indivíduos com renda familiar acima de 5,1 salários mínimos nos domínios capacidade funcional (60,57%), aspectos físicos (63,10%), dor (69,33%), aspectos sociais (83,39%), aspectos emocionais (71,68%) e saúde mental (74,38%), foram maiores em relação aos com renda de até um salário mínimo. Os aspectos físicos foram significativamente maior nos com renda acima de 5,1 também em relação aos com renda familiar entre 1 e 5 salários mínimos (42,64%). O mesmo aconteceu com o aspecto emocional e saúde mental que tiveram médias significativamente menores nos com renda entre 1 e 5 salários mínimos em relação aos com renda acima de 5,1 salários mínimos.

Exceto no domínio saúde geral, mesmo sem significância estatística, as médias dos outros domínios foram melhores a medida que a renda aumentava. Por exemplo, a vitalidade não foi significativa (p=0,274), mas mesmo assim o grupo com renda até um salário mínimo teve média de 53,10%, enquanto o com renda de 1 até 5 salários teve média de 56,82% e o com renda acima de 5,1 salários mínimos teve média de 60,95%.

Figura 2 – Escores dos domínios do SF-36 segundo a renda familiar.



Nota: \*p=0,04; \*\* p=0,001; # p=0,03; t p=0,01; + p=0,001; § p=0,003 (MANOVA).

CF= capacidade funcional; AF= aspecto físico; D= dor;

SG= saúde geral; V= vitalidade; AS= aspecto social;

AE= aspecto emocional; SM= saúde mental.

Renda familiar: até 1 salário = cor branca; de 1 a 5 = cor preta e maior do que 5 = tracejado.

Tabela 13 – Teste *Post Hoc* dos domínios da qualidade de vida em relação aos grupos da renda.

Domínios do SF-36	Comparações entre os grupos da renda		P
<b>Capacidade funcional</b>	1,00	2,00	0,356
		3,00	0,033
	2,00	3,00	0,315
<b>Aspectos físicos</b>	1,00	2,00	0,245
		3,00	0,000
	2,00	3,00	0,011
<b>Dor</b>	1,00	2,00	0,626
		3,00	0,031
	2,00	3,00	0,139
<b>Saúde geral</b>	1,00	2,00	0,994
		3,00	0,254
	2,00	3,00	0,162
<b>Vitalidade</b>	1,00	2,00	0,653
		3,00	0,243
	2,00	3,00	0,624
<b>Aspectos sociais</b>	1,00	2,00	0,088
		3,00	0,013
	2,00	3,00	0,496
<b>Aspectos emocionais</b>	1,00	2,00	0,353
		3,00	0,000
	2,00	3,00	0,011
<b>Saúde mental</b>	1,00	2,00	0,399
		3,00	0,002
	2,00	3,00	0,036

1= até 1 salário; 2= de 1,1 até 5 salários; 3= acima de 5,1 salários.

Conforme será observado nas tabelas 14 e 15, a escolaridade não foi significativa para a QV, contudo, isoladamente, os portadores de DRC com mais de 11 anos de estudo tiveram melhor capacidade funcional do que os que estudaram por no máximo três anos.

**Tabela 14 – Diferentes domínios do SF-36 obtidos de 170 pacientes com DRC considerando a escolaridade em anos de estudo.**

<b>Domínios/anos de estudo</b>	<b>Até 3 N=49</b>	<b>De 3,1 a 11 N=62</b>	<b>Maior que 11 N=57</b>	<b>Total N=168</b>	<b>P</b>
<b>Capacidade funcional</b>	45,92 (± 26,19)	50,95 (± 28,27)	60,26 (± 26,22)	52,64 (± 27,45)	0,022
<b>Aspectos físicos</b>	37,24 (± 38,56)	42,47 (± 35,47)	53,07 (± 39,82)	44,54 (± 38,22)	0,090
<b>Dor</b>	60,59 (± 28,37)	57,06 (± 28,74)	64,00 (± 28,26)	60,45 (± 28,45)	0,416
<b>Saúde geral</b>	55,12 (± 27,21)	52,79 (± 26,62)	55,70 (± 23,64)	54,46 (± 25,71)	0,810
<b>Vitalidade</b>	57,86 (± 24,10)	55,40 (± 23,63)	56,84 (± 22,37)	56,61 (± 23,23)	0,856
<b>Aspectos sociais</b>	77,57 (± 29,06)	75,58 (± 28,75)	74,45 (± 26,10)	75,78 (± 27,83)	0,847
<b>Aspectos emocionais</b>	44,88 (± 41,74)	57,00 (± 40,25)	53,36 (± 40,11)	52,23 (± 40,70)	0,289
<b>Saúde mental</b>	62,78 (± 24,05)	62,45 (± 25,15)	68,81 (± 20,31)	64,70 (± 23,33)	0,264

Fonte: elaboração da autora a partir de coleta de dados.

# P=0, 082 (Wilks' Lambda)

**Tabela 15 – Teste *Post Hoc* dos domínios da qualidade de vida em relação à escolaridade em anos de estudo**

<b>Domínios do SF-36</b>	<b>Grupos de escolaridade</b>		<b>P</b>
<b>Capacidade Funcional</b>	1	2	0,593
		3	0,019
	2	3	0,148

Fonte: elaboração da autora a partir de coleta de dados.

1= até 3 anos de estudo, 2= de 3,1 a 11 anos de estudo; 3= maior que 11 anos de estudo.

A tabela 14 nos informa que a média da capacidade funcional dos indivíduos com mais de 11 anos de estudo é de 60,26%, ou seja, maior dos que tiveram de 3,1 a 11 anos de estudo (50,95%) e esses mostraram-se com médias maiores dos com até 3 anos de escolaridade (45,92%). Isto nos mostra que a capacidade funcional foi maior quanto melhor a escolaridade, entretanto com significância estatística só do grupo 3 em relação ao grupo 1, conforme demonstra a tabela 15.

## 5 DISCUSSÃO

O presente estudo explorou a QV em portadores de DRC no período pré-dialítico. A média de 9,32 (valor máximo:10) no escore de orientação do mini-mental (tabela 1) demonstram a preocupação desta pesquisa com a confiabilidade da amostra. Isto pela necessidade de portar-se de um nível de cognição mínimo para responder sobre a qualidade de vida.

Os estudos sobre QV estão se tornando cada vez mais importantes no cenário clínico, pois seus resultados têm implicações na tomada de decisões sobre a alocação de recursos e de políticas de saúde <sup>50</sup>. A QV é um conceito multidimensional composto não somente por aspectos diretamente relacionados com a saúde, mas também à autonomia, à retenção de emprego, ao impacto sobre as relações familiares e os recursos econômicos, e muitas outras circunstâncias da vida <sup>50</sup>.

Em estudos clínicos randomizados, a estimativa da QV tem sido recentemente adicionada como a terceira dimensão a ser estudada junto com a eficácia e a segurança das medicações <sup>72</sup>. As implicações da DRC na QV foram estudadas, em sua maior parte, nos estágios avançados da DRC (fase IV-V) <sup>73</sup>. Entre os pacientes com insuficiência renal terminal, a QV exibe um importante poder de predição de eventos adversos. Identificar intervenções eficazes para melhorar a QV de pacientes com insuficiência renal terminal tem sido uma meta de saúde valorizada <sup>73</sup>. A QV em pacientes com DRC avançada é significativamente prejudicada, sendo importante indicador de mortalidade <sup>74</sup>. A elevada taxa de mortalidade e prevalência de comorbidades, mesmo em pacientes no estágio inicial da DRC<sup>75</sup>, tem levantado preocupações de que a QV também poderia ser prejudicada nestes pacientes. Na verdade, há uma considerável evidência de que há diminuição da QV entre pacientes com ligeira a moderada disfunção renal em comparação com a população com

função renal normal <sup>76,77</sup>. No entanto, são limitadas as informações na fase pré-dialítica da DRC, que atualmente estão disponíveis sobre o impacto relativo de disfunção renal na QV e preditores destes como alvos de intervenção. Alguns estudos já demonstraram que várias comorbidades, tais como anemia, hipertensão e depressão, e a fragilidade bem como a intensidade dos sintomas, afetam negativamente a QV em pacientes com DRC pré-dialítica <sup>52,16</sup>.

Como percebemos, perdas significativas da função renal podem ser suficientes para que os pacientes apresentem pior QV. A determinação dos fatores que podem estar relacionados com a pior QV, por exemplo, distúrbios metabólicos, toxinas urêmicas, comorbidades, ansiedade da potencial necessidade de terapia de substituição renal, ou outros fatores, é importante para facilitar a implementação do tratamento adequado <sup>56</sup>. O portador de doença renal terminal em tratamento de substituição renal é um problema clínico e social grave, que envolve implicações no atendimento ético e logístico de difícil solução, dadas as características dos pacientes. Sendo assim, temos que assistir e investigar este doente antes dele entrar nesta fase crítica da doença, facilitando assim a promoção ou a manutenção da QV do portador de DRC em vários estágios do tratamento. A avaliação da QV pode melhorar a adesão ao plano terapêutico, à qualidade dos cuidados de saúde prestados e à sobrevivência do paciente <sup>54</sup>.

As comorbidades recebem pouca atenção em estudos de doenças crônicas <sup>41</sup>, sendo importante considerar a possível influência delas. Nesta pesquisa, uma minoria dos indivíduos tinha diabetes (30,58%). A hipertensão arterial (88%) foi a comorbidade mais frequente, acompanhada pela diabetes em 22,94% dos casos. Não se observaram diferenças significativas entre diabéticos e não diabéticos nos diferentes domínios da QV. A HAS é simultaneamente uma causa e uma complicação da DRC e afeta de 50% a 75% da população com DRC, sendo reconhecida como fator de risco para sua progressão <sup>6</sup>. Além disso, estudos

apresentam a hipertensão e a DRC como fatores de risco independentes para doenças cardiovasculares <sup>6,78</sup>. Apesar dos avanços médicos e de maior taxa de sobrevivência, a aterosclerose e as doenças cardiovasculares ainda são as causas mais importantes de mortalidade em pacientes com DRC e estágio final da doença renal <sup>79,80</sup>.

No presente estudo, o risco de apresentar complicações cardiovasculares em 10 anos, segundo o escore de Framingham, foi maior nos homens (tabela 3), e 40,58% tinham risco intermediário a alto. Em um estudo anterior em indivíduos não portadores de DRC, 75% da amostra tiveram risco baixo <sup>81</sup>, entretanto, devido à presença de fatores de risco “não tradicionais” que não são avaliados pelo escore de Framingham, não parece ser suficiente o uso exclusivo deste escore para avaliar o risco cardiovascular na população de indivíduos com DRC <sup>82</sup>. De qualquer forma a classificação de Framingham foi escolhida pela sua fácil aplicação, já que era importante conhecer o risco cardiovascular neste público estudado.

### **5.1 Influência do estágio da DRC na QV no período pré-dialítico**

O presente estudo não encontrou diferença na QV entre os estágios ( $P=0,942$ ), entretanto, sem significância estatística, as médias dos escores capacidade funcional, dor, saúde geral, aspectos sociais e emocionais foram menores no estágio V em relação ao IV. O estágio IV em relação ao III, bem como o II em relação ao I, também tiveram médias menores em todos os domínios (tabela 5). De modo semelhante, em um estudo prospectivo observacional com 634 indivíduos com DRC, os que estavam no estágio IV apresentaram menores escores de QV do que os indivíduos em estágio V, mas sem significância estatística <sup>83</sup>. Outro estudo também encontrou médias semelhantes nas dimensões físicas e mentais quando comparou portadores de DRC que estavam no estágio V com os que encontravam-se em estágios anteriores <sup>56</sup>.



Em contrapartida, em um estudo prospectivo com 1.186 indivíduos<sup>84</sup>, a dimensão física diminuiu progressivamente em estágios mais avançados da DRC, sendo significativas a capacidade física ( $p < 0,005$ ), o papel físico ( $p < 0,0001$ ), a saúde geral ( $p < 0,0001$ ) e a dor ( $p < 0,05$ )<sup>84</sup>, havendo também uma tendência semelhante para o resumo mental. Um estudo transversal recente com um número (N) de 629 sujeitos obteve uma associação positiva significativa entre a elevada TFG e os domínios físicos, o que não ocorreu com a saúde mental<sup>85</sup>. Outro estudo transversal (N=155 pré-dialíticos e 35 em hemodiálise) concluiu que a QV foi diminuída em pacientes com doença renal já nos estágios iniciais da doença, mas nenhuma associação foi detectada entre os estágios da doença e a QV, e, as variáveis sociodemográficas, clínicas e laboratoriais foram preditores da QV<sup>14</sup>. Um estudo com 27 renais crônicos em diálise peritoneal, 30 em hemodiálise, 32 em pré-diálise e 30 com hipertensão arterial não encontrou diferença da QV entre estes<sup>86</sup>.

Percebemos que houve achados diferentes até em estudos com desenhos metodológicos e amostras semelhantes. A particularidade de cada indivíduo e o contexto socio-cultural no qual ele se insere, bem como o tipo de seguimento ambulatorial que ele recebe podem ser responsáveis por estas diferenças. De qualquer forma, a influência do estágio da DRC na QV foi identificada com maior frequência em estudos com grande número de indivíduos, em geral acima de 1.000<sup>16</sup>. No entanto as variáveis sociodemográficas, mesmo em estudos transversais com um número de sujeitos (N) inferior ao citado, já se apresentaram como preditoras da QV. Isto nos sugere que as variáveis sócio-demográficas mostram mais facilmente sua influência na qualidade de vida. Já o estágio da DRC, uma variável clínica, por exemplo, parece precisar de um poder alto na amostra que traduza um efeito pequeno para mostrar a sua influência na qualidade de vida.

No SF-36, alguns domínios avaliam a parte física e outros a mental, o que gera o escore resumo da dimensão física (RF) e mental (RM). Vários trabalhos<sup>17, 87, 24</sup> mostraram

que a dimensão física está mais comprometida na DRC, em relação aos domínios que avaliam a parte mental. No presente estudo, a média geral do RF foi significativamente menor ( $P < 0.0001$ ) que o RM (tabela 1), além de apresentar pontuações abaixo de 50 tanto para o RF quanto para o RM, o que sugere uma qualidade de vida prejudicada nesta amostra. Estes resultados são consistentes com estudos anteriores que também apresentaram a dimensão física como a mais prejudicada na QV em portadores de DRC, também com pontuações abaixo de 50 para as dimensões físicas e mentais<sup>17</sup>. Em conformidade com esses achados, em portadores de DRC tanto na fase pré-dialítica quanto na fase dialítica, relatou-se menor RF ( $43,4 \pm 10,9$ ) em relação ao RM ( $51,3 \pm 10,3$ )<sup>87</sup>. O componente físico inferior também foi visto na fase dialítica (hemodiálise) em mulheres e renais crônicos com idade mais avançada<sup>88</sup>.

No presente estudo a dimensão física mais prejudicada do que a dimensão mental pode ser justificada pelo sedentarismo, renda familiar e baixo nível de escolaridade. Mesmo nossos achados indo de encontro com os de outros autores, percebemos uma particularidade dos resultados de cada estudo, que justifica-se pelo simples fato da sobrevivência acontecer em regiões geográficas diferentes que têm hábitos de vida diferentes. Esta pesquisa investigou a forma como vive estes indivíduos mas estas considerações não permitem comparações pelo fato de não estarem registradas detalhadamente em outros estudos.

## **5.2 Influência da idade na QV no período pré-dialítico**

Nesta pesquisa, 51% dos sujeitos eram do sexo feminino e tinham idade menor que 60 anos, sendo 55% brancos e a maioria tinha um companheiro(a). A capacidade funcional foi melhor nos portadores de DRC com idade menor que 47 anos, e o aspecto social foi melhor nos com faixa etária maior que 60 anos em relação aos jovens com idade até 47

anos (tabela 09). Não muito discrepante, outros autores encontraram um resumo físico (RF) menor nos pacientes mais velhos (>65 anos), tendo a idade impactado no funcionamento físico ( $p < 0,0001$ ) e na saúde geral ( $p < 0,0001$ ), mas não teve efeito no papel físico, dor ou energia/fadiga, sendo o resumo mental maior em pacientes mais velhos<sup>84</sup>; e a idade mais jovem do que 65anos, associada com o maior declínio da saúde mental e papel emocional<sup>84</sup>. Em outro estudo, encontrou-se comprometimento significativo na QV em todas as escalas do SF-36, exceto na vitalidade e na saúde mental, sendo esta particularmente mais prejudicada no grupo etário mais jovem, e o aspecto funcional, no grupo etário mais velho com DRC<sup>77</sup>.

O aspecto emocional, que neste estudo foi maior nos com idade acima de 60 anos, compõe um dos domínios que integra o resumo da dimensão mental. Já a capacidade funcional, que foi melhor nos jovens, compõe o resumo da dimensão física. Portanto, nossos dados se assemelham aos achados de outros estudos que tiveram nos pacientes mais velhos pior desempenho físico, mas melhor saúde mental<sup>14</sup>.

Os mais velhos interrogados neste estudo, apesar do pior desempenho físico, talvez estejam mais preparados emocionalmente para a adaptar a vida com DRC, isto pelo fato da idade avançada traçar metas em relação a vida mais facilmente alcançáveis. Já os mais jovens têm maiores expectativas e se vêem limitados a concretizá-las pelas limitações trazidas pela doença. A semelhança dos nossos achados com os de outros autores sugerem que mesmo em contextos socio-culturais diferentes, os hábitos e as expectativas que dão real significado a vida, acabam sendo influenciados pela idade, que parece direcionar a percepção do indivíduo sobre sua qualidade de vida.

Isto poderia sinalizar a necessidade de promover a saúde mental nos jovens, talvez incentivando o acompanhamento psicológico e/ou as atividades sociais; e a saúde física nos mais velhos, como por exemplo, a realização de atividade física regular e alimentação

saudável. Para ambos o suporte social <sup>89</sup>, o controle da dor e da ansiedade parecem serem necessários em portadores de DRC <sup>90,91</sup>.

### **5.3 Influência do gênero na QV no período pré-dialítico**

Os homens portadores de DRC desta amostra tiveram maior renda, maiores níveis de hemoglobina (tabela 3) e melhor qualidade vida na capacidade funcional, no aspecto físico, na saúde mental e no domínio dor (tabela 11). Em conformidade com estudos anteriores, os homens e as pessoas com maior renda apresentaram melhor dimensão mental <sup>14</sup>.

Em um estudo coorte, mulheres tiveram pior resumo físico e mental, tendo pontuações mais baixas no funcionamento físico ( $p < 0,0001$ ), função física ( $p < 0,001$ ), dor ( $p < 0,0001$ ), estado geral de saúde ( $p < 0,001$ ) e energia/fadiga ( $p < 0,0001$ ), bem-estar emocional ( $p < 0,0001$ ), função emocional ( $p < 0,0001$ ) e função social ( $p < 0,0001$ ) <sup>84</sup>. Já se encontrou também valor significativamente maior nos homens em todas as escalas (exceto o papel físico), inclusive o RF ( $44,3 \pm 10,9$ ) e RM ( $51,8 \pm 10,0$ ), tendo as mulheres pior QV, sendo a média de RF e RM  $41,9 \pm 10,8$  e  $50,5 \pm 10,6$ , respectivamente <sup>87</sup>. Já em outro estudo transversal em indivíduos com DRC, os padrões de comprometimento foram semelhantes entre homens e mulheres <sup>77</sup>.

Uma outra pesquisa em renais crônicos pré-dialíticos em que o gênero também surgiu como um poderoso preditor de pontuações baixas na QV, o autor apontou isto pelo fato de as mulheres sofrerem mais nas doenças crônicas <sup>84</sup>. Em pacientes em hemodiálise, o RF também foi maior nos homens e naqueles com idade menor que 40 anos <sup>92</sup>.

Já foi discutido no contexto da DRC, não exclusivamente pré-dialítico, que existem diferenças na forma como homens e mulheres experimentam a doença renal terminal, sendo as mulheres mais propensas a assumir grande parte da carga de adaptação dos

ambientes familiares para adaptar a vida com a insuficiência renal, além de, nesta população as mulheres expressarem mais efeitos depressivos, ansiedade e diferença na sobrevivência quanto ao apoio social e a satisfação marital <sup>93</sup>. Além disso, as mulheres são provavelmente mais propensas para servir como doadores vivos para transplante renal e ainda menos a serem destinatárias de um doador-cadáver <sup>93</sup>.

A mulheres deste estudo tiveram menor renda e menor nível de hemoglobina em relação aos homens, o que poderia justificar a pior qualidade de vida encontrada. Entretanto, pela pior qualidade de vida nas mulheres também ser destacada em outros estudos, sugere-se que apesar dos diferentes contextos vivenciados, o sexo vem sendo um preditor da qualidade de vida em portadores de DRC. Esta consideração no plano terapêutico poderia traduzir em melhores respostas no tratamento conservador. A criação, por exemplo, de grupos como “terapia comunitária” <sup>94</sup> para as mulheres seria uma das estratégias sugeridas para o acompanhamento ambulatorial.

#### **5.4 Influência dos níveis de hemoglobina (Hb) na QV no período pré-dialítico**

A anemia é outra complicação inevitável comumente observada em pacientes com doença renal terminal <sup>79</sup> e vem frequentemente acompanhada por grande variedade de sintomas clínicos, como capacidade física prejudicada, diminuição da função neurocognitiva e má qualidade de vida, tanto no tratamento conservador quanto em pacientes em diálise <sup>95</sup>.

No presente estudo, o nível de Hb não apresentou diferenças significativas na qualidade de vida, apesar de ter influenciado negativamente o aspecto social quando tinha valores menores que 9g/dL. Entretanto, nos achados de Mujais e col., a gravidade da anemia (hematócrito<33%) teve um efeito modesto sobre o resumo físico, sendo a função física a mais significativamente afetada pelo grau de anemia ( $p<0,001$ ) <sup>84</sup>. O resumo mental foi

modestamente influenciado pela gravidade da anemia, predominantemente no aspecto social ( $p < 0,005$ )<sup>84</sup>. Um aumento nos níveis de hemoglobina durante o acompanhamento teve um efeito importante sobre as medidas de QV, especificamente sobre o resumo físico ( $p < 0,05$ ), a função social ( $p < 0,03$ ) e a energia/fadiga ( $p < 0,005$ )<sup>84</sup>. No estudo de Perlman e col.<sup>83</sup>, o nível de hemoglobina foi positivamente associado com escores físicos e mentais mais elevados ( $P < 0,05$ ) em todos os domínios, exceto na dor.

Neste corte transversal com 170 portadores de DRC, a Hb foi dividida em três grupos, sendo considerada Hb baixa valores menores que 9 g/dL, Hb média - de 9,1 a 13 g/dL - e alta a acima de 13g/dl, entretanto uma minoria apresentou Hb baixa. Uma possível justificativa para a discrepância dos nossos achados com os de outros autores pode estar no fato de a maioria da nossa amostra ter mais de um ano de acompanhamento ambulatorial e ter uma Hb > 11g/dl. As recomendações da *National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes*<sup>96</sup> preconizam que os alvos selecionados de Hb devem ser geralmente mantidos na faixa de 11,0-12,0g/dL em pacientes com DRC, estando ou não em diálise<sup>95</sup>. Recentemente, tem-se em consideração que a anemia começa a desenvolver no início do curso da DRC, e a prevalência da anemia na fase III-V da DRC é de 12,0%<sup>95</sup>.

Apesar de nossos achados mostrarem que a Hb influenciou estatisticamente apenas o aspecto social da QV, Leaf e Goldfarb<sup>97</sup>, sugerem que achados de QV devem ser analisados não por significância estatística, mas, sim, por meio de uma abordagem clinicamente importante para uma diferença mínima. Na revisão deste autor, os domínios da QV que foram melhores com o uso da eritropoetina se relacionaram com sintomas físicos e vitalidade, já os domínios do funcionamento social e saúde mental mostraram melhora modesta, enquanto os domínios do funcionamento emocional e da dor tiveram melhora muito pequena<sup>97</sup>. O aumento máximo da QV por aumento incremental nos níveis de hemoglobina pareceu ocorrer no intervalo de 10-12 g/dL<sup>97</sup>.

Uma associação entre a melhoria dos níveis de hemoglobina, em pacientes com DRC pré-diálise, com melhorias estatisticamente significativas nas escalas da QV que medem a atividade física, a vitalidade e a fadiga foram também observadas <sup>98</sup>. Em reforço, alguns estudos mostraram que a manutenção de uma Hb alvo de 11,0-13,0 g/dL melhorou a qualidade de vida <sup>99</sup>.

Os achados discrepantes também podem ser justificados pela diferença na amostra e no desenho entre os estudos. As variáveis clínicas e laboratoriais parecem exigir uma amostra com poder alto para mostrarem sua diferença estatística. Com um poder de 70% nesta amostra tivemos um valor de  $p=0,059$  para influência da hemoglobina na QV, uma amostra maior talvez mostrasse resultados semelhantes com os de outros autores como já discutido acima.

### **5.5 Influência do nível de escolaridade e renda na QV no período pré-dialítico**

Outras variáveis observadas que podem apresentar influência na QV dos pacientes com DRC são as sociodemográficas. Neste corte transversal, a renda familiar mostrou influência significativa na QV aferida pelo SF-36.

No grau de escolaridade dos pacientes, verificou-se uma variação de 0,5 a 20 anos de estudo (com média de  $7,21 \pm 5,18$ ); tendo 55% dos sujeitos pelo menos cinco ou mais anos de estudo. A escolaridade não influenciou de forma significativa a qualidade de vida (tabela 18), entretanto os portadores de DRC com mais de 11 anos de estudo tiveram melhor capacidade funcional do que os que estudaram por no máximo três anos (tabela 14 e 15).

A renda familiar apresentou média de  $3,34 \pm 2,33$  salários mínimos, sendo o valor máximo de 10 e mínimo de um. Nesta amostra, os portadores de DRC com renda maior que 5,1 salários mínimos tiveram melhor QV nos domínios capacidade funcional, dor,

aspectos sociais, saúde mental, aspecto físico e emocional, ou seja, teve melhor QV os que tiveram renda mensal maior que 5,1 salários (tabela 12).

Poucos estudos avaliaram a influência da renda na QV. Em uma coorte, o desemprego, a baixa escolaridade e a renda limitada foram associados com pior QV <sup>87</sup>. Em uma análise multivariada, o emprego, o nível de escolaridade, a renda familiar, o índice de massa corporal, as comorbidades, os anos de hipertensão, o número de anti-hipertensivos prescritos, a atividade física e o sexo masculino foram independentemente preditores significativos do RF. Já o RM incluiu como preditores apenas o emprego, o estado civil, o tabagismo, a idade, as comorbidades e o sexo masculino <sup>87</sup>. Em um estudo transversal com 639 portadores de DRC, o desemprego foi associado com menor QV ( $P < 0,05$ ); melhor suporte social e habilidades de enfrentamento com a maior QV <sup>85</sup>.

O nível de escolaridade talvez exercesse influência na qualidade de vida desta amostra se fosse definidor do emprego do portador de DRC, entretanto, apenas uma minoria (28%) desta amostra era profissionalmente ativa. A ausência de significância estatística do nível de escolaridade na QV no presente estudo poderia ser então justificada pelo fato da maioria dos sujeitos serem aposentados ou estarem de licença médica. Isto porque estudos semelhantes encontraram maior RF em indivíduos com maior nível de escolaridade, mas que são profissionalmente ativos <sup>14</sup>.

Este mesmo estudo também encontrou melhor componente mental em pessoas com maior renda <sup>14</sup>. A maior renda talvez permita mais lazer, e a vitalidade em portadores de DRC em tratamento conservador já foi associada com a “frequência de sair” <sup>100</sup>. Estes resultados são consistentes com a evidência de que fatores demográficos são importantes preditores da QV em portadores de DRC.

Neste estudo, o detalhamento da fonte da renda nos informou que apenas a minoria (28%) trabalhava e, 50,58% tinham como fonte de renda (que nem sempre era



exclusiva) a aposentadoria ou o auxílio-doença. Uma maior atenção ao nível de atividade habitual entre os pacientes com DRC e doença renal terminal poderia ajudar estes indivíduos a manter o emprego, o que poderia melhorar a sua qualidade de vida global <sup>101</sup>.

Os achados desta pesquisa se assemelham com o de outros autores, apesar de poucos estudos terem investigado a influência da renda na QV em portadores de DRC. Em renais crônicos, já na fase dialítica, o componente físico da QV foi maior no grupo de maior renda <sup>92</sup>. Um corte transversal em 247 portadores de DRC em estágio III a V reforçou a relação entre a doença, o bem-estar econômico e a qualidade de vida <sup>102</sup>. Outro estudo que investigou além da DRC outras doenças crônicas, encontrou a função física negativamente afetada pela doença crônica e idade avançada; já a saúde mental manteve-se relativamente elevada e estável <sup>103</sup>. Tem sido investigada a necessidade de ampliar as oportunidades de suporte para autogestão em portadores de DRC em tratamento conservador, abordando problemas relacionados com a desvantagem social <sup>104</sup>.

Por outro lado, como a DRC apresenta-se com várias comorbidades, como diabetes, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, as despesas de saúde para os pacientes com DRC não podem ser atribuídas exclusivamente à DRC. Com efeito, uma política financeira para o período pré-dialítico é uma das barreiras que impedem melhores resultados nos pacientes <sup>16</sup>.

No mesmo sentido, em um estudo com 109 pacientes com DRC os aspectos físicos da qualidade de vida foram substancialmente reduzidos em comparação com os componentes mentais e uma série de características demográficas e clínicas também tiveram impacto significativo na QV <sup>87</sup>.

A influência da renda na QV em portadores de DRC no período pré-dialítico mostrou-se significativamente importante neste estudo. Estes resultados vão de encontro com os de outras pesquisas, o que evidencia a necessidade de uma atenção especial aos indivíduos

com baixa renda em tratamento conservador da DRC. Diante disto, outras investigações sobre a influencia da renda em públicos alvo como o deste estudo, são necessárias, para que se trace metas de atendimento que contribua para a otimização da qualidade de vida.

### **5.6 QV em portadores de DRC no período pré-dialítico**

Os resultados deste e outros estudos já citados anteriormente mostram que a DRC tem um efeito profundo sobre a QV <sup>92</sup>. É necessário conhecimento de estratégias de intervenção e seu impacto na QV. Tendo em conta os numerosos fatores já discutidos que influenciam a QV na DRC, a intervenção em um único aspecto poderia traduzir em uma melhor QV. Com a identificação do ônus econômico da DRC <sup>105</sup>, uma melhor compreensão da QV permitiria que os gestores de saúde investissem em cuidados multidisciplinares centrados no bem-estar geral do doente nesta fase pré-dialítica e nas mais avançadas.

Além disso, os clientes com DRC avançada podem não estarem familiarizados com a forma como a terapia de substituição renal crônica terá impacto sobre sua saúde física e bem-estar psicossocial <sup>56</sup>. Paralelamente ao cuidado focado, em grande parte, como o tratamento da anemia, da doença óssea, os distúrbios eletrolíticos, a hipertensão e as comorbidades, além do tratamento da DRC, estudos que avaliam a QV neste grupo de pacientes são necessários, assim como os esforços para aplicar estes achados ao tratamento <sup>56</sup>. Com base nisto, parece que se confirmado estes achados em estudos longitudinais e de intervenção, os pacientes e profissionais seriam capazes de usar esse conhecimento para tomar decisões no acompanhamento ambulatorial, o que traduziria em melhorias no atendimento e na QV <sup>56</sup>.

É evidente que seria muito mais fácil para todos traduzir os resultados das medidas terapêuticas de QV para manobras terapêuticas específicas, mas, infelizmente, é

devido às peculiaridades do conceito de qualidade de vida que isto não é possível. Muitas vezes, os fatores subjetivos, derivados ou não de situações físicas reais, determina o auto conceito da qualidade de vida dos pacientes. É por isso que os resultados dos questionários devem ser analisados com cuidado e dedicados à discussão com o cliente o tempo necessário para realizar ações que visam melhorar os aspectos deficientes<sup>50</sup>. Recentemente sugere-se que a aplicação destes testes bem como a gestão dos casos podem ser realizados pela enfermeira responsável pelo acompanhamento destes doentes<sup>106, 50</sup>.

Reforça-se que medidas de QV podem fornecer informações exclusivas que ajudem a guiar intervenções que são mais adaptadas para responder às preocupações dos pacientes sobre o seu bem-estar. Estas descobertas também sugerem que as unidades de saúde<sup>46</sup> e clínicas renais devem ter pessoal disponível e capacitado para abordar aspectos psicossociais do bem-estar do cliente<sup>38</sup>. O investimento em uma equipe multidisciplinar (nefrologista, assistente social, enfermeiro, nutricionista e psicólogo) com metas bem definidas é eficaz para a preservação da função renal e na redução da morbimortalidade dos portadores de DRC<sup>107</sup>. Pesquisas de intervenção são necessárias para investigar se esta informação adicional pode ser importante para ajudar os cuidadores da saúde de forma adequada a ter como alvo metas que melhorem a qualidade de vida da população com DRC, alcançando uma abordagem centrada no cuidado integral<sup>38</sup>.

Entender os fatores individuais que contribuem para o bem-estar de um paciente pode fornecer aos profissionais de saúde a oportunidade de se envolver em um planejamento prévio do cuidado, uma abordagem por meio de uma comunicação aberta entre os pacientes e seus familiares com a equipe de cuidados de saúde<sup>38</sup>. Neste cenário, as avaliações da QV poderiam ajudar os médicos a se concentrarem no estado clínico, considerando a qualidade de vida ao discutir metas dos cuidados que são consistentes com os

anseios e desejos do paciente. Em última análise, isso pode ajudar os pacientes a alcançar melhor controle sobre seu cuidado de saúde e fortalecer as relações dentro de sua família<sup>38</sup>.

O foco dos recursos político-econômicos atualmente prioriza a fase dialítica. Existe pouca equipe multidisciplinar pré-diálise, provavelmente devido aos diferentes modelos de cuidado pré-diálise e ao manejo dos pacientes que ocorrem nos estabelecimentos renais. Neste é desconhecido a atuação do enfermeiro, que tem acompanhado doentes renais crônicos apenas no estágio V, ou seja, na diálise.

O estudo de Stephanie B. e col<sup>17</sup>., explorou o impacto da qualidade do cuidado pré-diálise na QV no início da diálise a partir de três indicadores: a qualidade das práticas terapêuticas, tempo de referência a um nefrologista<sup>108</sup> e número de consultas de nefrologia durante o ano anterior ao início da diálise. Quanto maior a qualidade do cuidado pré-diálise, melhor foi a QV<sup>17</sup>. O intuito central deste estudo, como também deste autor supracitado, foi o de alertar a consciência dos profissionais/gestores da saúde quanto à importância excepcional da qualidade do cuidado pré-diálise, contudo, nesta pesquisa, trazemos também a realidade da enorme demanda quantitativa à qual a equipe médica é submetida neste atendimento ambulatorial, o que acaba por inviabilizar, na maioria das vezes, a aplicação de questionários que investigam e intervêm na QV do cliente.

Os resultados discutidos forneceram evidências de que a QV em portadores de DRC é baixa. Além disto, comparando as médias encontradas na presente pesquisa com as de outro autor, que também utilizou o SF-36 para avaliar qualidade de vida em indivíduos não portadores de DRC<sup>109</sup>, observou-se que as médias foram menores em todos os domínios dos portadores de DRC e com significância estatística para a diferença existente na capacidade funcional, aspectos físicos e saúde geral.

Tentando justificar a prejudicada qualidade de vida em renais crônicos, um estudo que teve a maioria dos seus indivíduos em fase pré-dialítica<sup>110</sup>, identificou que a

defensividade emocional como um estilo de enfrentamento foi fator que afetou o componente mental e físico da QV. O conhecimento dos efeitos a longo prazo da doença foi sugerido como umas das estratégias para melhorar a saúde física e mental dos pacientes com diagnóstico de DRC, reduzindo assim a negação desta <sup>110</sup>. Outro achado associou independente e significativamente à baixa QV, além do desemprego e da baixa renda, uma maior pontuação de depressão, segundo a escala de Beck em pré-dialíticos <sup>111</sup>.

Além disso, já foi concluído que o cuidado nefrológico pré-diálise melhora as condições clínicas dos pacientes com DRC, mas é insuficiente para a minimização de outros aspectos que envolvem a DRC <sup>112</sup> e a decisão no tratamento conservador de iniciar diálise envolve tanto uma avaliação de resultados baseados em evidências para a população quanto as preferências do indivíduo portador de DRC <sup>43,52</sup>.

Diante dos achados encontrados no presente estudo e dos discutidos acima, sugere-se a inserção do enfermeiro nefrologista na equipe multidisciplinar a âmbito ambulatorial, o que auxiliaria na qualificação do cuidado oferecido. Além disto, por causa da alta demanda quantitativa sob o nefrologista, principalmente no serviço público, existe também a possibilidade da atuação do enfermeiro facilitar a realização necessária de estudos prospectivos capazes de analisar a influência de fatores biomédicos e psicossociais na progressão da doença renal <sup>113</sup>. A intervenção multifacetada pelo nefrologista e pelo enfermeiro reduz custos sem reduzir a qualidade de vida de pacientes com DRC <sup>114</sup>.

Resumidamente, a maioria dos estudos transversais em pré-dialíticos, como este, também não encontraram diferença entre os cinco estágios da DRC, diferente de estudos prospectivos com amostras maiores que encontraram pior QV quanto maior o estadiamento da doença. Jovens portadores de DRC tiveram melhor QV nos aspectos físicos, mas, em contrapartida, tiveram pior saúde mental do que os com idade mais avançada. A pior qualidade de vida nas mulheres, independente do método, foi semelhante com a de outros

estudos que também estudaram, inclusive, outras doenças crônicas. Um estudo longitudinal realizado em 2.544 mulheres concluiu que uma queda da TFG de  $\geq 25\%$  em 11 anos é independentemente associada com menor função física nas mulheres <sup>115</sup>. Vários autores <sup>116, 117</sup> já relacionaram o nível de Hb com o aspecto físico da QV, entretanto estes achados foram diferentes desta pesquisa que não encontrou diferença significativa e apenas um impacto isoladamente dos níveis de Hb no aspecto social.

Poucos estudos até o momento em portadores de DRC na fase pré-dialítica estudou diretamente a influência da renda na QV, entretanto vários autores já apontaram outras variáveis que tem relação com a renda, como o nível econômico e social, como preditoras da QV. Percebemos que a escolaridade pode ter impacto na QV quando esta determina o emprego do portador de DRC, o que nos levou a supor que, como na nossa amostra, a maioria era inativo, a escolaridade não influenciou a QV. Entretanto, o nível de escolaridade junto com o nível social já foram citados como variáveis que influenciaram a QV. De qualquer forma, este estudo teve a renda como a variável que mais influenciou a QV em portadores de DRC no período pré-dialítico.

Sabe-se que a avaliação subjetiva da QV é multifatorial, e, por conseguinte, a progressão da doença renal pode não ser o único fator determinante da sua deterioração. No presente estudo, os fatores sociodemográficos (idade, sexo, renda) foram os mais associados com diminuição de qualidade de vida. Adicionado a isso, é possível que os fatores subjetivos, como a adaptação à doença e ao tratamento, a satisfação com o apoio do pessoal médico e social, entre outros, podem interferir diretamente na avaliação da qualidade de vida <sup>14</sup>, mas não foram avaliados. A influência destes diferentes fatores sobre a avaliação da qualidade de vida pode também explicar a dificuldade no estabelecimento de uma relação linear desta com a TFG <sup>14</sup>.

Supõe-se que os resultados conflitantes podem ser, em grande parte, devido às diferenças nos indivíduos do estudo, em termos de sua função renal, comorbidades e até características sociodemográficas. O número e a gravidade das comorbidades aumentam com a progressão da DRC. Pode presumir-se que a detecção precoce da disfunção renal e a intervenção terapêutica adequada, por uma equipe multidisciplinar <sup>118</sup>, são importantes para os procedimentos de saúde pública que visam melhorar a qualidade do atendimento <sup>16</sup>.

Os achados já discutidos anteriormente sustentam que o SF-36 é sensível aos efeitos na QV em portadores de DRC, entretanto a presença de comorbidades e condições médicas-sociais específicas, bem como a utilização de uma base populacional cuja amostra é aleatória, nos exigem que essas comparações sejam interpretadas com cautela, mesmo que tenhamos priorizado para esta discussão artigos que focaram na avaliação da QV em portadores de DRC que estavam na mesma fase: pré-dialítica. Portanto, as conclusões destes achados se restringem apenas para essa população estudada.

## 6 CONCLUSÃO

Neste estudo, observou-se uma prejudicada qualidade de vida nos portadores de doença renal crônica desde os estágios iniciais da doença, mas não se detectou uma influência significativa entre os estágios da DRC e os domínios do SF-36. Contudo, foi possível conhecer a influência dos fatores clínicos/laboratoriais e sociodemográficos (escolaridade, sexo, renda familiar, idade, níveis de hemoglobina) nos domínios da qualidade de vida segundo o SF-36. Houve influência do sexo e idade mas a renda familiar foi a variável que mais influenciou a qualidade de vida nesta amostra de 170 indivíduos portadores de DRC na fase pré-dialítica.

Estes achados sugerem que diversos esforços devem ser realizados para diminuir o efeito desses fatores na qualidade de vida em portadores de DRC, sendo um deles a inserção na equipe multidisciplinar de enfermeiro nefrologista, psicólogo, nutricionista e assistente social com atuação ambulatorial.

Além disso, a realização de mais estudos, preferentemente longitudinais e de intervenção, é necessária para confirmar os resultados observados neste estudo e sugerir intervenções que melhorem a qualidade de vida, com uma abordagem centrada no cuidado integral e qualitativo da população com DRC.

Esta pesquisa possibilitou uma análise das características da qualidade de vida em portadores de DRC em acompanhamento ambulatorial e das possíveis variáveis clínicas e sociodemográficas que possam interferir na QV nesse grupo de pacientes. Além disso, a relevância e a aplicabilidade deste estudo vêm da possibilidade de seus achados sugerirem inserção de práticas clínicas que potencializem o processo de cuidar em saúde a nível ambulatorial em nefrologia.



## **6.1 Limitações**

Amostra selecionada inclui apenas os portadores de DRC que já estão sendo acompanhados em ambulatórios especializados.

Desenho do estudo observacional-transversal, não sendo avaliadas de modo longitudinal outras possíveis influências, como o tempo de acompanhamento e as medidas de intervenção terapêuticas adotadas, na evolução da QV.

## 7 REFERÊNCIAS

- 1 Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. São Paulo: Elsevier; 2011.
- 2 Bastos MG, Bregman R, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. Rev Assoc Med Bras 2010;56:2.
- 3 National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Am J Kidney Dis. 2002;39(2-1):S1-266.
- 4 Knight EL, Ofsthun N, Teng M, Lazarus JM, Curhan GC. The association between mental health, physical function, and hemodialysis mortality. Kidney International. 2003;63:1843-51.
- 5 Han SS, Kim KW, Na KY, Chae DW, Kim YS, Kim S, Chin HJ. Quality of life and mortality from a nephrologist's view: a prospective observational study. BMC Nephrol 2009;10(39):1-7.
- 6 Soni RK, Porter AC, Lash JP, Unruh ML. Health-related quality of life in hypertension, chronic kidney disease and coexistent chronic health conditions. Adv Chronic Kidney Dis 2010;17(4):e17-26.
- 7 White SL, Chadban SJ, Jan S, Chapman JR, Cass A. How can we achieve global equity in provision of renal replacement therapy? Bull World Health Organ 2008; 86(3):229-37.
- 8 Clase C. Renal failure (chronic). Clinical Evidence 2009;10(2004):1-23.
- 9 Lash JP, Go AS, Appel LJ, Jiang He, Ojo A, Rahman M, et al. Chronic renal insufficiency cohort (CRIC) study: baseline characteristics and associations with kidney function. Clin J Am Soc Nephrol 2009; 4(8): 1302-11.
- 10 Bruce FC, Martin GL, Evans JC, Wilson PWF, Barret BJ, et al. Prevalence and Correlates of Elevated Serum Creatinine Levels. The Framingham Heart Study. Arch Intern Med 1999;159:1785-90.
- 11 González AO. Guías SEN para el manejo de la enfermedad renal crónica avanzada y pre-diálisis. Nefrología 2008;3:1.
- 12 Karkar A. The value of pre-dialysis care. Saudi J Kidney Dis Transpl 2011; 22(3):419-27.

- 13 Leal CM, Machado EL, Szuster DAC, Andrade ELG, Acúrcio FA, Caiaffa WT, et al . Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004. *Rev Saúde Pública* 2010;44(4): 639-49.
- 14 Cruz MC, Andrade C, Urrutia M, Draibe S, Nogueira-Martins LA, Sesso RCC. Quality of life in patients with chronic kidney disease. *Clinics* 2011;66(6):991-5.
- 15 Sesso RCC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Watanabe Y, dos Santos DR. Diálise crônica no Brasil - Relatório do Censo Brasileiro de Diálise, 2011. *Chronic Dialysis in Brazil - Report of the Brazilian Dialysis Census, 2011. J Bras Nefrol* 2012;34(3):272-7.
- 16 Lee H, Oh YJ, Kim M, Kim H, Lee JP, Kim S, et al. The association of moderate renal dysfunction with impaired preference-based health-related quality of life: 3rd Korean national health and nutritional examination survey. *BMC Nephrology* 2012;13:19.
- 17 Boini S, Frimat L, Kessler M, Briançon S, Thilly N. Predialysis therapeutic care and health-related quality of life at dialysis onset (The pharmacoepidemiologic AVENIR study). *Health Qual Life Outcomes* 2011;9:7.
- 18 Shafi T, Jaar BG, Plantinga LC, Fink NE, Sadler JH, Parekh RS, et al. Association of residual urine output with mortality, quality of life, and inflammation in incident hemodialysis patients: the choice (choices for healthy outcomes in caring for end-stage renal disease) study. *Am J Kidney Dis* 2010; 56(2):348–58.
- 19 Jhamb M, Tamura MK, Gassman J, Garg AX, Lindsay RM, Suri RS, et al. Design and rationale of health-related quality of life and patient-reported outcomes assessment in the frequent hemodialysis network trials. *Blood Purif* 2011; 31(1-3):151-8.
- 20 Sathvik BS, Parthasarathi G, Narahari MG, Gurudev KC. An assessment of the quality of life in hemodialysis patients using the whoqol-bref questionnaire. *Indian J Nephrol* 2008; 18(4):141-9.
- 21 Manns BJ, Johnson JA, Taub K, Mortis G, Ghali WA, Donaldson C. Dialysis adequacy and health related quality of life in hemodialysis patients. *ASAIO Journal* 2002; 565-9.
- 22 Ferreira RC, Silva Filho CR. A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília, São Paulo. *J Bras Nefrol* 2011;33(2):129-35.

23 Santos PR. Comparação da qualidade de vida entre pacientes em hemodiálise aguardando e não aguardando transplante renal em uma região pobre do Brasil. *J Bras Nefrol* 2011;33(2):166-72.

24 Grincenkov FRS, Fernandes N, Chaoubah A, Bastos K, Qureshi AR, Pecoits-Filho R, et al. Factors associated with the quality of life of incident patients on PD in Brazil (BRAZPD). *J Bras Nefrol* 2011;33(1):23-8.

25 Rocha ER, Magalhães SM, Lima VP. Repercussion of physiotherapy intradialytic protocol for respiratory muscle function, grip strength and quality of life of patients with chronic renal diseases. *J Bras Nefrol* 2010;32(4):355-66.

26 Silveira CB, Olaia IK, Pantoja R, Silva ARM, Azevedo RN, et al. Quality of life of hemodialysis patients in a Brazilian Public Hospital in Belém - Pará. *J Bras Nefrol* 2010;32(1):37-42.

27 Okpechi IG, Nthite T, Swanepoel CR. Health-related quality of life in patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2013; 24(3):519-26.

28 Aparicio-López C, Fernández-Escribano A, Garrido-Cantanero G, Luque-de Pablos A, Izquierdo-García E. The influence of clinical situation on health-related quality of life in paediatric chronic kidney disease patients. *Nefrologia* 2013;33(1):61-9.

29 Kimmel PL. Can we Improve Quality of Life in Hemodialysis Patients? *Seminars in Dialysis* 2013;26(3):260-2.

30 Rossi FR, Silva. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. *Rev Esc Enferm USP* 2005; 39(4).

31 Valderrabano F, Jofre R, Lopez GJM. Quality of life in end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis* 2001; 38:443-64.

32 Heatley SA. Optimal referral is early referral. *Perit Dial Int* 2009; 29(2):128-31.

33 Heatley SA. Optimal referral to pre-dialysis services: one center's experience. *Perit Dial Int* 2009; 29(2):115-6.

34 Sanz Guajardo D, Orte L, Gómez Campderá F, Fernández E, Aguilar MD, Lázaro P. Calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica. Influencia de la intervención precoz del nefrólogo y de la consulta prediálisis. *Nefrología* 2006; 26(3):56-65.

35 Lewis AL, Stabler KA, Welch JL. Perceived informational needs, problems, or concerns among patients with Stage 4 chronic kidney disease. *Nephrology Nursing Journal* 2010; 37(2):143-9.

36 Klang B, et al. Predialysis patient education: Effects on functioning and well-being in uraemic patients. *Journal of Advanced Nursing* 1998, 28(1):36-44.

37 Górriz JL, Pallardó LM. Remisión precoz del paciente a nefrología: utopía o realidad. *Nefrología* 2006; 26(3).

38 Kader KA, Myaskovsky L, Karpov I, Shah J, Hess R, Mary Dew MA, Unruh M. Individual quality of life in chronic kidney disease: influence of age and dialysis modality. *Clin J Am Soc Nephrol* 2009; 4(4):711-8.

39 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. *Cadernos de Atenção Básica* 14(Série A. Normas e Manuais Técnicos). Ministério da Saúde 2006; 56 p.

40 Barril G, Sanz P, Ruperto M, Bardón E, Ruiz P, Selgas R, et al. ¿Son necesarias las consultas específicas prediálisis? Objetivo: cuidado integral del paciente con enfermedad renal crónica (ERC). *Nefrología* 2006; 26(3).

41 Boyd CM, Vollenweider D, Puhan MA. Informing evidence-based decision-making for patients with comorbidity: availability of necessary information in clinical trials for chronic diseases. *Plos one* 2012;7(8):1-8.

42 Santos PR. Evaluation of objective and subjective indicators of death in a period of one year in a sample of prevalent patients under regular hemodialysis. *BMC Research Notes* 2012;5:24.

43 Morton RL, Snelling P, Webster AC, Rose J, Masterson R, Johnson DW et al. Factors influencing patient choice of dialysis versus conservative care to treat end-stage kidney disease. *CMAJ* 2012;184(5): 277-83.

- 44 Ramer S, Germain A, Dohar S, Unruh M. Event-related distress in kidney disease patients. *Nephrol Dial Transplant* 2012;27:299-303.
- 45 Centenaro GA. A intervenção do serviço social ao paciente renal crônico e sua família. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011.
- 46 Padovani CSS. Avaliação do perfil epidemiológico e das dificuldades encontradas pelos pacientes para o atendimento de primeira consulta no ambulatório de triagem da nefrologia da UNIFESP. *J Bras Nefrol* 2012;34(4):317-22.
- 47 Welch JL, Austin JK. Stressors, coping and depression in haemodialysis patients. *Journal of Advanced Nursing* 2001;33(2):200-7.
- 48 Gómez-Campderá FJ, Orte L, Aguilar MD, Fernandez Giráldez E, Lázaro P, Sanz Guajardo D, et al. Situación clínica del paciente en el momento de iniciar diálisis. *Estudio Inesir. Nefrología* 2006;26(3).
- 49 Abulkashem M, Ibrahim N, Mohd ZK. Clinical profiles of chronic renal failure patients at referral to nephrologist. *Nefrologia* 2004;15(4):468-72.
- 50 Moreiras-Plaza M, Blanco-García R, Cossio-Aranibar CR, Rodriguez-Goyanes G. Assessment of health-related quality of life:the cinderella of peritoneal dialysis? *International Journal of Nephrology* 2011; Article ID 528685, 1-8 p.
- 51 Wyld M, Morton RL, Hayen A, Howard K, Webster AC. A systematic review and meta-analysis of utility-based quality of life in chronic kidney disease treatments. *Plos Medicine* 2012; 9(9):1-10.
- 52 Davison SN. End-of-life care preferences and needs: perceptions of patients with chronic kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol* 2010; 5(2):195-204.
- 53 Moreira CA, et al. Avaliação das propriedades psicométricas básicas para a versão em português do kdqol-sfTM. *Rev Assoc Med Bras* 2009; 55(1).
- 54 Fructuoso M, Castro R, Oliveira L, Prata C, Morgado T. Quality of life in chronic kidney disease. *Nefrologia* 2011;31(1):91-6.

- 55 Wight JP, Edwards L, Brazier J, Walters S, Payne JN, Brown CB. The SF36 as an outcome measure of services for end stage renal failure. *Quality in Health Care* 1998;7:209-21.
- 56 Kader KA, Unruh ML, Weisbord SD. Symptom burden, depression, and quality of life in chronic and end-stage kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol* 2009; 4(6):1057-
- 57 Jay CL, Butt Z, Ladner DP, Skaro AI, Michael M. A review of quality of life instruments used in liver transplantation. *J Hepatol* 2009; 51(5):949-59.
- 58 Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF36). *Rev Bras Reumatol* 1999;39(3):143-50.
- 59 Somnath Chatterji; Bedirhan L Ustun; Ritu Sadana; Joshua A Salomon, Colin D Mathers; Christopher JL Murray. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No.45. World Health Organization. 2002.
- 60 World Health Organization . The WHOQOL Group, Programme on mental health. Geneva, WHO; 1996.
- 61 Gipson DS, Trachtman H, Kaskel FJ, Radeva MK, Gassman J, Greene TH, et al. Clinical trials treating focal segmental glomerulosclerosis should measure patient quality of life. *Kidney Int* 2011; 79(6):678–85. doi:10.1038/ki.2010.485
- 62 Lopes GB, Martins MTS, Matos CM, Amorim JL, Leite EB, Miranda EA, et al. Comparações de medidas de qualidade de vida entre mulheres e homens em hemodiálise. *Rev Assoc Med Bra* 2007;53(6).
- 63 Javanbakht M, Abolhasani F, Mashayekhi A, Baradaran HR, Jahangirinoudeh Y. Health related quality of life in patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Iran: A National Survey. *PLOS ONE* 2012;7(8):1-9.
- 64 Bittencourt ZZLC, Alves Filho G, Mazzali M, Santos NR . Qualidade de vida em transplantados renais: importância do enxerto funcionante. *Rev Saúde Pública* 2004;38(5).
- 65 Santos RP. Correlação entre marcadores laboratoriais e nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. *J Bras Nefrol* 2005;27(2):70-5.

66 Lakatos EM, Marconi MA. Técnicas de pesquisa. 6. ed. São Paulo: Atlas S.A.; 2006. 289 p.

67 Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. “Mini-mental state” a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Res* 1975; 12:189-98.

68 Levey AS, Stevens LA, Schmid CH, Zhang YL, Castro AF 3rd, Feldman HI, et al. CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epide-miology Collaboration). A new equation to estimate glomerular filtration rate. *Ann Intern Med* 2009;150(9):604-12.

69 Matsushita K, Tonelli M, Lloyd A, Levey AS, Coresh J, Hemmelgarn BR, on behalf of the Alberta Kidney Disease Network. Clinical Risk Implications of the CKD Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) Equation Compared With the Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) Study Equation for Estimated GFR. *Am J Kidney Dis* 2012;60(2):241-9.

70 Padala S, Tighiouart H, Inker LA, Contreras G, Beck GJ, Lewis J, Steffes M, et al. Accuracy of a GFR estimating equation over time in people with a wide range of kidney function. *Am J Kidney Dis* 2012;60(2):217-24.

71 Magacho EJC, Pereira AC, Mansur HN, Bastos MG. Nomograma para a estimação da taxa de filtração glomerular baseado na fórmula CKD-EPI. *J Bras Nefrol* 2001;34(3):313-31.

72 Welter EQ, Bonfá R, Petry V, Moreira LL, Weber MB . Relação entre de prurido e qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. *An Bras Dermatol* 2008;83(2):137-40.

73 Mapes DL, Bragg-Gresham JL, Bommer J, Fukuhara S, McKeivitt P, Wikström B, Lopes AA. Health-related quality of life in the dialysis outcomes and practice patterns study (DOPPS). *American Journal of Kidney Diseases* 2004;44(5 Suppl2):S54-60.

74 Mapes DL, Lopes AA, Satayathum S, McCullough KP, Goodkin DA, Locatelli F, Fukuhara S, et al. Health-related quality of life as a predictor of mortality and hospitalization: The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Kidney International* 2003;64:339-49.

75 Vassalotti JA, Piraino B, Szczech LA. A decade after the KDOQI CKD Guidelines: impact on the national kidney foundation. *Am J Kidney Dis* 2012;60(5):689-91.

76 Kalender B, Ozdemir AC, Dervisoglu E, Ozdemir O. Quality of life in chronic kidney disease: effects of treatment modality, depression, malnutrition and inflammation. *Int J Clin Pract* 2007;61(4):569-76.



77 Chow FYF, Briganti EM, Kerr PG, Chadban SJ, Zimmet PZ, et al. Health-related quality of life in Australian adults with renal insufficiency: a population-based study. *American Journal of Kidney Diseases* 2003;41(3):596-604.

78 Kalantar-Zadeh K, Block G, Humphreys MH, Kopple JD. Reverse epidemiology of cardiovascular risk factors in maintenance dialysis patients. *Kidney International* 2003;63:793-808.

79 Naini AE, Moradi M, Mortazavi M, Harandi AA, Hadizadeh M, Shirani Fet, al. Effects of oral L-Carnitine supplementation on lipid profile, anemia, and quality of life in chronic renal disease patients under hemodialysis: a randomized, double-blinded, placebo-controlled trial. *Journal of Nutrition and Metabolism* 2012, ID 510483:6.

80 Peres LAB, Biela R, Herrmann M, Matsuo T, Ann HK, Camargo MTA, Rohde NRS, Uscocovich VSM. Epidemiological study of end-stage renal disease in western Paraná. An experience of 878 cases in 25 years. *J Bras Nefrol* 2010;32(1):49-54.

81 Ribeiro RCL, Rosado LEF, Carvalho CR, Ghetti FF, Nascentes MN, Fonseca MM, et al. Importância dos fatores nutricionais no cálculo do risco cardiovascular global / The importance of nutritional factors in the calculation of global cardiovascular risk. *Rev md Minas Gerais* 2004;14(3):157-62.

82 Gowdak LHW, Paula FJ, Giorgi DMA, Vieira MLC, Krieger EM, Lima JGG. Doença cardiovascular e fatores de risco cardiovascular em candidatos a transplante renal / Cardiovascular disease and risk factors in candidates for renal transplantation. *Arq Bras Cardiol* 2005;84(2):156-60.

83 Perlman RL, Finkelstein FO, Liu L, Roys, Kiser M, Eisele G, et al. Quality of Life in Chronic Kidney Disease (CKD): A Cross-Sectional Analysis in the Renal Research Institute-CKD Study. *American Journal of Kidney Diseases* 2005;45(4):658-66.

84 Mujais SK, Story K, Brouillette J, Takano T, Soroka S, Franek C, et al. Health-related Quality of Life in CKD Patients: Correlates and Evolution over Time. *Clin J Am Soc Nephrol* 2009;4(8):1293-301.

85 Porter A, Fischer MJ, Brooks D, Bruce M, Charleston J, Cleveland WH, et al. Quality of life and psychosocial factors in African Americans with hypertensive chronic kidney disease. *Translational Research* 2011;159(1): 3-11.

86 Condé SAL, Fernandes N, Santos FR, Chouab A, Mota MMEP, Bastos MG. Cognitive decline, depression and quality of life in patients at different stages of chronic kidney disease. *J Bras Nefrol* 2010;32(3):241-7.

87 Kusek JW, Greene P, Wang SR, Beck G, West D, Jamerson K, et al. Cross-sectional study of health-related quality of life in african americans with chronic renal insufficiency: the african american study of kidney disease and hypertension trial. *American Journal of Kidney Diseases* 2002;39(3):513-24.

88 Bragal SFM, Peixoto SV, Gomes IC, Acúrcio FA, Andrade ELG, Cherchiglia ML. Factors associated with health related quality of life in elderly patients on hemodialysis. *Rev Saúde Pública* 2011;45(6):1-9.

89 Cohen SD. Social support interventions will improve the quality of life of esrd patients. *Seminars in Dialysis* 2013; 26(3):262-5.

90 Patel SS. Treating Pain to Improve Quality of Life in End-Stage Renal Disease. *Seminars in Dialysis* 2013;26(3):268-73.

91 Cukor D, Halen NV, Fruchter Y. Anxiety and quality of life in esrd. *Seminars in dialysis* 2013;26(3):265-8.

92 Chin HJ, Song YR, Lee JJ, Lee SB, Kim KW, Na KY, Kim S, Chae DW. Moderately decreased renal function negatively affects the health-related quality of life among the elderly Korean population: a population-based study. *Nephrol Dial Transplant* 2008;23: 2810-7.

93 Lew SQ, Patel SS. Psychosocial and quality of life issues in women with end-stage renal disease. *Advances in Chronic Kidney Disease* 2007;14(4):358-63.

94 Barreto AP. *Terapia Comunitária passo a passo*. Fortaleza: Gráfica LCR; 2005.

95 Jing Z, Wei-jie Y, Nan Z, Yi Z, Ling W. Hemoglobin targets for chronic kidney disease patients with anemia: a systematic review and meta-analysis. 2012;7(8):1-9.

96 National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for anemia of chronic kidney disease. *Am J Kidney Dis* 2001;37(1 supp1):182-238.

- 97 Leaf DE, Goldfarb DS. Interpretation and review of health-related quality of life data in CKD patients receiving treatment for anemia. *Kidney Int* 2009;75(1):15-24.
- 98 Alexander M, Kewalramani R, Agodoa I, Globe D. Association of anemia correction with health related quality of life in patients not on dialysis. *Curr Med Res Opin* 2007;23(12):2997-3008.
- 99 Akizawa T, Gejyo F, Nishi S, Lino Y, Watanabe Y, Suzuki M, et al. Positive outcomes of high hemoglobin target in patients with chronic kidney disease not on dialysis: a randomized controlled study. *Therapeutic Apheresis and Dialysis* 2011;15(5):431-40.
- 100 Fukuhara S, Akizawa T, Morita S, Tsubakihara Y. Understanding measurements of vitality in patients with chronic kidney disease: connecting a quality-of-life scale to daily activities. *Plos One* 2012;7(7):1-6.
- 101 Kutner NG, Zhang R, Huang Y, Johansen KL. Depressed mood, usual activity level, and continued employment after starting dialysis. *Clin J Am Soc Nephrol* 2010;5(11):2040-5.
- 102 Essue BM, Wong G, Chapman J, MBIostat QL, Jan S. How are patients managing with the costs of care for chronic kidney disease in Australia? A cross-sectional study. *BMC Nephrology* 2013;14:5.
- 103 Hopman WM, Harrison MB, Coe H, Friedberg E, Buchanan M, VanDenKerkhof EG, Associations between chronic disease, age and physical and mental health status. *Chronic Diseases in Canada*. 2009;29(2):108-16.
- 104 Blickem C, Blakeman T, Kennedy A, Bower P, Reeves D, Gardner C, et al. The clinical and cost-effectiveness of the bringing information and guided help together (BRIGHT) intervention for the self-management support of people with stage 3 chronic kidney. *Trials* 2013;14(28):2-11.
- 105 Abensur H, Yu L, Burdmann EA. A Decade after the KDOQI CKD Guidelines: a perspective from Brazil. *Am J Kidney Dis* 2012;60(5):738-9.
- 106 Chow SKY, Wong FKY. Health-related quality of life in patients undergoing peritoneal dialysis: effects of a nurse-led case management programme. *Journal of Advanced Nursing* 2010;66(8):1780-92.
- 107 Luciano EP, Luconi PS, Sesso RC, Melaragno CS, Abreu PF, Stanisck SF, Furtado RMS, Ruivo GF. Prospective study of 2151 patients with chronic kidney disease under conservative treatment with multidisciplinary care in the Vale do Paraíba, SP. *J Bras Nefrol* 2012;34(3):226-34.

108 Bahiense-Oliveira M, Duarte D, Meira GGC, Codes JJ, Ribeiro MZ. Referral to the nephrology outpatient clinic: Inadequate demand for the specialist. *J Bras Nefrol* 2010;32(2):145-8.

109 Cruz LN. Medidas de qualidade de vida e utilidade em uma amostra da população de Porto Alegre. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasil: 2010.

110 Kaltsouda A, Skapinakis P, Damigos D, Ikonou M, Kalaitzidis R, Mavreas V, Siamopoulos KC. Defensive coping and health-related quality of life in chronic kidney disease: across-sectional study. *BMC Nephrology* 2011;12(28):1-9.

111 Fischer MJ, Kimmel PL, Greene T, Gassman JJ, Wang X, Brooks DH, Charleston J, the AASK study group<sup>13</sup>, et al. Sociodemographic factors contribute to the depressive affect among African Americans with chronic kidney disease. *Kidney Int.* 2010;77(11):1010–9.

112 Fayer AA, Nascimento R, Abdulkader RCRM. Early nephrology care provided by the nephrologist alone is not sufficient to mitigate the social and psychological aspects of chronic kidney disease. *Clinics* 2011;66(2):245-50.

113 McKercher CM, Venn AJ, Blizzard L, Nelson MR, Palmer AJ, Ashby MA, Scott JL, Jose MD. Psychosocial factors in adults with chronic kidney disease: characteristics of pilot participants in the Tasmanian Chronic Kidney Disease study. *BMC Nephrology* 2013;14(83): 2-9

114 Hopkins RB, Garg AX, Levin A, Molzahn A, Rigatto C, Singer J, Soltys G, Soroka S, Parfrey PS, Barrett BJ, Goeree R. Cost-effectiveness analysis of a randomized trial comparing care models for chronic kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol* 2011; 6(6):1248–57.

115 Lin J, Curhan GC. Kidney function decline and physical function in women. *Nephrol Dial Transplant* 2008;23:2827-33

116 Finkelstein FO, Story K, Firanek C, Mendelssohn D, Barre P, Takano T, Soroka S, Mujais S. Health-related quality of life and hemoglobin levels in chronic kidney Disease Patients. *Clin J Am Soc Nephrol* 2009;4(1):33-8.

117 Hansen RA, Chin H, Blalock S, Joy M. Pre-dialysis chronic kidney disease: evaluation of quality of life in clinic patients receiving comprehensive anemia care. *Res Social Adm Pharm* 2009;5(2):143-53.

118 Thomas R, Kanso A, Sedor JR. Chronic kidney disease and Its complications. Prim Care 2008;35(2):329–vii.

## **APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido**

Meu nome é Camila Foresti Lemos, sou enfermeira e estou desenvolvendo uma pesquisa sobre a qualidade de vida em portadores de insuficiência renal crônica no período pré dialítico em alguns ambulatórios em Brasília – DF. Sou pesquisadora responsável, juntamente com o orientador Dr. Joel Veiga.

Tenho como objetivo desta pesquisa avaliar a qualidade de vida em portadores de insuficiência renal crônica no período pré-dialítico. A importância deste estudo vem da possibilidade de seus achados orientarem práticas clínicas que melhoram o processo de cuidar em saúde e qualificam o atendimento oferecido a outros portadores de insuficiência renal crônica como você.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar deste estudo conosco. Precisamos de sua colaboração e gostaríamos de poder contar com sua participação. A sua participação também poderá ser como grupo não portador de insuficiência renal crônica.

Se você aceitar participar desta pesquisa é importante que esteja ciente de que todas suas dúvidas serão esclarecidas, que tem liberdade para recusar participar sem prejuízo algum, e reforçamos mais alguns itens como:

- Sua participação será voluntária;
- Sua identidade não será revelada publicamente, garantimos o sigilo e privacidade da sua identidade.
- A atividade que você participará será de responder 03 questionários, um sociodemográfico, um sobre função cognitiva e outro que avaliará sua qualidade de vida.
- Você responderá estes questionários agora.

- Não haverá nenhum risco, ou custo na sua participação;
- Você será livre para desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, por qualquer motivo, sem que isso traga qualquer prejuízo, tendo suas informações inutilizadas;
- Você receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada por mim;
- Qualquer dúvida em relação à sua participação poderá ser esclarecida conosco no endereço QMSW04, Bloco 05, Ed. Porto Ravena, Sudoeste ou pelos telefones (061) 81991608 e 81167914. Estaremos a disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.
- Você contribuirá com a pesquisa respondendo a estes questionários que serão aplicados em momento oportuno das suas consultas.

Obrigada pela sua atenção e colaboração.

Eu \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_

Aceito participar voluntariamente da presente pesquisa.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Camila Foresti Lemos

Pesquisador/responsável

\_\_\_\_\_  
Joel Veiga

Orientador/responsável

**APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados sociodemográficos e clínicos.**

Nome:

Endereço:

Telefone:

Idade:

Sexo:

Peso:

Altura:

Superfície corpórea:

Pressão arterial:

Biopsia renal para confirmação de diagnóstico: ( )Sim ( )Não

Exame Físico:

---

---

---

Medicamentos de uso contínuo:

---

---

---

Nível de escolaridade:

( )Menor que 01 ano. ( )Menor que 08 anos

( ) Ensino médio completo ( ) Superior Incompleto ( ) Superior Completo

( ) Pós graduado



Renda familiar: ( ) Até 01 salário mínimo ( ) Até 03 salários mínimo  
 ( ) Até 06 salários mínimos ( ) Maior que 09 salários mínimo

Cor: ( ) Branco ( ) Pardo ( ) Negro

Comorbidades(patologias que acompanham a IRC):

( ) HAS ( ) DM

( ) Outras \_\_\_\_\_

Causa da IRC:

Ocupação atual:

Atividades de lazer:

Lista de sintomas: ( ) Náusea ( ) Vômitos ( ) Fadiga ( ) Câimbra

( ) Dor Local: \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

Lista de exames: Hemoglobina( ), Hematócrito( ),

uréia ( ), creatinina ( ), Sódio ( ), Potássio ( ), Cálcio( ),

Fosforo ( ), PTH ( ), PCR ( ), ácido úrico ( ), Ferritina ( ),

Proteinúria ( ), CT ( ), HDL ( ), LDL ( ), Triglicérides s ( ).

O que você sabe sobre a Insuficiência Renal Crônica (Conhecimento sobre a doença):

---



---



---

Você sabe quais as formas de tratamento para Insuficiência Renal Crônica? Se sabe descreva-as:

---

---

---

---

Você tem medos e dúvidas? Quais?

---

---

---

---

---

Faz acompanhamento neste ambulatório de nefrologia desde quando (mês/ano)?

---

---

---

---

**APÊNDICE C - Valores de referência dos exames laboratoriais.**

<b>Parâmetro</b>	<b>Valor de referência (homens)</b>	<b>Valor de referência (mulheres)</b>
Glicose	70 a 99 mg/dL	70 a 99 mg/dL
Uréia	18 a 55 mg/dL	15 a 43 mg/dL
Creatinina	0,7 a 1,3 mg/dL	0,6 a 1,1 mg/dL
Acido Úrico	3,0 a 7,2 mg/dL	2,6 a 6,0 mg/dL
Colesterol Total	< 200 mg/dL	< 200 mg/dL
Triglicerídeos	< 150 mg/dL	< 150 mg/dL
Colesterol HDL	>39 mg/dL	>39 mg/dL
Colesterol LDL	< 100mg/dL	< 100mg/dL
Cálcio Sérico	8,4 a 10,2 mg/dL	8,4 a 10,2 mg/dL
Fósforo	2,3 a 4,7 mg/dL	2,3 a 4,7 mg/dL
Sódio	135 a 144 mg/dL	135 a 144 mg/dL
Potássio	3,5 a 5,0 mg/dL	3,5 a 5,0 mg/dL
Proteinúria	40 a 150 mg/dL	40 a 150 mg/dL
PTH	11 a 67 pg/mL	11 a 67 pg/mL
Ferritina	28 a 365 ng/mL	5 a 148 ng/mL
PCR	< 0,1 mg/dL	< 0,1 mg/dL
Hemoglobina	13 a 17 g/dL	13 a 17 g/dL
Hematócrito	39 a 50 %	39 a 50 %

## APÊNDICE D

**Gênero, idade, raça, estado civil, escolaridade e renda familiar de portadores de DRC em tratamento conservador.**

<b>Registro (n=170)</b>	<b>Gênero F/M</b>	<b>Idade (anos)</b>	<b>Raça</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Escolaridade (em anos de estudo)</b>	<b>Renda familiar (em salário mínimo)</b>
371000	M	68	Pardo	Casado	8	6
601248	M	70	Branco	Casado	0,5*	3
350980	M	52	Branco	Casado	7	1
398182	M	23	Pardo	Casado	8	1
610085	M	35	Pardo	Solteiro	12	3
49357	M	29	Branco	Casado	12	6
369266	F	67	Pardo	Casada	12	1
28671	F	77	Pardo	Viúva	0,5	3
625255	M	60	Branco	Casado	8	3
626338	F	28	Branco	Solteira	10	1
385909	F	42	Pardo	Solteira	12	1
157359	F	60	Negro	Viúva	4	3
621293	M	31	Pardo	Casado	0,5	1
346389	F	64	Branco	Casada	3	3
292773	M	50	Branco	Casado	12	3
616833	M	63	Branco	Casado	12	3
589881	F	57	Branco	Viúva	12	6
296129	F	67	Branco	Casada	4	6
351469	M	56	Branco	Casado	0,5	3
357105	F	58	Branco	Solteira	3	1
632752	M	82	Pardo	Viúvo	0,5	3
620715	M	56	Branco	Casado	7	6
620254	M	68	Pardo	Casado	3	6
622705	M	65	Pardo	Casado	4	6

Continua

612003	F	65	Pardo	Viúva	2	1
49714	F	83	Pardo	Viúva	0,5	1
231902	F	56	Pardo	Casada	4	1
174274	F	34	Branco	Divorciada	14	6
565964	F	53	Branco	Casada	4	3
615187	F	28	Branco	Casada	12	6
286051	F	36	Pardo	Casada	12	3
60277	F	82	Branco	Viúva	1	1
621054	F	46	Branco	Casada	4	6
115118	F	75	Branco	Casada	10	3
574287	M	87	Pardo	Casado	12	3
221185	M	49	Negro	Casado	8	1
322627	F	69	Pardo	Solteira	1	1
303044	F	79	Branco	Viúva	1	3
640718	M	58	Branco	Viúvo	8	6
640104	M	56	Negro	Casado	6	6
640791	F	47	Pardo	Casada	4	1
577399	M	70	Pardo	Casado	3	1
61602	M	70	Branco	Casado	Não respondeu	3
99095	M	56	Branco	Casado	12	6
640850	F	29	Branco	Casada	12	3
104739	M	67	Branco	Casado	16	6
640040	M	51	Pardo	Casado	12	3
050490	F	63	Pardo	Solteria	0,5	1
643044	M	41	Pardo	Casado	12	3
676716	F	57	Pardo	Solteira	4	3
643851	M	44	Pardo	Casado	8	3
379079	M	75	Branco	Casado	Não respondeu	3

Continua

120795	F	70	Pardo	Casada	0,5	1
639703	F	48	Pardo	Solteira	2	1
584877	M	65	Pardo	Casado	3	2
249258	F	54	Pardo	Casada	5	3
584230	M	43	Branco	Casado	12	3
340875	F	71	Branco	Separada	4	3
123045	F	37	Branco	Casada	12	1
645410	F	63	Pardo	Divorciada	5	1
173675	F	70	Negro	Solteira	16	9
599937	M	70	Pardo	Solteiro	2	1
637776	F	47	Branco	Casada	12	1
216033	M	74	Pardo	Casado	3	3
620738	M	59	Pardo	Casado	3	3
481764	F	30	Branco	Casada	20	9
10533	M	65	Branco	Amasiado	12	3
40571	M	77	Pardo	Casado	4	6
649632	F	42	Branco	Solteira	5	1
652353	F	21	Branco	Casada	12	3
289166	F	48	Branco	Casada	16	9
650892	M	47	Branco	Casado	12	3
280886	M	42	Branco	Casado	12	3
296897	M	64	Pardo	Casado	0,5	1
188088	F	64	Pardo	Viúva	3	3
821118	F	49	Branco	Solteira	0,5	1
1163772	M	72	Branco	Casado	1	3
226719	F	50	Branco	Solteira	12	3
663460	M	87	Negro	Solteiro	1	1
107560	M	59	Branco	Viúvo	12	6

Continua

132221	M	75	Pardo	Viúvo	4	3
920283	F	46	Branco	Casada	12	6
059031	M	21	Branco	Solteiro	12	6
881335	M	62	Branco	Casado	4	3
1305803	M	59	Branco	Casado	4	3
310510	M	79	Pardo	Viúvo	0,5	1
1320715	F	38	Branco	Casada	12	1
559274	F	52	Branco	Solteira	10	3
1285979	F	53	Negro	Casada	2	1
977467	F	38	Pardo	Solteira	12	1
495645	F	56	Branco	Separada	8	3
539510	F	51	Branco	Casada	10	3
1267230	M	60	Branco	Casado	16	6
640420	M	56	Pardo	Casado	1	3
978883	M	38	Branco	Casado	10	6
348870	F	64	Branco	Viúva	2	3
1046585	F	47	Pardo	Divorciada	1	1
439257	F	61	Branco	Solteira	10	1
1105138	F	58	Branco	Separada	1	1
97753	M	77	Branco	Viúvo	16	3
168814	F	70	Branco	Casada	3	6
581565	M	82	Branco	Casado	20	9
418317	F	33	Pardo	Solteira	5	1
1093129	M	75	Branco	Casado	4	6
264268	M	76	Branco	Casado	1	3
905454	M	49	Negro	Solteiro	6	6
1029305	F	32	Branco	Casada	14	1
1108492	F	60	Pardo	Viúva	1	1

Continua

499286	M	60	Pardo	Casado	1	6
377126	F	84	Branco	Viúva	4	3
995840	M	66	Branco	Separado	4	3
322575	M	43	Pardo	Casado	12	3
685896	F	65	Branco	Casado	0,5	1
1237019	F	60	Pardo	Divorciada	4	1
903259	M	65	Branco	Casado	12	9
1266548	F	21	Pardo	Solteira	12	1
499713	F	45	Branco	Casada	12	9
686670	M	45	Branco	Casado	10	3
735911	M	34	Branco	Amasiado	1	1
491900	M	66	Negro	Casado	4	1
118181	M	54	Branco	Casado	16	9
644590	M	72	Branco	Casado	5	3
49042	M	56	Branco	Casado	12	6
60076	F	55	Pardo	Divorciada	8	1
169347	F	74	Branco	Solteira	8	6
306820	F	56	Pardo	Solteira	8	1
156736	M	76	Pardo	Viúvo	8	1
71915	F	72	Pardo	Casado	8	3
248002	F	63	Branco	Solteira	8	3
45641	F	64	Branco	Casada	20	10
565102	M	50	Branco	Casado	4	3
74854	F	73	Branco	Viúva	8	6
69534	M	69	Branco	Casado	4	3
381749	F	75	Branco	Viúva	12	Não respondeu
659681	M	57	Pardo	Casado	3	6
282038	M	80	Branco	Casado	2	2

Continua



654385	M	69	Branco	Casado	12	3
659814	F	25	Pardo	Casada	3	1
665650	M	78	Branco	Separado	12	6
383049	M	85	Negro	Casado	4	6
851122	M	73	Branco	Casado	0,9	2
669700	F	59	Pardo	Casada	12	4
290416	M	61	Pardo	Divorciado	4	3
182250	M	62	Branco	Solteiro	12	3
618827	M	59	Branco	Casado	0,9	2
76337	F	35	Negro	Casada	2	1
669090	F	73	Pardo	Viúva	4	2
603120	F	70	Pardo	Viúva	1	1
340941	F	61	Branco	Casada	4	1
514116	F	29	Pardo	Solteira	9	1
6947	M	63	Pardo	Casado	12	10
594623	F	55	Negro	Solteira	20	6
1201422	F	57	Branco	Casada	5	3
1322800	F	36	Branco	Casada	12	3
1127800	F	64	Pardo	Viúva	3	3
808183	M	51	Branco	Casado	20	10
172892	M	73	Branco	Casado	3	2
753269	F	28	Pardo	Casada	12	1
954577	F	46	Branco	Casada	6	2
1238791	M	41	Branco	Casado	12	5
648428	M	71	Branco	Solteiro	4	5
1261021	M	69	Pardo	Viúvo	5	3
808168	F	59	Pardo	Viúva	5	3
76778	F	50	Pardo	Amasiada	2	3

Continua

---

690990	F	52	Negro	Solteira	12	4
1276163	F	20	Branco	Solteira	12	2
120199	F	60	Pardo	Viúva	5	3
382750	M	85	Branco	Casado	3	3
887091	M	48	Branco	Casado	20	6
739814	M	78	Pardo	Casado	5	3

---

\*0,5 = 6 meses de estudo

Fonte: Elaboração própria a partir de coleta de dados

## APÊNDICE E

### Diagnóstico de Base, diagnóstico secundário, medicações de uso contínuo de portadores de DRC em tratamento conservador.

Registro (n=170)	Diagnóstico de Base	Diagnóstico secundário	Medicações de uso diário
371000	HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica).	Hiperuricemia.	Enalapril 20mg.
601248	HAS.	Hiperparatireoidismo Secundário, ITU (Infecção do trato urinário), Hiperuricemia.	Enalapril 20mg, verapamil 80mg, atenolol 50mg, sinvastatina 20mg, alopurinol, calcitriol.
350980	HAS.	ICC (Insuficiência Cardíaca Congestiva).	Anlodipina 5mg, furosemida 40mg, atenolol, trimetazidina 35mg, sinvastatina 20mg, calcitriol 0,25mg, ácido acetilsalicílico (AAS) 200mg.
398182	Lupus Eritematoso Sistêmico, Glomerulonefrite lúpica.	HAS, Anemia, Pleurite.	Atenolol 50mg, anlodipina 5mg, clonidina 0,100mg, hidroxicloroquina, prednisona 5mg, ciclosporina (quando realiza pulsoterapia).
610085	HAS.	Hanseníase, Cardiopatia hipertrófica chagásica.	Nifedipina 20mg 8/8hs, furosemida 40mg, atenolol 50mg 12/12hs, hidralazina 25mg 8/8hs, omeprazol 20mg, prednisona 10mg, carbamazepina 200mg 12/12, dinitrato de isossorbida 10mg 8/8hs, metildopa 500mg 12/12hs, alopurinol 300mg, AAS 100mg, sinvastatina 20mg.
49357	DM (Diabete Melitus), HAS.	Catarata.	Insulina glargina 38 unidades(ui), furosemida 40mg, enalapril 20mg, losartana 50mg, levotiroxina 100mg, levotiroxina 125mg.
369266	DM, HAS.	Tireoidetomia parcial.	Levotiroxina sódica, omeprazol 20mg, enalapril 10mg, nifedipina 20mg, AAS 100mg, gliclazida 30mg.
28671	HAS, DM.	DLP (Dislipidemia), Agenesia em Rim direito, Ex-tabagista.	Calcitriol 0,25 mg, metildopa 250mg 12/12hs, furosemida 40mg 12/12hs.
625255	HAS.	Hiperparatireoidismo, Anemia, Hiperuricemia, Hiperfosfatemia.	Atenolol 25 mg 12/12hs, anlodipina 5mg 12/12hs, furosemida 12/12hs, calcitriol 1mg, eritropoetina 3x/semana.
626338	Rim Policístico.		Levotiroxina sódica.
385909	HAS, DM I.	Paralisia das cordas vocais.	Losartana 50mg 12/12hs, enalapril 20mg 12/12hs, indapamida 1,5 mg, furosemida 40mg 12/12hs, ácido fólico 5mg, sulfato ferroso 12/12hs, complexo B 12/12hs, amitriptilina 25mg, Insulina NPH (30ui/20ui/10ui).
157359	HAS, DM II.	Coronariopata - Historia de IAM (Infarto Agudo do Miocárdio), Atrofia renal, Fibromialgia.	Glicazida 30mg, sinvastatina 20 mg, AAS 100mg, captopril 50mg, metildopa 500mg, verapamil 80mg, hidroclorotiazida 25 mg.
621293	HAS.		Enalapril 10mg, nifedipina 20mg, clonidina 0,2mg, furosemida 40mg.
346389	HAS.	Fibromialgia.	Enalapril 10mg 12/12hs.
292773	HAS.	Glaucoma olho E.	Captopril 50mg, hidroclorotiazida 25mg, propranolol 40mg, betablock.

Continua

616833	Rins policísticos.	HAS, Hiperuricemia, hipotireoidismo.	Levotiroxina 50mg, atenolol 25 mg, furosemida 40mg, alopurinol 300mg, anlodipina 10mg, enalapril 5mg 12/12hs, ranitidina 150mg 12/12hs.
589881	HAS.	Cardiopata Isquêmica, Gastrite (refluxo gástrico).	Sinvastatina 20 mg, diltiazem 60mg, isosorbida 20mg 8/8hs, omeprazol 20mg, espironolactona 150mg, trimetazidina 25mg, furosemida 40mg, AAS 100mg.
296129	HAS.	Psoríase.	Metformina 500, captopril 25mg, sinvastatina 20mg, AAS 100mg, glibenclamida 5mg, hidroclorotiazida 25mg, ranitidina 150mg.
351469	HAS.		Nifedipina 20mg 12/12hs, losartana 25mg, levotiroxina 30mg, alopurinol 100mg, acido fólico 5mg.
357105	HAS.	Osteoporose.	Hidralazina 50mg 12/12hs, anlodipina 10mg 12/12hs, propranolol 40mg 8/8hs, clonidina 0,1mg, furosemida 20mg, omeprazol 20mg, ciclobenzapina 10mg, amitriptilina 10mg, sulfato ferroso 12/12hs, glicosamina 500mg + sulfato de condroitina 400mg, alendronato 70mg/semana.
632752	HAS.	Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI) (cego há 7 anos).	Captopril 50mg, AAS 100mg.
620715	HAS, DM II.	Fibromialgia.	Glicazida, furosemida 40mg, anlodipina 5mg, alopurinol 100mg, poliestirenosulfonato de cálcio, hidróxido de ferro 100mg.
620254	Glomerulonefrite membranoproliferativa (GNMP) tipo 2, HAS	Hipotireoidismo, Dislipdemia (DLP).	Prednisona 30mg, carbonato de cálcio 500mg, anlodipina 10mg, hidroclorotiazida 25mg, anfetamina 8 gts, espironolactona 25 mg, clonidina 0,5mg 8/8hs, furosemida 40mg, omeprazol 20mg 12/12hs, enalapril 10mg 12/12hs.
622705	Rim único, Nefrolitíase, Incontinência urinária de esforço	Hipertrofia Prostática, Infecção do Trato Urinário.	Metildopa 500mg de 12/12hs.
612003	HAS, DM II.	Acromegalia, Macroglossia, Colelitíase.	Propranolol 40mg, nifedipina 20mg, clonidina 0,2mg, losartana 100mg, glibenclamida.
49714	HAS.	Anemia, Reumatismo, Cardiomiopatia Chagásica, Infecção do Trato Urinário de repetição.	Anlodipina 05mg, furosemida 40mg, acido fólico 5mg, complexo B 12/12hs, carbonato de cálcio 500mg, sulfato ferroso 100mg, amitriptilina 25mg, enalapril 5mg, alopurinol 100mg, omeprazol 20mg.
231902	HAS.	Hiperparatireoidismo.	Captopril 25 8/8hs, carvedilol 3,125mg, amiodarona 150mg 12/12hs, eritropoetina, hidróxido de ferro (100mg de 15/15 dias), calcitriol (2 comprimidos 3x/semana).
174274	Lupus Eritematoso Sistêmico.	Hipotireoidismo, SAAF (Síndrome do anticorpoantifosfolípídico).	Prednisona 5mg, azatioprina 50mg 12/12hs, varfarina sódica 5mg, losartana 25/100, levotiroxina 50mg, indapamina 1,5mg, sinvastatina 20mg, clonazepam 0,5mg.
565964	HAS.	Hipotireoidismo, Duplo J em rim E.	Furosemida 12/12hs, losartana 50mg 12/12hs, clonidina 0,1 mg, colchicina 0,5mg, levotiroxina 150mg.

615187	Indeterminada.	Hanseníase (vasculite era suspeita inicial), sangramento no pulmão.	Esquema da hanseníase encerrado há um mês.
286051	HAS, DM I.	Retinopatia, catarata, anemia.	Diltiazem 60mg 12/12hs, furosemida 40mg 8/8hs, hidróxido de ferro 100mg 1x/15dias, insulina NPH.
60277	HAS, DM.		Losartan 50mg 12/12hs, propranolol 40mg 8/8 hs, levotiroxina 25mg, AAS 100mg, sinvastatina 10mg, glicazida 30mg (4 comprimidos), furosemida 40 mg.
621054	Rim policístico.	HAS.	Losartana 50mg 12/12hs, sinvastatina 20 mg.
115118	HAS, DM.	Câncer de mama tratado, lombalgia, artrose -joelho.	Enalapril 20mg, omeprazol 20mg, levotiroxina 75mg, trazodona 50mg.
574287	HAS.	Hiperparatireoidismo secundário.	Nifedipina 20mg 8/8hs, enalapril 12/12hs, propranolol 40mg 8/8hs, furosemida 40mg, clonidina 0,1mg 12/12hs, sinvastatina 20mg, alopurinol 100mg.
221185	HAS.	Doença Péptica, Hiperuricemia.	Losartana 50mg, clonidina 200mg, AAS 100mg, sinvastatina 20mg, alopurinol 100mg, propranolol 40mg.
322627	HAS.	Doença de Addison, DLP, Infarto agudo do miocárdio prévio.	Prednisona 5mg, nifedipina 20mg 12/12hs, fludrocortisona, sinvastatina 20mg 12/12hs.
303044	Rim policístico.	HAS, osteoporose, DLP.	Captopril, alendronato 70mg, carbonato de cálcio 500mg, gabapentina 300mg, levotiroxina 25mg.
640718	HAS.	Hiperuricemia.	Citrato de potássio 80mg/dia, alopurinol 300mg, anlodipina 10mg 12/12hs, atenolol 50mg, losartana 100mg, furosemida 40mg, atorvastatina 10mg.
640104	HAS.	Hiperuricemia.	Captopril 50mg 8/8hs, nifedipina 20mg 12/12hs, alopurinol 300mg, colchicina 0,5mg, glicosamina 1,5 gr, prednisona 5mg, paracetamol (se necessário).
640791	HAS.		Anlodipina 10mg, furosemida 40mg 12/12hs, sinvastatina 20mg, sulfato ferroso.
577399	Indeterminada.	Hipotireoidismo, chagas no esôfago, hiperplasia prostática.	Furosemida 40mg, losartana 25mg, carvedilol 3/125, propafenona 300mg, levotiroxina 50mg, AAS 100mg.
61602	HAS.	Gastrite, Reumatismo.	Enalapril 20mg 12/12hs, hidroclorotiazida 25 mg, sulfato de glicosamina 1,5 gr.
99095	HAS, DM.	Trombose, erisipela, transtorno bipolar.	Anlodipina 10mg, AAS 100mg, ácido valpróico + valproato de Sódio 12/12hs, furosemida 40mg 12/12hs, hidralazina 25mg 8/8hs, insulina NPH 14ui (manhã) / 6ui (noite) , atorvastatina 20mg.
640850	HAS.		Metildopa 500mg.
104739	HAS.	DLP, nefrite intersticial, hipoandrogenismo, osteoporose, pré-DM, hepatite B.	Enalapril 10mg 12/12hs, doxazosina 2mg, sinvastatina 40mg, metformina 500mg.
640040	HAS.	CIA (Comunicação inter-atrial com aumento das câmaras cardíacas), anemia, hiperuricemia.	Furosemida 40mg, losartan 50mg 12/12hs, anlodipina 10mg 12/12hs, clonidina 0,1mg, prednisona 5mg (se necessário), sinvastatina 20mg, omeprazol 40mg, colchicina 0,5 mg, espironolactona 25mg.

050490	DM	Asma, Reumatismo, Fibromialgia, DLP, Osteoporose, Hepatite B,	Losartana 100mg, indapamida 1,5mg, glicazida 90mg, sinvastatina 20mg, A.A.S 100mg/dia, fumarato de formoterol + budesonida 12mcg/200mcg, brometo de ipratrópio (nebulização), salbutamol spray (se necessário).
643044	DM, Nefropatia Diabética.	Retinopatia Diabética	Insulina NPH 18 ui 12/12hs, losartan 50 mg.
676716	HAS, Doença policística hepato-renal.		Losartan 100mg, anlodipina 10mg, indapamina.
643851	HAS		Anlodipina 05mg, furosemida 40mg, clonidina 0,1mg 8/8hs.
379079	DM II, HAS	Retinopatia, nefropatia, neuropatia, DAC (Doença Arterial Coronariana), Catarata.	Insulina ultra rápida se glicemia > 140, enalapril 10mg 12/12hs, atenolol 50mg, atorvastatina 20mg (2 comprimidos), AAS 100mg.
120795	HAS	Osteoporose, DLP	Nebivolol 5mg, alisquireno 300mg, olmesartana + hidrocloreotiazida 40/12,5mg.
639703	HAS	DLP	Hidrocloreotiazida 25mg, atenolol 50mg.
584877	HAS	Catarata	Fluoxetina, hidrocloreotiazida 25mg, anlodipina 5mg, hidralazina 50mg, atenolol 50mg, AAS 100mg/dia.
249258	Glomerulo esclerose (GESF), HAS		Enalapril 20mg, sinvastatina 20mg.
584230	Neoplasia de testículo-Orquiectomia em 2007.	Nefrotoxicidade induzida pela cisplatina.	
340875	HAS, Glomeruloesclerose hipertensiva.		Losartana 100mg, anlodipina 5mg 12/12hs, propatilnitrato 10mg, AAS 8/8hs, carvedilol 3,125mg 12/12hs.
123045	HAS, Eclampsia em 1996.	Reumatismo	Hidrocloreotiazida 25mg, dipirona ( se necessário).
645410	DM, HAS	Hipotireoidismo	Enalapril 10mg, glicazida 80mg, metformina 850mg.
173675	Agenesia em Rim direito, HAS, DM.	DLP, Ex-tabagista	Gliclazida 30mg (2 comprimidos), saxagliptina 5mg, indapamina, losartan 50mg 12/12hs, furosemida 40mg, atorvastatina 20mg, amiodarona 200mg, omeprazol 20mg, carvedilol 6,25 (2 comp), ácido tióctico 600mg, sulfato ferroso 40mg 12/12hs.
599937	HAS, DM.	Hipotireoidismo, Hiperuricemia.	Colchicina 0,5mg, anlodipina 5mg, indapamida 1,5mg, enalapril 10mg 12/12hs, metoformina 850mg, levotiroxina 25mg, captopril 50mg 12/12hs.
637776	HAS		Furosemida 40mg (2 comprimidos), atenolol 25mg..
216033	Desenvolveu DRC após Ressecção de próstata (RTU)	Hiperplasia Prostática	Mononitrato de isossorbida 20mg 12/12hs.
620738	Indeterminada	DLP, Hipertireoidismo, Neuropatia periférica, Hérnia na coluna, Vertigem a esclarecer.	Atenolol 50mg, anlodipina 10mg, enalapril 20mg 12/12hs, AAS 100mg, furosemida 20mg, carbamazepina 200mg, levomepromazina 25 mg.
481764	DM, HAS	Hipotireoidismo subclínico, nefropatia e retinopatia diabética.	Enalapril 20mg 12/12hs, furosemida 40mg, levotiroxina 75mg, sinvastatina 20 mg, etinilestradiol + drospirenona, AAS 100mg, insulina glargina 32 ui às 11:30 e ultrarrápida 4 ui às 12:30.

10533	HAS	Hiperuricemia, Reumatismo, Anemia.	Colchicina 12/12hs.
40571	HAS, DM	DPOC (Doença pulmonar obstrutiva crônica), Tabagismo, Hiperplasia Prostática.	Enalapril 10mg, clopidogrel 75mg, gliclazida 30mg, AAS 100mg, atorvastatina 10mg, gabapentina 300mg, cilostazol 50mg, omeprazol 20mg.
649632	HAS	Anemia Ferropriva, Hiperparatireoidismo Secundário, Nodulo em mama E.	Sulfato ferroso, enalapril 05mg, furosemida 40mg 12/12hs.
652353	HAS, Pré-eclampsia em 2007, Nefropatia por IgA diagnosticado em 2010.	Hiperparatireoidismo Secundário.	Anlodipina 5 mg, omeprazol 20mg, complexo B, acido fólico, etinilestradiol + gestodeno.
289166	DM II, HAS	Gastrite	Metformina 850mg, losartana 100mg, furosemida 40mg, atenolol 25 mg, alopurinol 300mg, omeprazol 20mg 12/12hs, insulina NPH 7ui (manhã) e 15ui(noite).
650892	HAS	Obesidade Mórbida Severa	Anlodipino 5mg 12/12hs.
280886	HAS, GESF (diagnostico em 2002).	Estenose mitral (valvulopatia por balão 2005)	Carvedilol 12/12hs, furosemida 40mg, varfarina 5mg, omeprazol 20mg, clomipramina 25mg 12/12hs, haloperidol 5mg, diazepam 5mg.
296897	HAS, DM	Rim único (retirou por causa de câncer), AVC	Indapamina SR, anlodipina 5mg 12/12hs, verapamil 8/8hs, glicazida (2 comp), losartan 50mg, AAS 100mg.
188088	DM, HAS	Hiperuricemia, Obesidade	Enalapril 20mg 12/12hs, losartan 50mg 12/12hs, anlodipina 10mg 12/12hs, propranolol 40mg 12/12hs, clonidina 0,2000mg, indapamina 1,5mg, calcitriol 0,5mg, sinvastatina 20mg, furosemida 40mg 12/12hs, acarbose 50mg 12/12hs.
821118	HAS		Anlodipina 5mg, captopril 25mg 12/12hs, acido fólico, furosemida 80mg, ferro quelato 60mg, AAS 100mg.
1163772	HAS	Hiperuricemia.	Diosmina + hesperidina 500mg 12/12hs, neomicina + bacitracina tópica, furosemida 40mg, losartan 50mg, alopurinol 300mg, bicarbonato de sódio, anlodipina 5mg.
226719	HAS	Hipotireoidismo, infecção uterina, pré-eclâmpsia.	Enalapril 10mg, levotiroxina 50mg, atenolol 25mg.
663460	HAS	Andropausa, Orquiectomia, Intolerância a glicose, Pedra nos rins.	Nifedipina 20mg 12/12hs, metformina 850mg.
107560	Tuberculose Renal	HAS, DM, nefropatia diabética.	Metildopa 500mg 6/6hs, anlodipina 10mg 12/12hs, enalapril 20mg 12hs/12hs, furosemida 40mg, calcitriol 0,25mg 8/8hs.
132221	Tuberculose(TB)	HAS, reumatismo, Artrose, Nefrectomia a E por Tuberculose.	Glicosamina, hidroclorotiazida 25mg, propranolol 40mg 12/12hs, clonazepam 2mg.
920283	Indeterminada (Hereditário?)	Bronquite asmática, DRPA, Intolerância a glicose.	Sinvastatina 10mg.
059031	Indeterminada (Hereditário?)	Fibrose hepática, DRPA, Esplenomegalia/cistos.	Enalapril 15mg - uso irregular.
881335	Indeterminada	Osteoporose, Megacolon, Hiperuricemia, DLP, Hipotireoidismo, Chagas no coração, Gastrite.	Levotiroxina 25mg, sinvastatina 20mg, propranolol 40mg 12/12hs, furosemida 40mg 12/12hs, alopurinol 150mg, losartan 25mg.
1305803	HAS, DM, GESF	DAC (Doença Arterial Coronariana), rim único (nefrectomia em 1994).	Sinvastatina 20mg, ticlopidina 250mg, atenolol 25 mg.

310510	HAS	Câncer de próstata tratado, Catarata, DAC (fez cateterismo em 08/2009).	Propatilnitrato 10mg 12/12hs, enalapril 10mg 12/12hs, AAS 200mg, hidroclorotiazida 25mg, atenol 50mg, paracetamol (se necessário).
1320715	HAS	Asma.	Enalapril 20mg 12/12hs, nifedipina 10mg, hidroclorotiazida 25mg, cloxazolam 2mg, clonazepam 0,50mg, fumarato de formoterol + budesonida se necessário.
559274	HAS		Ferro quelato 60mg, nifedipina 20mg 12/12hs, furosemida 40mg, calcitriol, eritropoetina (1/semana).
1285979	HAS	Chagas, Arritmia, Anemia.	Losartan 25mg, imipramina 25mg, furosemida 40mg, vitamina B12 50mg.
977467	HAS, Nefropatia IgA	Vasculopatia periférica.	Cumarina + troxerutina, captopril 25mg 12/12hs, furosemida 40mg.
495645	HAS	Osteoporose, Litíase urinária, Rim E atrófico, Tireoidite, Cisto Ductal nas mamas.	Atenolol 50mg, clortalidona 12,5mg.
539510	HAS	HAS, Hiperuricemia, Artrite.	enalapril 20mg, hidroclorotiazida, alopurinol, amitriptilina, atorvastatina 10mg,
1267230	Indeterminada.	Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida, Hepatite C, Osteoartrite de quadril, Hérnia Inguinal.	Atazanavir 300 mg 12/12hs, lamivudina 150mg 12/12hs, ritonavir 100mg, tenofovir 330mg, doxazosina.
640420	HAS, DM.		Insulina NPH 10ui /5ui, insulina regular (se necessário), carvedilol 25 mg de 12/12 hs, isossorbida 20mg 8/8hs, furosemida 40mg 12/12hs, hidralazina 50mg de 6/6hs, anlodipina 5mg 12/12hs, atorvastatina 20mg.
978883	HAS	Hiperuricemia.	Anlodipina 5mg 12/12hs, sinvastatina 20mg, enalapril 10mg, atenolol 25mg 12/12hs, furosemida 40mg, alopurinol 100mg, bicarbonato de sódio 8/8hs, colchicina 0,5mg (se necessário).
348870	Infecção do Trato Urinário de repetição.	Hipotireoidismo, Arritmia a/e, Nick 3, Hiperuricemia, Cistocele + ressecção vaginal, Anemia ferropriva.	Losartan 50mg 12/12hs, hidróxido de ferro, promestrieno, calcitriol, atorvastatina, indapamina, levotiroxina sódica 50mg, verapamil 50mg 8/8hs.
1046585	DM, Hidronefrose bilateral.	DLP, Pielolitotomia 2007, Calculo coraliforme bilateral, Nefrostomia bilateral, Nefrolitotripsia+duplo J.	Losartan 25mg 12/12hs, atorvastatina (20 dias alternados).
439257	HAS, DM.	DLP, Hiperuricemia, Diverticulite, Bexiga neurogênica, Artrose.	Omeprazol 20mg, sinvastatina 20mg, furosemida 40mg, losartan 25mg, metildopa 500mg de 12/12hs, insulina NPH 22ui, insulina regular (se necessário), alopurinol 100mg.
1105138	DM, HAS.	DLP, hipotireoidismo, nefropatia diabética, hiperuricemia.	Alopurinol 100mg, NPH 40ui/ 8ui, insulina regular 4ui/2ui, captopril 50mg 8/8hs, furosemida 40mg 12/12hs, atorvastatina 20mg.
97753	Nefrolitíase, HAS, DM.	HDA (Hemorragia Digestiva Alta), Hiperplasia prostática.	Captopril 25mg 12/12hs, anlodipina 5mg, propatilnitrato 10mg 12/12hs, trimetazidina 35mg, AAS 100mg, insulina NPH 34ui/38ui, atorvastatina 20mg, clopidogrel 75mg.
168814	HAS	DLP, Osteoporose, DRGE (Doença do Refluxo Gastro Esofágico).	Nimodipina 30mg, lexotan 6mg, atorvastatina 20mg, lisinopril 1mg 12/12hs, anlodipina 10mg, omeprazol 20mg.



581565	DM	Gastrite.	Enalapril 5mg, insulina 8ui/ 6ui, pantoprazol 40mg, atenol 25mg 12/12hs, furosemida 40mg, ácido tióctico 600mg.
418317	HAS	Arritmia, DLP, Plaquetopenia. Hiperuricemia, Hipotireoidismo, Intolerância a glicose, Hiperparatireoidismo secundário. Bexiga neurogênica Obesidade, Cisto hepático, Metrorragia, Anemia ferropriva, Correção aneurisma.	Complexo B, ácido fólico, indapamida SR 1,5mg.
1093129	HAS		Losartan 50mg, amiodarona 100mg, digoxina 12/12hs.
264268	HAS		Nifedipina R 20 12/12hs, Finasterida 5mg, Levotiroxina-175mg, Enalapril 20mg, Metformina 850 8/8hs, Alopurinol 300, AAS 325mg.
905454	HAS		Losartan 25mg.
1029305	HAS	Losartan 100mg, furosemida 40mg, atenolol 50mg, anlodipina 5mg.	
1108492	HAS	AVC Hemorrágico com sequela, ICC diastólica, Hiperuricemia, Bócio difuso atóxico tireoidiano.	Vitamina B, sulfato ferroso, calcitriol, alopurinol 300mg, enalapril 20mg 12/12hs, propranolol 20mg 8/8hs, anlodipina 10mg 12/12hs, losartan 50mg, loniten 5mg.
499286	HAS, DM	DLP, Hiperuricemia, Bypass aorto-iliaco em 02/2008, Tabagismo.	Atorvastatina 20mg, alopurinol 100mg, enalapril 20mg, glargina 30ui, AAS 100mg.
377126	HAS	Marcapasso definitivo, Artrose de joelho, Hipotireoidismo.	Anlodipino 5mg 12/12hs, furosemida 80mg, carvedilol 3,125mg, ácido fólico 5mg, complexo B, cilostazol 50mg, levotiroxina 75mg, vitamina D, bicarbonato de sódio, eritropoietina (1/semana).
995840	HAS	Etilismo, Pancreatite nefro-hemorrágica.	Nifedipina 20mg, furosemida 40mg, atorvastatina 20mg.
322575	HAS, Pancreatite.		Nifedipina 20mg, atenolol 25mg 12/12hs, furosemida 40mg, ácido fólico 5mg, complexo B 12/12hs, enalapril 20mg 12/12hs.
685896	HAS, DM, Nefropatia Hipertensiva.	Litíase, Hepatite B.	Nifedipina 20mg, atenolol 25mg, enalapril 20mg, sinvastatina 20mg, vitamina B12.
1237019	HAS	ICC (Insuficiência Cardíaca Congestiva), Miocardiopatia Ghagastica, Nefrectomia a E.	Losartan 50mg, furosemida 40mg, espironolactona 25mg, nifedipina 20mg 12/12hs, AAS 100mg, carvedilol 3,185mg, clonidina 0,200mg 12/12hs, hidróxido de ferro.
903259	HAS, DM.	Prostatismo-biopsia, Hipoacusia.	Insulina NPH 20ui/9ui, enalapril 20mg 12/12hs, anlodipina 5mg 12/12hs, sinvastatina 20mg, propranolol 40mg, furosemida 40mg.
1266548	Uropatia Congenita	Nefrectomia a direita em 1992.	Atenolol 25mg, diovan 80mg.
499713	HAS	Litíase Renal, ITU, Mioma.	Atenolol 25mg, enalapril 20mg 12/12hs, hidralazina 25mg 12/12hs, furosemida 40mg 12/12hs, AAS 100mg, sinvastatina 40mg, alopurinol 100mg, NPH 34ui.
686670	DM, HAS.	Glomérulo nefrite pós-infecciosa, nefropatia diabética.	Captopril 25mg 8/8hs, anlodipina 10mg, complexo B, ácido fólico 5mg, vitamina B 12.
735911	HAS	Etilismo.	Metildopa 1g 2/12hs, anlodipina 5mg 12/12hs, atenolol 50mg 12/12hs, furosemida 40mg, propatilnitrato 10mg, sinvastatina 20mg, alopurinol 100mg, AAS 100mg, trimetazidina nr 35mg.
491900	HAS	DAC, Hiperuricemia, DLP.	Indapamida 1,5mg, losartana 50mg 12/12hs, sinvastatina 20mg, NPH 35ui..
118181	HAS, DM.		

644590	HAS, DMII.	Hipotireoidismo, Hiperplasia Prostática.	Metildopa 250mg, hidroclorotiazida 25mg 12/12hs, metformina 850mg, levotiroxina 50mg, doxazosina 2mg.
49042	HAS, DM.	Hiperuricemia	Alopurinol 300mg, prednisona 5mg, clonidina 0,100 8/8hs, atenolol 50mg 12/12hs, anlodipina 10mg 12/12hs, losartana 50mg 12/12hs, glicazida 30mg, metformina 850mg, sinvastatina 10mg.
60076	HAS, DM.	Nefropatia Diabética	Furosemida 40mg, enalapril 20mg 12/12hs, metildopa 250mg 12/12hs, cinarizina 25mg 12/12hs, AAS 200mg.
169347	HAS, DM.	Rim único	Losartana 50mg.
306820	HAS	Osteoartrose	Hidroclorotiazida 25 mg, anlodipina 5mg, diclofenaco sódico (se dor).
156736	HAS, DM.	Hiperplasia Prostática.	Sinvastatina 10mg, anlodipina 12/12hs, doxazosina, AAS 100mg, paracetamol (se necessário).
71915	HAS	Asma	Captopril 50mg 6/6hs, hidroclorotiazida 25mg.
248002	HAS	Sarcoidose, Osteoporose.	Hidroclorotiazida 50mg, propranolol 40mg, carbonato de cálcio 500mg, alendronato de sódio 70mg 1/semana, dexametasona 4mg.
45641	HAS, DM.	Glaucoma, ITU de repetição, Nódulo Mamário.	Indapamida 1,5mg, citalopram 30mg, enalapril, betatenolol colírio 12/12hs, metformina 850mg 12/12hs.
565102	HAS, DM.	Retinoptia Hipertensiva Grau I, Litíase urinária, Nefrolitíase a D.	Propranolol 40mg 8/8hs, losartan 12/12hs, metformina 850mg 8/8hs, gliclazida 30mg 8/8hs, indapamida 1,5mg.
74854	HAS	Hipertireoidismo, Intolerância a glicose, Nefrectomia a D, Hidronefroze, Colecistíase.	Losartan 100mg, hidroclorotiazida 25mg.
69534	HAS	DLP, Osteoporose.	Captopril 25mg, indapen sr 1,5mg, anlodipina 5mg.
381749	HAS	Catarata, Nódulo na Tireóide, Hipotireoidismo, DLP, Intolerância a lactose.	Levotiroxina 50mg e indapamida 1,5mg, enalapril 20mg 12/12hs, metformina 500mg, sinvastatina 20mg, alendronato de sódio 70 mg, cálcio+vitamina D, AAS 100mg, atenolol 25 mg.
659681	DM, HAS.	ICC, Retinopatia Diabética.	Insulina NPH 10ui 12/12hs, carvedilol 25mg 12/12hs, losartan 50mg 12/12hs, anlodipina 10mg 12/12hs, clonidina 0,200mg 12/12hs, espironolactona 50mg, hidroclorotiazida 25mg, sinvastatina 20mg, doxazina 2mg, citalopram 10mg.
282038	HAS	Cardiopatia Hipertensiva, Prostatectomia, DPOC.	Seretide 12/12hs, AAS 100mg, enalapril 10mg 12/12hs, hidroclorotiazida 25 mg, carvedilol 6,25mg.
654385	HAS		Anlodipina 5mg, carvedilol 3,125mg e furosemida 40mg de 12/12hs.
659814	HAS, Eclampsia.		Anlodipina 5mg 12/12hs, furosemida 40mg 12/12hs, paracetamol (se necessário).
665650	DM, HAS.	Hepatite C, Constipação Intestinal.	Sinvastatina 40mg, metformina 850mg 12/12hs, atenolol 50mg, captopril 50mg 8/8hs, hidroclorotiazida 25 mg, Insulina
383049	HAS	Hiperplasia Prostática Benigna.	Furosemida 20mg, carvedilol 6,25mg 12/12hs.
851122	HAS.	Hipotireoidismo, Prostatectomia Radical.	AAS 100mg, sinvastatina 40mg, furosemida 40mg, anlodipina 5 mg, sulfato ferroso 40mg, levotiroxina 50mg 12/12hs, salbutamol (se necessário).

669700	HAS	Nefrolitíase Bilateral, Obesidade grau I, DAC, Hipotireoidismo, Câncer de colo de útero tratado em 1999.	Enalapril 12/12hs, atenolol 12/12hs, levotiroxina 75mg, furosemida 40mg, AAS 100mg.
290416	HAS, DM.		Enalapril 20mg 12/12hs, indapamida sr 1,5mg, sinvastatina 20mg, bicarbonato de sódio 12/12hs, anlodipina 5mg 12/12hs, atenolol 25mg, insulina NPH 40ui/20ui.
182250	DM, HAS	DAC (Revascularização do Miocárdio- 15/02/12), ICC, Retinopatia Diabética.	Losartan 50mg, propatilnitrato 10mg 8/8hs, metoprolol 50mg, AAS 100mg, sinvastatina 40mg, hidralazina 25mg 8/8hs, furosemida 40mg.
618827	HAS, DM		Glicazida 30mg, metformina 850mg 8/8hs, captopril 50mg 8/8hs, indapamina 15mg, omeprazol 20mg 12/12hs, AAS 100mg.
76337	Lupus Eritematoso Sistêmico	HAS, Nefrite Lúpica.	Varfarina sódica 5mg, anlodipina 5mg, omeprazol 40mg, prednisona 20mg, hidralazina 25mg, carbonato de cálcio 500mg (2 comprimidos).
669090	HAS, Síndrome Cardiorenal Crônica	ICC	Omeprazol 20mg, carbonato de cálcio 600 mg + colecalciferol (vit. D) 200 UI, clonidina 0,100mg, sulfato de glicosamina 1500mg, carvedilol 6,25mg, citalopram 20mg, sinvastatina 20mg, AAS 100mg, furosemida 40mg.
603120	HAS		Lisinopril 20mg, anlodipina 10mg.
340941	DM, HAS.	Retinopatia Diabética.	Eritropoetina 4000ui, hidróxido de ferro 100mg, furosemida 40mg 12/12hs, clonidina 0,200mg, atenolol 25mg 12/12hs, hidralazina 50mg, sinvastatina 40mg, anlodipina 10mg, omeprazol 40mg, AAS 100mg, espironolactona 25mg, carbamazepina 200mg, diazepam 10mg, fluoxetina 20mg, insulina NPH e regular.
514116	HAS	HAS, GESF	Enalapril 10mg 12/12hs, atenolol 25mg 12/12hs, sinvastatina 20mg, furosemida 40mg, omeprazol 20mg, citalopram 20mg, bicarbonato de sódio 15gr 8/8hs, carbonato de cálcio 500mg 12/12hs.
6947	HAS, DM		Metildopa 500mg, insulina NPH 25ui.
594623	HAS		Lisinopril 10mg, sinvastatina 40mg, cálcio 600mg + colecalciferol 400ui.
1201422	HAS, DM	Azotemia	Enalapril 10mg, furosemida 40mg, sinvastatina 20mg, ácido fólico 5mg, complexo B, omeprazol 20 mg, indapamina sr.
1322800	HAS		Metildopa 500mg, losartana 50mg, atenolol 50mg, anlodipina 10mg, hidralazina 25mg, furosemida 40mg.
1127800	HAS	Calculo Condutor Rim D	Hidroclorotiazida 25mg, losartan 50mg, sinvastatina 20mg, tylenol (se necessário).
808183	HAS	Calculo Condutor Rim D	Clonidina 200mg 12/12hs, atenolol 40mg 12/12hs, hidralazina 50mg 12/12hs, nifedipina 60mg, furosemida 40mg 12/12hs.
172892	HAS	DAC (Angioplastia com 2 stents)	Cilostazol 50mg, propatilnitrato, sinvastatina 20mg, enalapril 20mg, alopurinol, clopidrogel 75mg.

753269	HAS	Extrofia Vesical	Sinvastatina 20mg, bicarbonato de sódio 8/8hs, paracetamol (se necessário), AAS 100mg, omeprazol 20mg.
954577	HAS	HAS, Esofagite, Refluxo, Enxaqueca.	Atenolol 50mg 12/12hs.
1238791	GESF (Glomerulosclerose Segmentar e Focal)		Atenolol 50mg, tensaliv 10mg, furosemida 20mg, omeprazol 20mg, losartan 20mg.
648428	HAS, DM		Losartan 50mg, AAS 100mg, atenolol 50mg 12/12hs, hidroclorotiazida 25mg, anlodipina 5mg, sinvastatina 40mg, gliclazida 30 mg.
1261021	HAS	Litíase urinária, DAC, DLP.	Doxazozina 2mg, atenolol 25mg, sinvastatina 20mg.
808168	HAS	DLP, Hipotireoidismo, Hipovitaminose.	Eritropoetina 400ui (10/10 dias), ácido fólico 5mg, complexo B, enalapril 20mg 12/12hs, nifedipina 20mg 12/12hs, furosemida 80mg, AAS 100mg, atorvastatina 20mg, colecalciferol 400ui.
76778	ITU e Tuberculose	Hipotireoidismo, Tuberculose renal, Hipovitaminose, ITU, Neoplasia na bexiga e ureter ileal a D.	Levotiroxina 50 + 75mg, vitamina D 10.000ui
690990	HAS, DM		Insulina NPH 36ui/20ui, enalapril 20mg 12/12hs, anlodipina 5mg, clonidina 0,200mg 12/12hs, atenolol 50mg 12/12hs, furosemida 40mg 12/12hs, sulfato ferroso.
1276163	Mal formação congênita do trato urinário.	Meningomielocèle, Bexiga neurogênica, Ampliação vesical, ITU repetição, Prótese em MID, Crise convulsiva.	Oxibutinina 5mg 12/12hs, complexo B, ferro quelato 60mg, bicarbonato de sódio 15gr 12/12hs, carbonato de cálcio 500mg 12/12hs.
120199	DM	HAS, DM, Obesidade, Deslocamento de Hérnia.	Eritropoetina 400ui 15/15 dias, indapamina 1,5 gr, AAS 100mg, atorvastatina 10mg, insulina NPH 50ui/30ui, insulina regular 6ui, losartan 50mg.
382750	HAS	Arritmia, Gota, Litíase urinária, Hipotireoidismo, ITU.	Ancoron 100mg, levotiroxina 100mg, alopurinol 100mg, calcitriol 0,25mg, ácido fólico 5mg, vitamina B12 10000ui.
887091	HAS	Nefropatia após uso de Tracolinus (transplante de fígado em 2000), artrose joelho.	Atenolol 50mg, cirolinus 1mg, tracolinus 0,25mg, prednisona, ursacol 300mg, omeprazol 20mg, alopurinol 100mg.
739814	DM, HAS.	Etilismo, Tabagismo.	Insulina NPH 20ui, losartan 20mg, AAS 100mg, indapamina 1,5mg.

Fonte: Elaboração própria a partir de coleta de dados.

## APÊNDICE F

**Peso, altura, superfície corpórea, IMC, queixas, atividade física e de lazer dos portadores de DRC em tratamento conservador.**

<b>Registro (n=170)</b>	<b>Peso</b>	<b>Alt.</b>	<b>Sup. Corp.</b>	<b>IMC</b>	<b>Queixas Principais</b>	<b>Atividade Física</b>	<b>Lazer</b>
371000	82	1,65	1,91	30,11			Pesca
601248	69	1,64	1,77	25,65	Fadiga, dor precordial e na coluna.	Dança na piscina.	Atividade Física.
350980	71	1,69	1,83	24,85	Dor nas costas.	Caminhada 7x/semana.	Atividade Física.
398182	52	1,72	1,63	17,57	Náusea, vômito, fadiga, dor nos rins.		
610085	83	1,65	1,92	30,48	Náusea, fadiga, cãimbra, dor nos membros.		
49357	62	1,68	1,72	21,96	Fadiga.	Academia	Atividade Física.
369266	52	1,41	1,41	26,15	Náusea, vômitos, fadiga, cãimbra, dor abdominal.		
28671	56,9	1,59	1,6	22,50			
625255	71,5	1,59	1,76	28,28	Fadiga.		
626338	55	1,6	1,58	21,48	Cãimbra, dor abdominal.		
385909	92	1,62	1,98	35,05	Dispneia, cãimbra.		
157359	95	1,65	2,04	34,89	Dor abdominal.	Caminhada de 40 minutos 5x/semana, ginástica de 1 hora 2x/semana	Atividade Física.
621293	66	1,5	1,63	29,33		Caminhada 5x/semana.	Igreja.
346389	64	1,68	1,75	22,67	Cãimbra.		De vez em quando vai para chácara.
292773	72	1,76	1,9	23,24	Cãimbra, fadiga, sinusite.		Passeio na casa de familiares.
616833	80	1,74	1,97	26,42	Vômitos, cãimbra, dor abdominal, lombar, no pé, tornozelo e punho.		
589881	57	1,45	1,49	27,11	Náusea, vômitos, fadiga, cãimbra, dor, dispneia.		Viajar.
296129	69	1,55	1,7	28,72	Vômitos, fadiga, cãimbra, dor no corpo todo, constipação, dor epigástrica.		
351469	56	1,57	1,57	22,71	Náusea, cãimbra.		
357105	66	1,5	1,63	29,33	Cãimbra.		
632752	59	1,6	1,63	23,04	Cãimbra, náusea, dor nas pernas.		
620715	56	1,67	1,64	20,07	Dor no pé no período noturno.	Caminhada, bicicleta fixa.	Música e TV, visitar familiares e vizinhos.

Continua

620254	63	1,63	1,7	23,71		Caminhada, anda de bicicleta 5x/semana.	Pesca 2x/ano em Tocantins.
622705	90	1,69	2,03	31,51	Fadiga, fraqueza em membros inferiores.		
612003	83	1,65	1,92	30,48	Náusea, vômito, fadiga, cãimbra, dor no na região gástrica, lombar e em MMII.		
49714	57	1,68	1,66	20,19		Caminhada 1x/semana.	Passeio semanal no posto de saúde.
231902	51	1,48	1,45	23,28	Fadiga, cãimbra, dos nos membros inferiores e nas costas.		Passeia, não consegue caminhar.
174274	53	1,55	1,52	22,06	Fadiga, cãimbra.		Passear (jogar boliche).
565964	53	1,55	1,52	22,06	Esporadicamente dor nas costas.		
615187	51	1,69	1,59	17,85	Náusea, vômito, fadiga, dor nas articulações, febre, perda de peso.		Ir a fazenda.
286051	36	1,56	1,3	14,79	Náusea, fadiga, vômito, dor nos membros inferiores.		Passeio com a família.
60277	65,3	1,49	1,61	29,41	Tontura, dormência na mãos.		
621054	59,5	1,49	1,55	26,80	Fadiga.		
115118	89	1,61	1,95	34,33	Cãimbra.	Caminhada aleatoriamente.	Atividade Física.
574287	87	1,62	1,94	33,15		Caminhada de 30 minutos 5x/semana.	
221185	93	1,77	2,13	29,68	Fadiga, cãimbra.	Caminha na ida ao trabalho.	Assistir TV, ouvir DVD, leitura.
322627	53	1,44	1,44	25,55	Dor no estômago.		
303044	45	1,57	1,43	18,25		Caminhada 3x/ semana.	Forró, igreja.
640718	72	1,62	1,79	27,43			Passeio na casa da namorada.
640104	92	1,72	2,07	31,09	Fadiga.	Caminhada menos que 15 minutos.	Acampa final de semana, viagem Caldas Novas.
640791	47	1,7	1,54	16,26	Fadiga.		Ir a missa, passear.
577399	61	1,65	1,69	22,40	Fadiga, cãimbra, dor abdominal.	Caminha 20 minutos 7x/semana.	Visitar amigos.
61602	65	1,64	1,73	24,16	Cãimbra nos braços.	Caminha 1x/ semana.	
99095	77	1,61	1,83	29,70	Fadiga, cãimbra, dor na coluna, vista turva.		Assistir TV, visitar família.
640850	75	1,6	1,8	29,29	Vômitos, cefaleia.		Passeio com família.
104739	65	1,6	1,7	25,39	Sinusite, cãimbra na panturrilha, dor muscular.		Passear.
640040	72	1,76	1,9	23,24	Fadiga, dor na articulação.		
050490	68	1,55	1,69	28,30	Náusea, cãimbra, dor no corpo todo.		Ir para Igreja, ir a feira.
643044	71	1,7	1,84	24,56	Dor precordial.		

Continua

676716	96	1,59	1,99	37,97	Fadiga, cãimbra, dor em membros inferiores.		
643851	64	1,65	1,72	23,50	Fadiga ao andar, dor ao se levantar.	Andar de bicicleta 3x/mês.	Atividade Física.
379079	75,5	1,58	1,79	30,24			
120795	60	1,55	1,6	24,97	Fadiga, cãimbra.		
639703	77	1,62	1,84	29,34	Fadiga.	Caminhada de 20 minutos 3x/semana.	Passeio, ir para chácara e igreja.
584877	59	1,5	1,55	26,22			
249258	68	1,66	1,78	24,67	Dor na coluna.	Caminhada 3x/semana durante 40 minutos.	Cuidar dos netos.
584230	78	1,72	1,93	26,36		Caminhada de 60 minutos 5x/semana.	Atividade Física.
340875	55	1,5	1,51	24,44	Cãimbra, dor na coluna.	Alongamento, caminhada de 60 minutos 2 x/semana.	Ir a feira, passeio de vez em quando para fora.
123045	47	1,6	1,48	18,35	Dor no peito.		Caminhada 3x/semana.
645410	91	1,58	1,94	36,45	Náusea, cãimbra, dor.	Caminhada de 40 minutos 5x/semana.	Atividade Física.
173675	81	1,65	1,91	29,75	Fadiga, cãimbra, dor abdominal.		Ir para Igreja, fazer compras.
599937	54	1,66	1,61	19,59	Cefaleia, sinusite.	Caminhada de 60 minutos 5x/semana.	Atividade Física.
637776	70	1,64	1,78	26,02	Cãimbra.		
216033	82	1,78	2,02	25,88			Deitar na rede.
620738	86	1,68	1,98	30,47	Perda do libido, náusea, fadiga, cãimbra, dor, vertigem.		
481764	68	1,73	1,83	22,72	Náusea, fadiga, cãimbra, astenia, sonolência.	Academia por 90 minutos 3x/semana.	Cinema e teatro.
10533	58	1,69	1,68	20,30			Cuidar das plantas.
40571	70	1,6	1,75	27,34	Dor nos membros inferiores e na coluna.		Cuidar-se, passear.
649632	63	1,53	1,62	26,91	Cãimbra.		
652353	47,2	1,58	1,47	18,90	Cãimbra.		
289166	79	1,49	1,75	35,58	Dor.	Caminhada durante 40 min 3 a 5x/semana.	Atividade Física.
650892	160	1,72	2,62	54,08	Fadiga.		
280886	53	1,69	1,62	18,55	Fadiga, fraqueza.		Visita familiares.
296897	69	1,65	1,78	25,34	Dor.		Caminhada no sábado.
188088	104	1,51	1,99	45,61	Fadiga, dor em membros inferiores.		Pintura.
821118	49	1,6	1,5	19,14	Dor precordial.	Caminhada por 60 minutos 5x/semana.	Atividade Física.

Continua

1163772	95	1,98	2,33	24,23	Cãimbra.	Caminhada por 60 minutos 5x/semana.	
226719	51	1,49	1,45	22,97	Dor.		Ir para igreja, visitar familiares.
663460	82	1,7	1,96	28,37	Dor em membros inferiores.		
107560	98	1,87	2,26	28,02	Cãimbra.		Assistir TV, ir para chácara.
132221	70	1,7	1,83	24,22	Cãimbra, dor no corpo todo.		
920283	52	1,5	1,47	23,11	Dispneia quando bronquite esta ativa.	Caminhada por 60 minutos 5x/semana.	Ir a igreja, passear.
059031	72	1,85	1,97	21,03		Academia	Sair para festa no clube.
881335	46	1,48	1,38	21,00	Dor nos rins, na coluna, nos ossos e fadiga.	Caminhada por 30 minutos 3x/semana.	Atividade Física.
1305803	98	1,68	2,09	34,72	Fadiga, cãimbra, dor.	Caminhada.	Passeio.
310510	77	1,75	1,95	25,14		Caminhada 20 minutos 5x/semana.	
1320715	88	1,51	1,85	38,59	Náusea, fadiga, cãimbra, dor nos membros inferiores e no corpo todo.		
559274	54,5	1,6	1,57	21,28	Fadiga.	Dança.	Curso corte e costura, artesanato, faz capoterapia (2x por semana durante 60 minutos).
1285979	60,4	1,63	1,67	22,73	Náusea, fadiga, dor nas costas.		Ir a missa, visitar parentes.
977467	57	1,65	1,64	20,93		Caminhada por 60 minutos 5x/semana.	Atividade Física.
495645	69	1,48	1,64	31,50	Náusea, fadiga, cãimbra, dor precordial.		
539510	71	1,61	1,77	27,39	Náusea, vômitos, fadiga, cãimbra, dor no corpo todo.		Churrasco no final de semana.
1267230	69	1,7	1,82	23,87	Náusea, fadiga, cefaleia.	Caminhada por 60 minutos 2x/dia de segunda a sexta.	
640420	76	1,66	1,86	27,58		Caminhada por 60 minutos 5x/semana.	Atividade Física.
978883	76	1,74	1,93	25,10	Dor nas articulações.		
348870	83	1,5	1,8	36,88	Fadiga, cãimbra, dor abdominal e forte no reto.		Assistir TV.
1046585	56	1,5	1,52	24,88	Dor no estômago.	Caminhada de 30 minutos 6x/semana.	
439257	88	1,64	1,96	32,71	Náusea, cefaleia.	Caminhada de 30 minutos 7x/semana.	
1105138	73	1,48	1,68	33,32		Dança 3x/semana.	Voluntaria na associação.
97753	86	1,74	2,03	28,40	Cãimbra.		

Continua



168814	57	1,5	1,53	25,33	Náusea.	Caminhada de 30 a 40 minutos 3x/semana.	Ir a Igreja no domingo.
581565	85	1,71	2	29,06	Fadiga, cãimbra, dor no quadril.		Eventualmente passeia no shopping.
418317	65	1,55	1,66	27,05	Cãimbra à noite, dor nos membros inferiores.	Faz ginástica por 90 minutos na praça 1x/semana ou as vezes 5x/semana.	Atividade Física.
1093129	71	1,65	1,8	26,07	Náusea, fadiga.	Caminhada de 30 minutos 2x/semana, ginástica 2x/semana.	De vez quando passeia.
264268	89	1,85	2,15	26,00	Dor nas costas.	Caminhada de 60 minutos 7x/semana.	Ir ao bar bater papo e pescar.
905454	70,9	1,71	1,85	24,24	Náusea, vômitos, dor muscular, cefaleia.		Jogar dominó.
1029305	100	1,77	2,19	31,91	Fadiga.	Andar de bicicleta e caminhar, ginástica por 60 minutos 2x/semana.	Passear, ir para a roça.
1108492	86	1,6	1,91	33,59	Cãimbra.	Caminhada de 60 minutos 1x/semana.	Atividade Física.
499286	55	1,62	1,59	20,95		Caminhada de 60 minutos 7x/semana.	Atividade Física.
377126	57	1,66	1,65	20,68	Náusea, vômitos, dor.		Nenhum.
995840	77	1,75	1,95	25,14		Caminhada de 40 minutos 2x/semana.	
322575	66,7	1,7	1,79	23,07	Náusea, vômito, fadiga, cãimbra, dor no estomago, fraqueza muscular.		Vender embalagens.
685896	50	1,5	1,45	22,22	Cãimbra.		
1237019	48	1,45	1,39	22,83	Cãimbra.		
903259	79,6	1,58	1,83	31,88		Caminhada de 30 minutos 3x/semana.	Leitura.
1266548	39	1,52	1,32	16,88			Passeio.
499713	63	1,57	1,65	25,55	Fadiga.	Academia 3x/semana	Passear, assistir TV, leitura.
686670	87	1,8	2,09	26,85	Cãimbra, dor na perna.		
735911	56,2	1,61	1,6	21,68	Dor.		
491900	77	1,68	1,89	27,28	Dor precordial.		
118181	80	1,65	1,89	29,38	Fadiga.	Caminhada de 60 minutos 2x/semana.	
644590	61	1,62	1,67	23,24			
49042	82	1,68	1,94	29,05	Dispneia a pequenos esforços.	Hidroginástica 1x/semana.	Assistir TV e filme.

Continua

60076	60	1,62	1,65	22,86	Cãimbra, fadiga.		
169347	74	1,62	1,81	28,19		Caminhada 5x/semana.	Atividade Física.
306820	68	1,51	1,66	29,82		Caminhada 2x/semana.	Passear.
156736	63	1,59	1,67	24,91	Cãimbras.		Passear.
71915	72	1,62	1,79	27,43	Náusea, cãimbra.		Passear, ir ao clube.
248002	62	1,5	1,59	27,55	Fadiga, dor.	Caminhada de 30 minutos 3x/semana.	
45641	69	1,6	1,74	26,95	Cãimbra.	Hidrogenástica 1x/semana.	Passear.
565102	82	1,58	1,86	32,84	Cãimbra, dor.		Ir a missa, participar das pastorais.
74854	71	1,42	1,62	35,21	Fadiga.		
69534	80	1,63	1,88	30,11	Fadiga.		
381749	75	1,65	1,84	27,5482	Fadiga.		
659681	61	1,67	1,7	21,87	Fadiga.		
282038	73	1,63	1,81	27,48	Fadiga, cãimbra.		
654385	83	1,75	2,01	27,1			Fazer palavra cruzada e pescar.
659814	46	1,4	1,33	23,47	Náusea, dor no rim lombar E.		
665650	80	1,7	1,94	27,68	Fadiga, cãimbra.		
383049	70	1,65	1,79	25,71			Passear.
851122	62	1,61	1,67	23,92	Cãimbra.	Caminhada 7x/semana.	
669700	83	1,57	1,86	33,67	Cãimbra, dor lombar.		
290416	95	1,71	2,09	32,49	Fadiga.	Caminha de 30 minutos 6x/semana.	
182250	52	1,6	1,54	20,31		Caminhada 7x/semana.	Fazer projeto de arquitetura.
618827	55	1,53	1,53	23,5	Vômitos.		
76337	70	1,51	1,68	30,7	Fadiga, cãimbra.		Ir para igreja.
669090	73	1,5	1,51	24,44	Cãimbra.		
603120	47	1,55	1,44	19,56	Cãimbra.		
340941	85	1,56	1,87	34,93	Náusea, dor.		
514116	64	1,55	1,65	26,64	Cãimbra.		
6947	71	1,72	1,86	24		Caminhada	Passear.
594623	45	1,52	1,4	19,48	Cãimbra.		Passear.
1201422	51,5	1,6	1,54	20,12	Náusea, cãimbra.		
1322800	89	1,65	1,98	32,69	Fadiga, cãimbra.	Fazer esteira 2x/semana.	Passear.
1127800	54,8	1,49	1,5	24,68	Dor nos membros inferiores.		
808183	79	1,8	2,01	24,38	Cãimbra.		Assistir filme.
172892	85	1,74	2,02	28,08		Caminhada 4x/semana.	
753269	58	1,56	1,59	23,83	Náusea, fadiga, dor abdominal e nas costas.	Caminhada 3x/semana.	Pescar, Passear.
954577	57	1,52	1,55	24,67	Fadiga.		
1238791	61	1,65	1,69	22,41		Andar de bicicleta 1x/semana	Passear.

Continua

648428	91	1,62	1,98	34,67	Fadiga.	Anda de bicicleta 1x/mês	
1261021	63	1,65	1,71	23,14	Cãimbra.	Caminhada de 10 minutos 2x/semana, academia de 15 minutos 3x/semana.	Atividade Física.
808168	82	1,6	1,87	32,03		Hidroginástica.	Atividade Física.
76778	43	1,45	1,33	20,45	Cãimbra.		
690990	63	1,63	1,7	23,71	Fadiga, cãimbra.		
1276163	30	1,31	1,06	17,48			
120199	87	1,66	1,97	31,57	Cãimbra.	Academia por 15 minutos 5x/semana.	Atividade Física.
382750	85	1,75	2,03	27,76			Atividades da casa.
887091	117	1,69	2,27	40,96			
739814	59	1,7	1,7	2,42			

Fonte: laboração própria a partir de coleta de dados.

## APÊNDICE G

### Profissão, situação atual, tempo de aposentadoria, tempo de licença e endereço de portadores de DRC em tratamento conservador.

Registro (n=170)	Profissão	Situação atual	Tempo de aposentadoria em meses	Tempo de licença médica em meses	Procedência
371000	Motorista	Autônomo Ativo	-	-	Taguatinga-DF
601248	Porteiro	Ativo	-	-	Santo Antônio do Descoberto-GO
350980	-	Aposentado	9	-	São Sebastião-DF
398182	-	-	-	-	Samambaia-DF
610085	Auxiliar de construção civil	Licença Médica	-	-	Sobradinho-DF
49357	Serviços gerais e jardineiro	Licença Médica	-	6 meses	Valparaíso-GO
369266	-	-	-	-	Aguas Lindas-GO
28671	-	-	-	-	Ceilândia-DF
625255	Motorista	Autônomo Ativo	-	-	Brazlândia-DF
626338	Atendente de lanchonete	Autônomo Ativo	-	-	Itapuã-BA
385909	Copeira hospitalar	Licença Médica	-	-	Gama-DF
157359	Cozinheira	Autônomo Ativo	-	-	Ceilândia-DF
621293	Padeiro	Licença Médica	-	5 meses	Taguatinga-DF
346389	Doméstica	Ativa	-	-	Ceilândia-DF
292773	Encarregado de manutenção e vigilante.	Ativo	-	-	Aguas Lindas-GO
616833	Salgadeira	Autônomo Ativo	-	-	Planaltina-DF
589881	Auxiliar de enfermagem	Aposentada	-	72	Planaltina-DF
296129	Cozinheira/Confeiteira	Autônomo Ativo	-	-	Brazlândia-DF
351469	Salgadeira	Autônoma Ativa	-	-	Luziânia-GO
357105	Vendedora de lanches	Autônoma Ativa	-	-	Gama-DF
632752	Auxiliar de construção civil	Aposentado	360	-	Aguas Lindas-GO
620715	Funileiro	Aposentado	12	-	Brazlândia-DF.
620254	Confeiteiro	Aposentado	36	-	Paranoá-DF
622705	Motorista	Aposentado	-	-	Ceilândia-DF
612003	Gari	Aposentada	180	-	Paracatu-MG
49714	Trabalhava na roça de domestica e cozinheira	Aposentada	96	-	Formosa-GO
231902	Artesã	Aposentada	-	-	Cidade Ocidental-DF
174274	Estudante	Ativa	-	-	São Sebastião-DF
565964	Do lar	Ativa	-	-	Ceilândia-DF
615187	Cabeleleira	Autônoma Ativa	-	-	Taguatinga-DF

Continua

286051	Esteticista	Autônoma Ativa	-	-	Sobradinho-DF
60277	Costureira	Aposentada	120	-	Samambaia-DF
621054	Diarista	Autônoma Ativa	-	-	João Pinheiro-MG
115118	Porteira	Aposentada	108	-	Gama-DF
574287	Comerciante/motorista	Aposentada	84	-	Valparaíso-GO
221185	Agente de combate a endemias	Ativo	-	-	Valparaíso- GO
322627	Do lar	-	-	-	Ceilândia-DF
303044	Do lar	Pensionista	-	-	Samambaia-DF
640718	-	Aposentado	96	-	Ceilândia-DF
640104	Motorista/Vigilante	Ativo	-	-	Luziânia-GO
640791	Do lar	-	-	-	São Sebastião-DF
577399	Lavrador	Aposentado	120	-	Aliança-GO
61602	Carpinteiro	Aposentado	60	-	Recanto das Emas-DF
99095	Bibliotecário	Aposentado	156	-	Cidade Ocidental- DF
640850	Corretora	Licença médica	7	-	Valparaíso-GO
104739	Assistente de laboratório	Aposentado	192	-	Planaltina-DF
640040	Vigilante	Aposentado	24	-	Cidade Ocidental-GO
050490	Passadeira	Aposentada	360	-	Ceilândia-DF
643044	Massoterapeuta	Inativo - auxílio doença	84	-	Cidade Estrutural-DF
676716	Do lar	-	-	-	Planaltina-DF
643851	Instalador de acessório	Licença médica	2	-	Guara-DF
379079	-	-	-	-	Luziânia-GO
120795	Do Lar	Aposentada	-	-	Taguatinga-DF
639703	Do Lar	Pensionista	-	-	Paranoá-DF
584877	Alfaiate	Inativo	-	-	
249258	Vendedora.	Autônoma ativa	-	-	Paranoá-DF
584230	Viveiro de plantas	Autônomo ativo contribuinte do INSS	-	-	Brazlândia-DF
340875	Copeira	Aposentada	-	-	Gama-DF
123045	Doméstica e Depiladora	Ativa	-	-	Unai- MG
645410	-	Pensionista	-	-	Ceilândia-DF
173675	Do lar	Aposentada	252	-	Taguatinga
599937	Posseiro	Autônomo ativo contribuinte do INSS	-	-	Ceilândia-DF
637776	Técnica em enfermagem	Ativa	-	-	Samambaia-DF
216033	Técnico em veterinária	Aposentado	-	-	Brazlândia-DF
620738	Pedreiro	Licença médica	-	60	Planaltina-GO
481764	Pedagoga	Ativa	-	-	Taguatinga-DF
10533	Policia militar	Aposentado	204	-	Santa Maria-DF

40571	Técnico em eletricidade e comunicações.	Aposentado	240	-	Brasília-DF
649632	Auxiliar de cozinha	Licença médica	-	2	Gama-DF
652353	Do lar	Auxilio doença	-	-	Cidade Ocidental-GO
289166	Professora	Ativa	-	-	Planaltina- DF
650892	Instalador de gás natural.	Licença Médica	-	1	Brasília-DF
280886	Escriturário	Aposentado	36	-	Samambaia-DF
296897	Vendedor	Aposentado	24	-	Brasília-DF
188088	Do lar	Pensionista	-	-	Gama-GO
821118	Serviços Gerais	Licença Médica	-	36	Brazlândia-DF
1163772	Motorista	Aposentado	228	-	Gama-DF
226719	Doméstica e Babá	Ativa	-	-	Ceilândia-DF
663460	Carpinteiro	Aposentado	408	-	Ceilândia-DF
107560	Técnico de manutenção de maquinas gráfica.	Ativo	-	-	Guará-DF
132221	Servidor Público	Aposentado	360	-	Sobradinho-DF
920283	Auxiliar de limpeza	Ativa	-	-	Ceilândia-DF
059031	Moto Boy	Ativo	-	-	Planaltina-DF
881335	Do lar, catador de latas.	Inativo - auxilio doença há 6 anos	-	-	Paranoá-DF
1305803	Pintor	Licença Médica	-	4	Santa Maria-DF
310510	Do lar, Artesão	Aposentado	240	-	Ceilândia-DF
1320715	Diarista	Ativa	-	-	Ceilândia-DF
559274	Faz produtos congelados.	Autônoma ativa contribuinte do INSS	-	-	Taguatinga-DF
1285979	Do lar	-	-	-	Unai-MG
977467	Serviços gerais	Ativa	-	-	Valparaíso-GO
495645	Do lar	Pensionista	-	-	Recusou informar
539510	Do lar	-	-	-	Aguas Lindas-GO
1267230	Bancário	Aposentado	-	-	Gama-DF
640420	-	Aposentado	72	-	Ceilândia-DF
978883	Técnico de manutenção de ar condicionado	Licença Médica	6	-	Luziânia-GO
348870	-	Pensionista	-	-	Samambaia-DF
1046585	Do lar	Auxilio Doença há 5 meses	-	-	Sobradinho-DF
439257	Pizzaiola.	Inativa- Pensionista.	-	-	Planaltina-DF
1105138	Voluntária	-	-	-	Ceilândia-DF
97753	Autônomo.	Aposentado	120	-	Cidade Ocidental-GO
168814	Diarista	Inativa (marido aposentado)	-	-	Candangolândia-DF

Continua

581565	Consultor de previdência e plano de saúde	Aposentado	2	-	Taguatinga-DF
418317	Lavadeira	Aposentada	48	-	Cidade Estrutural-DF
1093129	Serviços gerais, vendedor.	Aposentado	252	-	Brazlândia-DF
264268	Bombeiro hidráulico	Aposentado	-	-	Ceilândia-DF.
905454	Serviços gerais	Aposentado.	36	-	Taguatinga-DF
1029305	Estudante	Estudante	-	-	Unai-MG
1108492	Serviços Gerais	Aposentada	144	-	Riacho Fundo-DF
499286	Eletricista	Aposentado	120	-	Gama-DF
377126	Do lar	Aposentada	156	-	Luziânia-GO
995840	Porteiro / Pintor	Aposentado	132	-	Recanto das Emas-DF
322575	Vendedor	Inativo-Auxílio Doença	-	-	Ceilândia-DF
685896	Do lar	Aposentada	120	-	Valparaíso-GO
1237019	Do lar	Aposentada	-	-	Brazlândia-DF
903259	Auxiliar Administrativo, pedreiro, pintor e eletricista	Ativo, aposentado como auxiliar administrativo	24	-	Ceilândia-DF
1266548	Estudante	Estudante	-	-	Taguatinga-DF
499713	Cabelereira.	Ativa	-	-	Águas Claras-DF
686670	Taxista	Aposentado.	17	-	Cidade Ocidental-GO
735911	Vendedor de picolé	Autônomo Ativo	-	-	Candangolândia-DF
491900	Pedreiro	Aposentado	96	-	Planaltina-DF
118181	Seventuário da justiça	Ativo	-	-	Sobradinho-DF
644590	Pedreiro	Aposentado	120	-	Ceilândia-DF
49042	-	Aposentada	2	-	Taguatinga-DF
60076	Diarista	Aposentada	36	-	Ceilândia-DF
169347	Copeira e comerciante	Aposentada e ativa como comerciante	120	-	Ceilândia-DF
306820	Varredora de rua	Licença Médica	-	72	Riacho Fundo-DF
156736	Mecânico	Aposentado	360	-	Ceilândia-DF
71915	Diarista	Ativa	-	-	Recanto das Emas-DF
248002	Serviços gerais	Licença Médica	1	12	Valparaíso- GO
45641	Professora	Aposentada	156	-	Taguatinga - DF
565102	Autônomo	Ativo	-	-	Gama-DF
74854	Costureira	Ativa	-	-	Taguatinga - DF
69534	Auxiliar administrativo no serviço público e vendedor	Ativo	-	-	Ceilândia-DF
381749	Escriturária	Aposentada	72	-	Sobradinho-DF
659681	Caminhoneiro	Inativo – Auxílio Doença há 6 meses	-	-	Ceilândia-DF

Continua

282038	Pedreiro	Aposentado	-	-	Riacho Fundo-DF
654385	Professor	Aposentado	261	-	Gama-Sul
659814	Do lar	Aposentada	7	-	Ceilândia-DF
665650	Técnico em elevador	Aposentado	226	-	Samambaia-DF
383049	Marceneiro	Aposentado	180	-	Taguatinga-DF
851122	Fazendeiro	Aposentado	84	-	Recanto das Emas-DF
669700	Comerciante	Autônoma ativa e aposentada	-	-	Candangolândia-DF
290416	Caminhoneiro	Autônomo Ativo	-	-	Agua Lindas-GO
182250	Segurança	Aposentado	7	-	Cruzeiro-DF
618827	Lavador de Carro	Inativo- Auxílio Doença há 3 meses	-	-	Recanto das Emas-DF
76337	Diarista	Inativa- Auxílio doença há 5 anos	-	-	Santa Maria-DF
669090	Bordadeira	Aposentada	180	-	Baianópolis-BA
603120	Do lar	Pensionista	-	-	Barreiras-BA
340941	Vendedora	Ativa – Auxílio doença há 4 anos	-	-	Valparaíso-GO
514116	Comerciante	Inativo- auxilio doença há 6 meses	-	-	Planaltina-DF
6947	Marceneiro	Aposentado	2	-	Ceilândia-DF
594623	Agente de saúde e estudante	-	-	-	Brasília-DF
1201422	Do lar	-	-	-	Luziânia-GO
1322800	Cabelereira	Ativa- Auxilio doença há 1.5 anos	-	-	Posse-GO
1127800	Doméstica	Pensionista	-	-	Ceilândia-DF
808183	Auxiliar administrativo	Aposentado	24	-	Riacho Fundo-DF
172892	Manutenção de terreno de próprio cultivo.	Aposentado	48	-	Taguatinga-DF
753269	Estudante, auxiliar de artesanão.	Ativo	-	-	Ariquemes-RO
954577	Do lar	-	-	-	Recanto das Emas - DF
1238791	Empresário	Ativo - Auxilio doença há 8 meses	-	-	Planaltina- GO
648428	Auxiliar administrativo	Aposentado.	348	-	Taguatinga-DF
1261021	Eletricista	Aposentado	48	-	Santa Maria-DF
808168	Do lar	Pensionista	-	-	Planaltina-DF
76778	Serviços Gerais	Aposentada	144	-	Samambaia-DF
690990	Técnica Administrativa	Licença Médica	-	4	Santa Maria-DF
1276163	Estudante	Ativo	-	-	Ceilândia-DF
120199	Diarista, cozinheira	Aposentada	2	-	Samambaia-DF

Continua



---

382750	Carpinteiro	Aposentado	120	-	Guará-DF
887091	Empresário	Ativo - Auxílio doença há 9 anos	-	-	Gama-DF
739814	Motorista	Aposentado	228	-	Guara-DF

---

Fonte: Elaboração própria a partir de coleta de dados.

## APÊNDICE H

**Pressão Arterial, Estágio da DRC, tempo de acompanhamento, e risco conforme classificação de Framingham em portadores de DRC em tratamento conservador.**

<b>Registro (n=170)</b>	<b>Pressão Arterial Sistólica</b>	<b>Pressão Arterial Diastólica</b>	<b>Estágio da DRC</b>	<b>Tempo de acompanhamento</b>	<b>Risco de Framingham</b>	<b>Risco de Framingham (%)</b>
371000	140	80	4	6	Alto	25
601248	190	110	4	2	Alto	> ou = 30
350980	130	100	4	16	Intermediário	12
398182	90	70	2	0,2	Baixo	< 1
610085	150	100	3	0,1	Baixo	1
49357	140	90	4	-	Baixo	1
369266	120	70	4	4	Baixo	8
28671	130	40	5		Intermediário	14
625255	200	100	5	0,6	Intermediário	20
626338	90	60	4	0,5	Baixo	<1
385909	140	80	4	3	Baixo	1
157359	170	100	4	14	Baixo	5
621293	120	90	4	0,8	Baixo	<1
346389	130	70	3	5	Baixo	2
292773	120	80	4	10	Baixo	5
616833	110	80	4	1	Intermediário	10
589881	70	50	4	3	Baixo	1
296129	120	70	3	25	Baixo	6
351469	130	100	4	6	Baixo	8
357105	90	70	3	0,6	Baixo	1
632752	90	70	3	0,1	Intermediário	12
620715	120	80	5	1,4	Intermediário	12
620254	160	100	4	0,5	Alto	25
622705	120	100	3	0,2	Baixo	8
612003	140	90	4		Intermediário	11
49714	130	80	4		Intermediário	14
231902	150	80	5	0,1	Baixo	5
174274	100	80	4	0,6	Baixo	< 1
565964	130	80	3	4	Baixo	1
615187	120	60	3	0,3	Baixo	<1
286051	120	80	5	0,7	Baixo	<1

Continua

60277	120	80	3	1	Intermediário	14
621054	150	90	4	0,9	Baixo	4
115118	156	90	2	10	Intermediário	14
574287	140	70	3	2	Alto	> ou = 30
221185	220	150	5	0,1	Baixo	4
322627	120	90	3	3	Intermediário	11
303044	152	90	3	16	Intermediário	17
640718	160	120	4	0,6	Intermediário	16
640104	150	100	3	0,1	Intermediário	16
640791	140	80	5	0,1	Baixo	6
577399	90	70	3	3	Intermediário	12
61602	120	80	3	0,2	Intermediário	20
99095	120	70	4	0,1	Baixo	8
640850	130	100	4		Baixo	<1
104739	110	70	5	13	Intermediário	16
640040	170	110	3	0,1	Intermediário	12
050490	120	80	4	12	Baixo	6
643044	90	60	3	0,1	Baixo	2
676716	130	70	4	10	Baixo	2
643851	150	90	5	0,1	Baixo	5
379079	160	90	3		Alto	> ou = 30
120795	250	120	5	10	Alto	27
639703	140	100	4	0,3	Baixo	6
584877	140	90	3	2	Intermediário	16
249258	120	80	2		Baixo	6
584230	140	100	3	0,1	Baixo	4
340875	130	80	4	0,1	Intermediário	11
123045	120	90	2	13	Baixo	<1
645410	140	90	3	0,1	Baixo	6
173675	110	80	3	30	Baixo	4
599937	120	70	3	0,1	Intermediário	20
637776	130	80	5	0,3	Baixo	3
216033	120	80	3	2	Intermediário	20
620738	108	68	3	2	Baixo	6
481764	140	90	3	3	Baixo	<1
10533	145	90	4	7	Intermediário	20
40571	140	90	3	16	Alto	> ou = 30
649632	132	52	5	0,2	Baixo	1
652353	130	90	5	2	Baixo	< 1

Continua

289166	160	90	4	1,6	Baixo	2
650892	154	96	4	0,1	Baixo	8
280886	110	70	3	10	Baixo	3
296897	140	70	3	5	Intermediário	10
188088	240	100	4	2	Baixo	8
821118	130	80	5	9	Baixo	4
1163772	160	80	4	5	Alto	> ou = 30
226719	110	70	4	20	Baixo	< 1
663460	110	80	4	2	Intermediário	20
107560	120	80	5	10	Intermediário	12
132221	110	80	2	40	-	-
920283	120	80	1	3	Baixo	< 1
059031	120	90	1	12	Baixo	< 1
881335	120	70	3	5	Intermediário	10
1305803	120	90	4	3	Baixo	8
310510	140	90	2	1	Intermediário	20
1320715	120	75	4	0,2	Baixo	1
559274	160	80	5	2	Baixo	4
1285979	120	75	3	3	-	-
977467	100	60	4	2	Baixo	< 1
495645	160	100	2	0,1	-	-
539510	130	90	4	11	Baixo	4
1267230	130	80	2	0,1	Intermediário	10
640420	140	80	4	2	Intermediário	10
978883	120	75	5	1	Baixo	1
348870	150	90	3	9	Intermediário	17
1046585	113	81	3	5	Baixo	< 1
439257	140	90	3	9	Baixo	5
1105138	110	70	3	13	Baixo	1
97753	120	60	3	15	Alto	25
168814	120	75	3	20	Baixo	6
581565	110	80	4	4	Baixo	4
418317	120	80	4	5	Baixo	< 1
1093129	130	70	4	2	Alto	> ou = 30
264268	100	60	5	3	Intermediário	16
905454	110	70	4	7	Baixo	2
1029305	120	90	2	7	Baixo	< 1
1108492	150	60	4	14	-	-
499286	110	80	3	4	Intermediário	10

Continua

377126	150	100	5	0,1	Alto	22
995840	130	80	3	12	Intermediário	20
322575	100	70	4	1,6	Baixo	2
685896	120	70	3	6	Baixo	6
1237019	140	80	5	11	Baixo	5
903259	110	80	3	1	Intermediário	10
1266548	110	70	3	20	Baixo	< 1
499713	80	60	4	8	Baixo	< 1
686670	120	75	5	2	Intermediário	10
735911	160	100	4	0,2	Baixo	1
491900	160	90	5	8	Alto	> ou = 30
118181	170	100	3	22	Intermediário	16
644590	120	75	3	0,2	-	-
49042	160	100	2	2	Intermediário	10
60076	120	75	2	1	-	-
169347	130	90	3	3	-	-
306820	130	90	2	-	-	-
156736	110	90	3	10	Intermediário	12
71915	110	90	3	4	Baixo	5
248002	100	70	1	2	Baixo	1
45641	120	70	3	0,8	Baixo	4
565102	150	80	2	3	Intermediário	16
74854	170	110	3	10	Alto	27
69534	120	90	2	10	Intermediário	20
381749	120	80	2	6	Intermediário	11
659681	160	90	4	6	Intermediário	12
282038	100	60	4	5	-	-
654385	130	80	4	0,5	Alto	30
659814	100	80	5	0,7	Baixo	<1
665650	132	64	3	0,5	Intermediário	20
383049	150	70	4	0,1	Intermediário	16
851122	130	70	3	3	Intermediário	20
669700	160	100	4	0,2	Intermediário	11
290416	130	70	3	10	Intermediário	20
182250	150	80	4	1	Intermediário	20
618827	160	80	5	2	Intermediário	20
76337	140	90	5	5	Baixo	1
669090	130	70	3	0,9	Intermediário	14
603120	130	80	4	4	Baixo	8

Continua

340941	180	70	5	20	Intermediário	17
514116	120	80	5	0,8	Baixo	<1
6947	150	80	3	0	-	-
594623	120	80	4	5	Baixo	2
1201422	120	75	4	0,9	-	-
1322800	150	80	4	0,9	Baixo	< 1
1127800	110	80	4	9	Baixo	3
808183	120	80	5	2	Baixo	8
172892	120	75	4	3	-	-
753269	120	75	4	3	-	-
954577	130	90	3	15	Baixo	2
1238791	140	100	4	1	Baixo	4
648428	130	80	3	2	Alto	25
1261021	112	57	4	6	Intermediário	12
808168	120	75	5	6	-	-
76778	120	75	5	12	-	-
690990	142	82	5	0,2	-	-
1276163	100	50	4	20	-	-
120199	130	80	5	3	Baixo	4
382750	120	60	4	3	-	-
887091	120	75	4	0	-	-
739814	120	58	4	0,8	Alto	>=30

Fonte: Elaboração própria a partir de coleta de dados.

## ANEXO 1 – Mini Mental

-----Mini-mental<sup>1</sup>-----

(Folstein, Folstein &amp; McHugh, 1975)

**Paciente:** \_\_\_\_\_**Data de avaliação:** \_\_\_\_\_ **Avaliador:** \_\_\_\_\_**Orientação**

- |  |        |
|--|--------|
| 1) Dia da Semana (1 ponto)                               | (    ) |
| 2) Dia do Mês (1 ponto)                                  | (    ) |
| 3) Mês (1 ponto)   | (    ) |
| 4) Ano (1 ponto)   | (    ) |
| 5) Hora aproximada (1 ponto)                             | (    ) |
| 6) Local específico (andar ou setor) (1 ponto)           | (    ) |
| 7) Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto) | (    ) |
| 8) Bairro ou rua próxima (1 ponto)                       | (    ) |
| 9) Cidade (1 ponto)                                      | (    ) |
| 10) Estado (1 ponto)                                     | (    ) |

**Memória Imediata**

Fale três palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta. (    )

Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

**Atenção e Cálculo**

- (100-7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (93,86,79,72,65)  
 (1 ponto para cada cálculo correto) (    )

**Evocação**

- Pergunte pelas três palavras ditas anteriormente  
 (1 ponto por palavra) (    )

**Linguagem**

- |  |        |
|--|--------|
| 1) Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)   | (    ) |
| 2) Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto)   | (    ) |
| 3) Comando:”pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão (3 pontos) | (    ) |
| 4) Ler e obedecer:”feche os olhos” (1 ponto)   | (    ) |
| 5) Escrever uma frase (1 ponto)  | (    ) |
| 6) Copiar um desenho (1 ponto)   | (    ) |

**Escore:** (    / 30)<sup>1</sup>INTERPRETAÇÃO DO MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MMSE)**Pontuação**

< 24  
 < 18  
 < 14

**Escolaridade**

Altamente escolarizado  
 Ginásio  
 Analfabeto

**Diagnóstico**

Possível demência  
 Possível demência  
 Possível demência

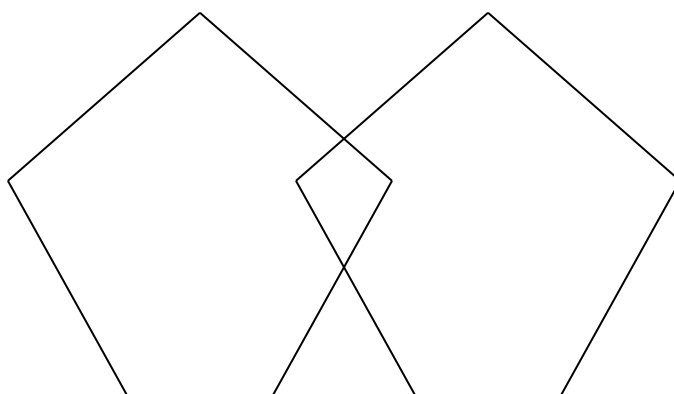
**Paciente:** \_\_\_\_\_

**<sup>2</sup>Idade:** \_\_\_\_\_

**Data de Avaliação:** \_\_\_\_\_

**ESCREVA UMA FRASE**

**COPIE O DESENHO**





**ANEXO 2 – Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida - SF-36**