

Edmundo Rinolino Magalhães Flores

**AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE E SUPORTE SOCIAL EM PACIENTES
SOB TRATAMENTO DIALÍTICO EM
BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS**

**Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública**

Belo Horizonte – MG

2015

Edmundo Rinolino Magalhães Flores

**AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE E SUPORTE SOCIAL EM PACIENTES SOB
TRATAMENTO DIALÍTICO EM BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Dra. Mariangela Leal Cherchiglia

**Belo Horizonte – MG
2015**

Flores, Edmundo Rinolino Magalhães.
F634a Autopercepção de saúde e suporte social em pacientes sob tratamento dialítico em Belo Horizonte, Minas Gerais [manuscrito]. / Edmundo Rinolino Magalhães Flores. -- Belo Horizonte: 2015.
155f.: il.
Orientador: Mariangela Leal Cherchiglia.
Área de concentração: Saúde Pública.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Insuficiência Renal Crônica. 2. Diálise. 3. Autoimagem. 4. Apoio Social. 5. Avaliação. 6. Estudos Transversais. 7. Dissertações Acadêmicas.
I. Cherchiglia, Mariangela Leal. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WJ 342

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Jaime Arturo Ramírez

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

Pró-Reitora de Pesquisa

Profa. Adelina Martha dos Reis

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Coordenador do Centro de Pós-Graduação

Profa. Sandhi Maria Barreto

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

COLEGIADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora

Profa. Sandhi Maria Barreto

Sub-coordenador

Profa. Ada Ávila Assunção

Representação Docente

Profa. Ada Ávila Assunção

Profa. Sandhi Maria Barreto

Profa. Eli Iola Gurgel Andrade

Profa. Mariangela Leal Cherchiglia

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Representação Discente

Flávia Soares Peres



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UFMG

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DO ALUNO EDMUNDO RINOLINO MAGALHÃES FLORES


Realizou-se, no dia 26 de fevereiro de 2015, às 14:00 horas, Sala 062 - Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *AUTOPERCEÇÃO DE SAÚDE E SUPORTE SOCIAL EM PACIENTES SOB TRATAMENTO DIALÍTICO EM BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS*, apresentada por EDMUNDO RINOLINO MAGALHÃES FLORES, número de registro 2013654647, graduado no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em SAÚDE PÚBLICA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Mariangela Leal Cherchiglia - Orientador (UFMG), Prof(a). Daisy Maria Xavier de Abreu (UFMG), Prof(a). Katia de Paula Farah (UFMG).


A Comissão considerou a dissertação:

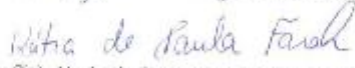
Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 26 de fevereiro de 2015.


Prof(a). Mariangela Leal Cherchiglia (Doutora)


Prof(a). Daisy Maria Xavier de Abreu (Doutora)


Prof(a). Katia de Paula Farah (Doutora)

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ter me conduzido a este momento de minha vida e me possibilitado este acontecimento.

À **Profa. Mariangela Leal Cherchiglia**, pela confiança, brilhante orientação na elaboração deste trabalho e pelos momentos de aprendizado nesses dois anos.

À **pesquisadora Elaine Leandro Machado**, quem me auxiliou e colaborou com afinco no desenvolvimento deste trabalho.

Aos **professores, colegas do programa de pós-graduação e companheiros do GPES** pelas discussões e encontros de aprendizado.

À **minha querida esposa**, por estar ao meu lado na alegria e na tristeza, me apoiando e me estimulando sempre que precisei.

Ao **meu filho**, quem me ensinou que é possível dormir menos e trabalhar mais e por sempre me receber com um sincero sorriso quando chegava em casa.

Aos **meus pais**, que jamais desistiram de incentivar meus sonhos.

Aos **demais familiares**, pela preocupação, interesse, alegrias e sabedoria que só poderia obter de minha família.

À **UFMG e CAPES**, por permitir que fizesse parte de tão respeitáveis instituições.

“Posso não ter ido aonde queria ir, mas creio que estou exatamente onde deveria estar”.

(Douglas Adams)

Resumo

Introdução: pacientes com doença renal crônica terminal (IRCT) apresentam complicações decorrentes da própria doença e de seu tratamento. O tratamento dialítico é paliativo e exige dos pacientes atitudes reativas que aumentem sua sobrevivência e bem-estar. A percepção de saúde desses sujeitos, que, em geral, é pior que a daqueles sem doença crônica, pode ser influenciada por fatores clínicos e não clínicos que impactam em saúde. **Objetivo:** investigar fatores associados à autopercepção de saúde de pacientes em diálise no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Métodos:** estudo de caráter analítico/transversal, com pacientes com DRCT que realizavam tratamento dialítico em unidades de diálise de Belo Horizonte. A variável resposta foi a autopercepção do estado geral de saúde, dicotomizada em “boa” e “ruim”. Para a análise estatística, foi realizada uma regressão logística intermediária, entre a variável de interesse e as pertencentes à dimensão sociodemográfica e econômica, outra para as clínicas e outra para as de suporte social ($p \leq 0,20$). Um modelo final foi desenvolvido para avaliar a associação entre a variável resposta e as variáveis que se mantiveram associadas ($p \leq 0,05$) nos modelos intermediários. A força de associação foi demonstrada pelo *odds ratio* e seu respectivo intervalo de confiança (IC95%). **Resultados:** Pouco mais da metade dos pacientes relataram autopercepção ruim de sua saúde. Menor escolaridade, dificuldade para andar, insatisfação com o apoio recebido de familiares e amigos e dificuldades para conseguir seus medicamentos foram fatores relacionados à autopercepção ruim de saúde. **Conclusão:** a autopercepção de saúde se mostrou multideterminada, sendo fatores sociodemográficos, clínicos e de suporte social importantes na avaliação de saúde do sujeito em tratamento dialítico. É importante o fomento de suporte social emocional e instrumental para pacientes em terapia dialítica frente à possibilidade de melhorias na qualidade de vida desses.

Palavras - chave: insuficiência renal crônica terminal, diálise, autopercepção de saúde, suporte social.

Abstract

Introduction: patients suffering from chronic kidney disease (CKD) have complications from the disease and the treatment. The dialysis treatment is palliative and demands of patients reactive attitudes that increase their survival and well-being. Self-rated health of these subjects, which in general is worse than those without chronic disease, can be influenced by clinical and non-clinical factors that impact on health. **Objective:** To investigate factors associated to self-rated health of patients on dialysis in Belo Horizonte city, Minas Gerais. **Methods:** analytical/transversal study with patients who underwent dialysis in dialysis units of Belo Horizonte. The response variable was the self-rated health, dichotomized as "good" and "poor". For statistical analysis, an intermediate logistic regression was performed between the variable of interest and sociodemographic and economic, other for the clinical and other for social support variables ($p \leq 0.20$). A final model was developed to evaluate the association between the dependent variable and the variables that remained associated ($p \leq 0.05$) in intermediate models. The strength of association was demonstrated by the odds ratio and their respective confidence intervals (95%CI). **Results:** More than half of the patients reported poor self-rated health. Low educational level, difficulty walking, dissatisfaction with the support received from family and friends and difficulties to obtain medications were related to poor self-rated health. **Conclusion:** self-rated health was multifactorial, and sociodemographic, clinical and social support factors are important for the subject on dialysis. It is imperative developing emotional and instrumental social support for patients on dialysis facing the possibility of improvements on the quality of life of these.

Key - words: Chronic renal failure, dialysis, self-rated health, social support.

SUMÁRIO

I. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	11
INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA TERMINAL (IRCT)	11
AUTOPERCEPÇÃO DO ESTADO GERAL DE SAÚDE	14
II. OBJETIVOS	19
III. MÉTODO	20
DELINEAMENTO	20
POPULAÇÃO DO ESTUDO E COLETA DE DADOS	20
COLETA DE DADOS	21
VARIÁVEIS	21
ANÁLISE ESTATÍSTICA	22
ASPECTOS ÉTICOS	23
IV. ARTIGO	24
INTRODUÇÃO	28
MATERIAIS E MÉTODOS	29
RESULTADOS	32
DISCUSSÃO	34
REFERÊNCIAS	39
TABELAS	42
V. CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
APÊNDICES	51
APÊNDICE A: projeto de mestrado apresentado na qualificação	51
APÊNDICE B: termo de consentimento	85
APÊNDICE C: entrevista estruturada do projeto TRS	87
APÊNDICE D: trabalho apresentado em congresso	143
ANEXOS	147
ANEXO A: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	147
ANEXO B: Comprovante de submissão do Artigo	149

I. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A doença renal crônica tem sido um tema de grande relevância para saúde pública nas últimas décadas, seja pela sua elevada taxa de incidência, pela ausência de cura, ou pelos efeitos que a doença e o seu tratamento têm sobre o indivíduo. É provável que pacientes acometidos por essa patologia tenham sua autopercepção de saúde comprometida em pequena ou grande escala, dependendo de características idiossincráticas do indivíduo. Assim como, o suporte social recebido poderia amenizar ou evitar um desgaste emocional e aumentar as chances de uma percepção de saúde melhor, como encontrado em estudos envolvendo outras patologias.

Doença Renal Crônica Terminal (DRCT)

Os rins são órgãos complexos e vitais responsáveis pela homeostase do organismo, a partir da síntese de hormônios e da filtração sanguínea. Desta resultam: a eliminação de substâncias nocivas por meio da urina, o equilíbrio do volume extracelular, a regularização da pressão arterial sistêmica e a degradação de peptídeos¹. Assim, o comprometimento da função renal provoca danos graves ao organismo, alterações na pressão arterial sistêmica, ganho de peso e dor².

A insuficiência renal crônica, uma das principais síndromes nefrológicas, é caracterizada pela perda, em geral lenta e progressiva, da função renal, por meio da redução da filtração glomerular, com significativas alterações nas taxas de ureia e creatinina³. As principais causas dessa patologia são hipertensão, diabetes mellitus e glomerulonefrites⁴.

O diagnóstico para Insuficiência Renal Crônica é feito com base em exames laboratoriais, de acordo com o ritmo de filtração glomerular (RFG), medido em ml/min/1,73 m². De acordo com os resultados desses exames essa doença apresentará vários estágios⁵:

- RFG \geq 90, normal (estágio 1).
- $60 \leq$ RFG \leq 89, levemente reduzida (estágio 2).
- $45 \leq$ RFG \leq 59, levemente para moderadamente reduzida (estágio 3a).
- $30 \leq$ RFG \leq 44, moderadamente reduzida (estágio 3b).

¹ St. Peter WL. Introduction: Chronic Kidney Disease: A Burgeoning Health Epidemic. Journal of Managed Care Pharmacy [internet] 2009 dez, 13(9): S2-5. http://www.amcp.org/data/jmcp/JMCPSupp%20D_Dec07_S2-S5.pdf (acessado em 25/ago/2013).

² Draibe AS, Ajzen H. Doença Renal Crônica. In Shor N, Ajzen H. Guia de nefrologia. 3ª ed. Barueri, Manole, 2011. p. 327 – 342

³ Gonçalves LFS, Costa CAR. Diagnóstico sondrômico em nefrologia. In Barros E et al. Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. pp. 32-38.

⁴ Cherchiglia ML, Machado EL, Szuster DAC, Andrade EIG, Acúrcio FA, Caiaffa WT et al. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004. Rev Saúde Pública [internet] 2010 ago; 44(4): 639-49. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/07.pdf> (acessado em 5/12/2014).

⁵ Kidney Disease Improving Global Outcomes. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Official Journal of the International Society of Nephrology [internet] 2013 jan, 3(1). http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/CKD/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf (acessado em 25/ago/2013).

- $15 \leq \text{RFG} \leq 29$, severamente reduzida (estágio 4).
- $\text{RFG} < 15$, falência renal (estágio 5).

Por falência renal – estágio mais avançado da doença renal crônica – ou Insuficiência ou Doença Renal Crônica Terminal (DRCT), compreende-se a manutenção de níveis abaixo de 1/6 da capacidade funcional dos rins. Nesses casos, a filtração reduzida pode chegar até 10-5 ml/min e tratamentos específicos – dialíticos, por meio da hemodiálise (HD) ou diálise peritoneal (DP), ou transplante – são necessários. Dessa forma, o transplante renal (TX) ou o tratamento dialítico são recomendáveis aos pacientes portadores de DRCT, como forma de manutenção da homeostase do organismo e compensação da perda do funcionamento renal².

Enquanto o TX é o processo de substituição dos rins por outro advindo de um doador, a diálise, ao seu turno, é o processo terapêutico de substituição da função renal estimulado externa e constantemente, por uma membrana semipermeável. Na HD, esse processo é modulado por uma membrana artificial, com duração média de três a quatro horas, três vezes por semana. Na DP a transferência dos solutos ocorre por meio do peritônio, com frequência variável: podendo ser a cada hora ou com intervalo maior; a frequência de trocas pode ser de duas vezes por semana ou toda noite; o processo de depuração do sangue pode durar de oito a 48 horas; de acordo com o tipo de DP e a necessidade do organismo⁶.

A alocação dos pacientes em cada tipo de tratamento ocorre por decisão do médico, de acordo com a probabilidade de sobrevivência, de morbidade e de qualidade de vida do paciente. Todavia, é recomendável que o paciente e seus familiares opinem durante o processo de decisão⁷.

Dentre os possíveis tratamentos, o TX se apresenta como solução mais aceitável a DRCT, por oferecer maior chance de sobrevida ao paciente⁴. Acredita-se, também, que o TX estimula o imaginário do paciente que, mesmo tendo um tratamento paliativo, acredita ter se curado de sua enfermidade⁸. Por outro lado, o TX depende da existência de um possível doador, seja ele vivo ou cadáver e das condições clínicas do paciente².

O tratamento dialítico também apresenta suas vantagens e desvantagens. Como vantagem, a indicação da HD não depende de características individuais dos pacientes e é disponibilizada em um centro de diálise com uma estrutura social apropriada. Por outro lado,

² Cf. Draibe AS, Ajzen H. Ibid.

⁴ Cherchiglia ML, Machado EL, Szuster DAC, Andrade EIG, Acúrcio FA, Caiaffa WT et al. Ibid.

⁶ Manfredi SR, Nadallete MAJ, Draibe AS, Canziani MEF. Técnicas Dialíticas na Doença Renal Crônica. In Shor N, Ajzen H. Guia de nefrologia. 3ª ed. Barueri, Manole, 2011. p. 449 – 460.

⁷ Kusumota L, Oliveira MP, Marques S. O idoso em diálise. Acta Paulista de Enfermagem [internet] 2009, 22 (Especial-Nefrologia): 548-550. <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/20.pdf> (acessado em 18/ago/2013).

² Cf. Draibe AS, Ajzen H. Ibid.

⁷ Cf. Kusumota L, Oliveira MP, Marques S. Ibid.

⁸ Higa K et al. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 21, n. spe, 2008. <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21nspe/a12v21ns.pdf> (acessado em 29/mar/2013).

as complicações decorrentes do tratamento hemodialítico são, em geral, mais graves, há maior predisposição a comorbidades e o traslado ao centro de diálise é repetitivo e, por vezes, difícil. A DP, por sua vez, pode ser realizada em domicílio e o deslocamento ao centro de diálise ou hospital é menos frequente. Além disso, quando ocorre infecção pelo cateter esta é, usualmente, menos grave nos pacientes em DP. Porém, a DP reduz a mobilidade do paciente, favorece alterações musculoesqueléticas e a redução na habilidade manual, dentre outras desvantagens⁷.

Entre as formas de tratamento dialítico, a HD é a mais utilizada no mundo. Havia em 2012, aproximadamente, 76% dos países com pelo menos 80% dos seus pacientes em HD. Isso, porém, não é regra: enquanto países como Japão e Argentina têm quase a totalidade dos seus pacientes realizando HD, Hong Kong e Nova Zelândia apresentam menos de 50% nessa modalidade⁹. No Brasil, em 2012, aproximadamente 91,6% dos pacientes em tratamento dialítico realizavam HD e 8,4% DP¹⁰.

A respeito dos dados epidemiológicos do tratamento dialítico, sabe-se que, no Brasil, aproximadamente, 34.366 pacientes iniciaram tratamento dialítico em 2012, o que corresponde a uma taxa de incidência de 177 pacientes por milhão de população (pmp). Em 2011, quando 26.680 novos pacientes iniciaram tratamento dialítico, a proporção de novos casos era de, aproximadamente, 149 pacientes pmp¹⁰. Estados Unidos e Japão são as regiões com maiores níveis de incidência, segundo o relatório do United States Renal Data System⁹, e tinham cerca de 360 e 295 pacientes pmp, respectivamente, em 2011.

A prevalência de pacientes em tratamento dialítico, no Brasil, também atingiu patamares mais altos nos últimos anos: estima-se que o número total de pacientes, tenha sido de 97.586, em 2012, uma taxa de 503 pacientes pmp¹⁰. Taiwan e Japão, os dois países com maior prevalência de IRCT, tinham uma taxa de 2.902 e 3.365 pacientes pmp, respectivamente⁹.

Em 2012, no Brasil, a maioria dos pacientes eram homens (58%), os quais tinham entre 19 e 64 anos (63,6%), Ademais, estimou-se 18.333 óbitos entre os pacientes em tratamento dialítico: uma taxa de mortalidade bruta de 18,8% durante o ano¹⁰.

A maioria dos pacientes em diálise tinha seu tratamento financiado pelo Sistema Único de Saúde (83,9%), em 2012¹⁰. Essa é uma proporção considerável para um sistema público de saúde comprometido em oferecer uma atenção integral aos seus usuários¹¹. Essa atenção

⁹ United States Renal Data System, 2014 annual data report: An overview of the epidemiology of kidney disease in the United States. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD, 2014. <http://www.usrds.org/adr.aspx> (acessado em 20/jan/2015).

¹⁰ Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Watanabe Y, Santos DR, et al. Relatório do Censo Brasileiro de Diálise Crônica 2012. J. Bras. Nefrol. 2014;36(1): 48-53. http://www.jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1617 (acessado em 20/jan/2015).

⁷ Cf. Kusumota L, Oliveira MP, Marques S. Ibid.

⁹ Cf. United States Renal Data System. Ibid.

¹⁰ Cf. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Watanabe Y, Santos DR, et al. Ibid.

¹¹ Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 389/GM, de 13 de março de 2014. <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/67580782/dou-secao-1-14-03-2014-pg-34> (acessado em 30/ago/2014).

integral à saúde, proposta nas políticas públicas, é um ideal norteador do sistema de saúde brasileiro e desencadeia transformações consideráveis nos serviços prestados aos enfermos. Entende-se por integralidade na atenção à disponibilidade de atendimento não somente ao organismo, mas ao sujeito histórico, social e político, não alheio ao ambiente social que o cerca¹².

Pensando em tal oferta de uma atenção qualificada ao portador de IRCT e no seu tratamento, o governo federal assinou as portarias nº 1168/GM, de 15 de junho de 2004¹³, e 389/GM, de 13 de março de 2014¹¹. Estas propuseram estratégias de promoção, de educação, de proteção, de recuperação da saúde e de prevenção de danos, embasadas na equidade e na autonomia dos indivíduos. As diretrizes das portarias têm como foco as necessidades de saúde da população, contemplando todos os níveis de atenção, de forma integral e multidisciplinar.

Compreende-se que tanto a IRCT quanto o tratamento dialítico interferem de forma particular na percepção do sujeito sobre seu estado de saúde e que não apenas os comprometimentos físicos estão em questão. Há riscos de complicações emocionais⁷, comprometimento da autoestima, surgimento de sentimentos de angústia e tentativas de isolamento desde o surgimento da IRCT. Isso ocorre em decorrência dos hábitos e das características próprias do sujeito serem modificados a partir do surgimento da doença e do tratamento dialítico. Essa modificação ocorre, muitas vezes, de forma dolorosa e desconfortável¹⁴. Assim, a percepção de sua saúde, as expectativas de vida e as expectativas sobre seu tratamento são diferentes para cada paciente.

Autopercepção do Estado Geral de Saúde

Por autopercepção de saúde, compreende-se a forma como o próprio sujeito descreve seu estado geral de saúde. Diferente de outras medidas de saúde – como as avaliações testadas por meio de exames laboratoriais e funcionais ou as observadas clinicamente por profissional

¹² Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência e Saúde Coletiva* [internet] 2007, 12(2): 335-342. <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf> (acessado em 18/ago/2013).

¹³ Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 1168/GM, de 15 de junho de 2004. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1168_ac.htm (acessado em 27/ago/2013).

¹⁴ Costa PB, Vasconcelos KFS, Tassitano RM. Qualidade de vida: pacientes com insuficiência renal crônica no município de Caruaru, PE. *Fisioter Mov* [internet] 2010 set, 23(3). <http://www.scielo.br/pdf/fm/v23n3/a13v23n3.pdf> (acessado em 08/abr/2013).

– a autopercepção de saúde se baseia nos conhecimentos e crenças pessoais¹⁵, em aspectos objetivos e subjetivos, englobando aspectos biológicos, psicológicos e sociais¹⁶.

Por ser tão abrangente, a autopercepção de saúde tem sido utilizada em diversos estudos como um confiável aferidor da análise global de saúde, mesmo diante da difícil tarefa de mensurar um estado como esse^{16,17,18,19,20}.

Na avaliação de saúde baseada na autopercepção do sujeito, a forma como o paciente em diálise encara o processo saúde-doença é considerada de acordo com a condição real e a simbólica assimilada idiossincraticamente dessa díade¹⁸. Dessa forma, o surgimento da doença e a necessidade do tratamento podem provocar duas possíveis reações: o sujeito pode ter seu aspecto socioemocional comprometido ou não²¹. Vale acrescentar também que o comportamento do paciente é condicionado por seus conhecimentos e expectativas sobre sua saúde¹⁶, e sua percepção revela muito de seu prognóstico²⁰.

São vários os fatores associados à autopercepção de saúde, sejam sociodemográficos, econômicos, clínicos e relacionados ao suporte social. Dentre esses fatores, são mencionados na literatura: sexo, idade, presença de doenças crônicas¹⁶, estado conjugal, renda, arranjo familiar¹⁸ e relações sociais, rede e suporte social²⁰. Dessa forma, a autopercepção revela de forma confiável, aspectos como habilidade funcional, clínicos e psíquicos¹⁷. Além disso, pessoas que relatam uma autopercepção ruim, apresentam riscos maiores de mortalidade se comparadas àquelas que relatam excelente saúde²⁰.

¹⁵ Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. Rev Saúde Pública 2009, 43(Supl 2): 27-37. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s2/ao792.pdf> (acessado em 23/dez/2014).

¹⁶ Agostinho MR, Oliveira MC, Pinto MEB, Balardin GU, Harzheim E. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. Rev Brasileira de Medicina de Família e Comunidade [internet] 2010 jan; 5(17): 9-15. <http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmf/article/view/175> (acessado em 26/jun/2013).

¹⁷ Shields M, Shoostari S. Determinants of self-perceived health. Health Reports [internet] 2001 dez; 13(1): 35-52. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15069807> (acessado em 29/nov/2013).

¹⁸ Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do município de São Paulo, Brasil. Rev Panam Salud Pública [internet] 2005; 17(5/6): 333-41. <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26270.pdf> (acessado em 25/nov/2013).

¹⁹ Thong MS, Kapetein AA, Benymini Y, Krediet RT, Boeschoten EW, Dekker FW. Association between a self-rated health question and mortality in young and old dialysis patients: a cohort study. American Journal of kidney diseases [internet] 2008 jul; 52(1): 111-17. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18511166> (acessado em 15/fev/2014).

²⁰ Nunes APN, Barreto SM, Gonçalves LG. Relações sociais e autopercepção da saúde: Projeto Envelhecimento e Saúde. Rev Brasileira de Epidemiologia [internet] 2012; 15(2): 415-28. <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v15n2/19.pdf> (acessado em 23/ago/2013).

²¹ Trentini M, Corradi EM, Araldi MAR, Tigrinho FC. Qualidade de vida de pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais e emocionais. Texto & Contexto Enfermagem [internet] 2004, 13(1): 74-82. <http://www.redalyc.org/pdf/714/71413111.pdf> (acessado em 25/janeiro/2013).

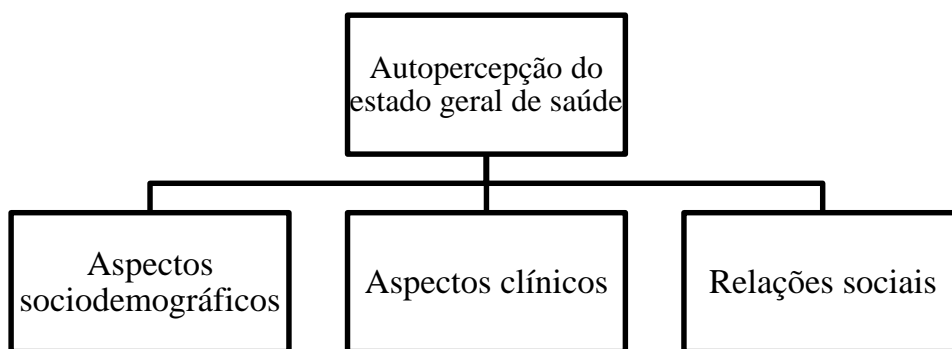


Figura 1: Determinantes da autopercepção do estado geral de saúde, segundo Nunes, Barreto e Gonçalves (2012)²⁰.

Como referidos acima, alguns componentes sociais podem influenciar na autopercepção de saúde. O suporte social, um desses componentes²⁰, possibilita a promoção de comportamentos saudáveis e melhores acessos aos serviços de saúde, favorece o conhecimento de direitos e de deveres, melhora a autoestima e estimula o respeito mútuo²². Assim, a inexistência ou a incerteza do suporte social poderia aumentar a vulnerabilidade a doenças, enquanto sua presença protegeria os indivíduos de danos à saúde física e mental decorrentes de situações estressantes^{23,24}.

A autopercepção de saúde e o suporte social

Não há um conceito específico para caracterizar o suporte social²⁵, por isso, Uma definição genérica para o termo foi proposta por Gonçalves et al.²⁴, na qual os autores descrevem o suporte social como uma situação:

...envolvendo qualquer informação, falada ou não, e/ou assistência material e proteção oferecida por outras pessoas e/ou grupos com os quais se tem contatos sistemáticos e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos (p. 1756).

Especificamente, o suporte social é mensurado e avaliado de diversas formas, devido suas várias teorias norteadoras existentes^{24,26}. Entre estas, destacam-se duas. Na primeira, a

¹⁷ Cf. Shields M, Shoostari S. Ibid.

¹⁸ Cf. Alves LC, Rodrigues RN. Ibid.

²⁰ Cf. Nunes APN, Barreto SM, Gonçalves LG. Ibid.

²² Leal MC et al. The relationship between social capital, social support and the adequate use of prenatal care. Cad Saúde Pública [internet] 2011, 27(supl. 2). <http://www.scielo.br/pdf/esp/v27s2/11.pdf> (acessado em 29/jan/2014).

²³ Seidl EMF, Tróccoli BT. Desenvolvimento de Escala para Avaliação do Suporte Social em HIV/aids. Psicologia: teoria e pesquisa [internet] 2006 set, 22(3): 317-26. <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n3/08.pdf> (acessado em 22/ago/2013).

²⁴ Gonçalves TR, Pawlowski J, Bendeira DR, Piccinini CA. Avaliação do apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. Ciência e Saúde Coletiva [internet] 2011, 16(3): 1755-69. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/12.pdf> (acessado em 27/jan/2014).

²⁵ Barreira Jr M. Distinction between social support concepts, measures, and models. American Journal of Community Psychology [internet] 1986, 14(4): 413-45. <http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF00922627#page-1> (acessado em 27/jan/2014).

²⁰ Cf. Nunes APN, Barreto SM, Gonçalves LG. Ibid.

²³ Cf. Seidl EMF, Tróccoli BT. Ibid.

²⁴ Cf. Gonçalves TR, Pawlowski J, Bendeira DR, Piccinini CA. Ibid.

²⁶ Due P, Holstein B, Lund R, Modvig J, Avlund K. Social relations: network, support and relational strain. Social Science & Medicine [internet] 1999, 48: 661-73. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10080366> (acessado em 28/jan/2014).

relação social é o conceito chave e o suporte social – junto às redes sociais e o engajamento social – é um de seus componentes, focado na avaliação da existência, do número e da frequência de tais relações^{23,26}.

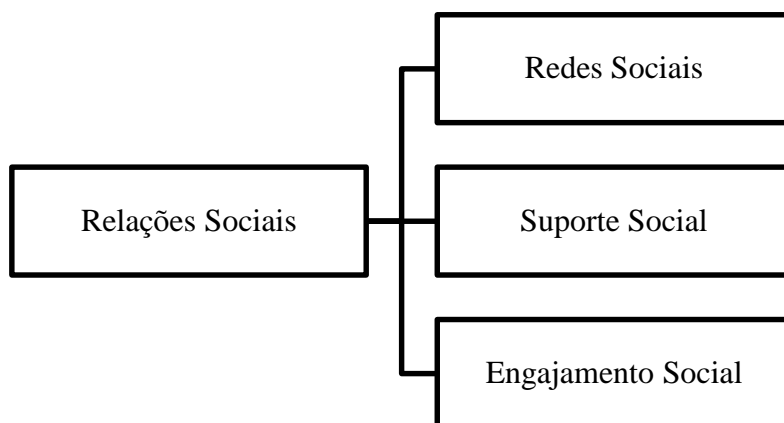


Figura 2: Componentes das relações sociais, segundo Nunes, Barreto e Gonçalves (2012)²⁰.

Na segunda possibilidade de abordagem, o suporte social é o construto central. De forma mais complexa é constituído por: apoio emocional, instrumental, informacional e cognitivo. O suporte social emocional é avaliado segundo a percepção do cuidado, do apoio ou do valor recebido, a partir do provimento de atenção ou de companhia. O apoio instrumental ou material é avaliado pela assistência dada, direta e prática, na presença de dificuldades ou atividades reais, como apoio material, financeiro ou das atividades do dia a dia²³. O apoio informacional é obtido a partir do recebimento de informações úteis na resolução do problema enfrentado. O apoio cognitivo, por sua vez, está presente nos reforços positivos e nas possibilidades de escuta²⁴.

Nessa segunda abordagem, o suporte, de forma geral, é percebido, sentido pelo paciente, ou seja, avaliado a partir das sensações desencadeadas ao receber esse suporte. O significado assumido, a satisfação com o cuidado, o tipo e qualidade do relacionamento vivido são fatores considerados na avaliação. Dessa forma, não há como avaliar, de fato, a assistência recebida, mas somente aquela relatada pela pessoa. Cabe ressaltar que há significativas diferenças entre o suporte recebido e o percebido, uma vez que, no primeiro, seria avaliado o apoio real, enquanto no segundo, a confiança das pessoas no recebimento do suporte em casos de necessidade²⁵.

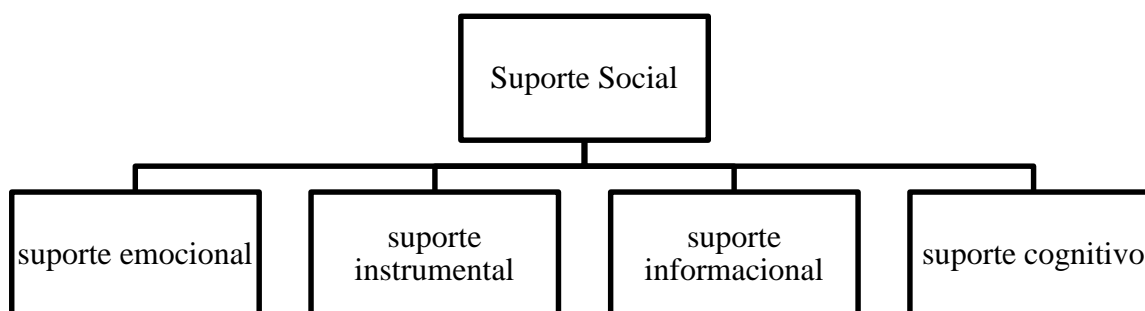


Figura 3: Componentes do suporte social, segundo Gonçalves et al. (2011)²⁴.

O processo de adoecimento e seu tratamento, como a doença renal e a diálise, fazem com que o sujeito se sinta ameaçado e entre em crise, provocando estresse²³, uma reação natural de um organismo que se vê ameaçado. O paciente deverá se adaptar a sua nova condição e lutar para resgatar seu equilíbrio. O suporte social pode atuar amenizando ou evitando esse estresse, possibilitando maior aderência ao tratamento, reduzindo o risco de morbimortalidade²⁷, atenuando os sentimentos de angústia²⁸ e fortalecendo a autonomia²⁹.

Pressupõe-se, então, que o suporte social e fatores sociodemográficos estejam associados à autopercepção de saúde, independente de fatores clínicos.

²³ Cf. Cf. Seidl EMF, Tróccoli BT. *Ibid.*

²⁴ Cf. Cf. Seidl EMF, Tróccoli BT. *Ibid.*

²⁵ Cf. Gonçalves TR, Pawlowski J, Bendeira DR, Piccinini CA. *Ibid.*

²⁷ Canesqui AM, Barsaglini RA. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. *Ciência e Saúde Coletiva* [internet] 2012, 7(5): 1103-14. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a02v17n5.pdf> (acessado em 25/jan/2014).

²⁸ Pedroso RS, Sbardelotto G. Qualidade de Vida e Suporte Social em Pacientes Renais Crônicos: Revisão Teórica. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde* [internet] 2008 fev, 4(7). http://susanaalamy.sites.uol.com.br/psicopio_n7_32.pdf (acessado em 9/ago/2013).

²⁹ Araújo SSC, Freire DBL, Padilha DMP, Baldisserotto J. Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no BrasilInterface. *Comunicação, Saúde, Educação* [internet] 2006, 10: 203-16. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180114102014> (acessado em 26/jan/2014).

II. JUSTIFICATIVA

A DRTC apresenta uma elevada taxa de mortalidade, o que indica a gravidade da doença, a necessidade de adoção de medidas preventivas e melhorias na atenção aos portadores dessa enfermidade. A busca por tratamento dialítico é crescente, sendo que o paciente portador de DRCT ainda poderá sofrer implicações físicas, psicológicas e sociais decorrentes desse tratamento. Faz-se necessário, portanto, incentivos a programas de atenção ao portador de DRCT mais humanizados e focados no seu interesse, pautados em benefícios biopsicossociais, e baixo custo e efetivo.

A autopercepção de saúde tem sido considerada uma variável utilizável em pesquisas por sua forte associação com morbimortalidade e comportamentos saudáveis. Por se tratar de uma variável subjetiva, determinada por aspectos físicos, psíquicos e sociais, pode ser utilizada para fornecer subsídios para avaliação de serviços, políticas e ações em saúde.

Ademais, a frequência de estudos representativos que abordem a autopercepção de saúde e o suporte social é baixa e estudos que envolvam esses dois temas podem favorecer melhorias consideráveis ao paciente em tratamento dialítico.

II. OBJETIVOS

Geral

Investigar a associação entre autopercepção do estado geral de saúde e fatores individuais, clínicos e de suporte social, em pacientes em tratamento dialítico, no município de Belo Horizonte, MG.

Específicos

- Descrever as características sociodemográficas, econômicas e clínicas, de suporte social e da autopercepção de saúde dos pacientes que iniciaram tratamento dialítico no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
- Identificar possíveis relações entre fatores sociodemográficos, econômicos, clínicos dos pacientes em diálise e a sua autopercepção de saúde.
- Identificar possíveis relações entre a autopercepção de saúde e o suporte social recebido, segundo sua natureza (emocional, instrumental, informacional e cognitivo).

III. MÉTODO

Delineamento

Este estudo, de caráter observacional/transversal, utilizou a base de dados da pesquisa “Equidade no acesso e utilização de procedimentos de alta complexidade/custo no SUS-Brasil: avaliação dos transplantes renais”. Esta pesquisa teve por finalidade conhecer os determinantes sociais de acesso e dos resultados em saúde relacionados ao transplante renal no Brasil, e foi conduzida pelo grupo de pesquisa em Economia da saúde da Universidade Federal de Minas Gerais.

População do Estudo e Coleta de Dados

Foram visados, na pesquisa, todos os pacientes acima de 18 anos, que iniciaram tratamento dialítico de janeiro de 2006 a dezembro de 2007, que utilizavam algum serviço de diálise habilitado pelo Sistema Único de Saúde, no município de Belo Horizonte, e dispostos a concordar em participar da pesquisa, de acordo com o termo de consentimento livre e esclarecido. Os potenciais participantes da pesquisa foram localizados a partir da lista de pacientes em TRS fornecida pelas 12 unidades de Diálise de Belo Horizonte.

Foram excluídos os pacientes que não tinham condições suficientes para responder ao questionário, seja por deficiência auditiva, visual ou por falta de compreensão das questões. Também não participaram da pesquisa aqueles que se recusaram a responder à triagem dos critérios de inclusão; ausentes após três tentativas de abordagem; internados ou que receberam alta do tratamento dialítico, pois seriam considerados com insuficiência renal aguda; transferidos para outra cidade ou sem informação sobre o local de transferência e pacientes que responderam menos de 50% do questionário. Ao todo, foram considerados inicialmente 713 os pacientes elegíveis a esta pesquisa.

Pela finalidade deste estudo, foram excluídos da base de dados existente os pacientes transplantados (6) e aqueles que não responderam à pergunta correspondente à variável resposta (16). Assim, ao total, foram considerados 691 os participantes.

Coleta de Dados

As informações foram adquiridas por meio de questionário demográfico, socioeconômico, clínico e de gastos elaborado pela equipe do Grupo de Pesquisa e Economia em Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais, do Kidney Disease and Quality Of Life – Short Form (KDQOL-SF), do Medical Outcome Survey – Short Form 36 (SF-36) e do Euroqol – EQ-5D, contidos em um único questionário (APENDICE C).

Variáveis

A autopercepção da saúde, variável resposta, foi construída a partir da pergunta "Como você avalia sua saúde geral?" cujas opções de resposta foram: muito boa, boa, nem ruim nem boa, ruim e muito ruim. Para o presente estudo, a variável foi dicotomizada em boa (muito boa, boa) e ruim (nem ruim nem boa, ruim e muito ruim).

As variáveis independentes foram:

i) sociodemográficas e econômicas: sexo, idade, cor de pele, religião/culto, estado civil, quantidade de filhos, escolaridade, número de corresidentes, plano/convênio de saúde, principal fonte de renda e renda principal e familiar, no mês anterior à pesquisa;

ii) clínicas: modalidade da TRS atual, tempo de doença renal crônica, tempo que iniciou o tratamento dialítico, internação hospitalar desde o início da diálise, perda de peso nos últimos seis meses, inscrição na lista única de TX, número de comorbidades e dificuldade para andar;

Baseado na revisão da literatura, esse estudo compreendeu o suporte social como componente principal de análise, sendo sua categorização feita em suporte emocional, instrumental, informacional e cognitivo. Para isso, em função da pré-existência do questionário, com perguntas já definidas, foi feita uma adaptação, a partir de uma analogia semântica, das perguntas contidas nos questionários Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/aids (Seidl e Tróccoli, 2006) e Medical Outcomes Study (Griep et al., 2005). Sendo assim, as variáveis utilizadas para o suporte social foram:

iii) “Em relação à sua família e amigos, até que ponto você está satisfeito com o apoio que você recebe de sua família e amigos?” e “Pense nos cuidados que você recebe na diálise. Em satisfação, como você classificaria a amizade e o interesse demonstrado em você como pessoa?” (suporte emocional); “Na sua vizinhança há vizinhos com quem você possa deixar as chaves da sua casa caso precise?”, “Na sua vizinhança há vizinhos com quem você possa deixar um membro da sua família em caso de emergência?”, “Alguém o acompanha em suas sessões

de diálise e/ou consultas médicas?”, “Alguém de as família está disposto a lhe doar um rim?” e “Você deixa o telefone de outra pessoa como contato na clínica de diálise?” (suporte instrumental); “Há quanto tempo você ficou sabendo pelo médico que tinha doença renal crônica?”, “Antes de iniciar a diálise, o médico lhe deu a opção de escolher entre a hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal?”, “Após o início da diálise, algum profissional de saúde disse que você não poderia comer/beber algum tipo de alimento/bebida?”, “O médico lhe avisou que o diabetes e/ou a hipertensão poderiam levar a doença renal crônica?” (suporte informacional); “O pessoal da diálise me encorajou a ser o mais independente possível?” (suporte cognitivo).

Análise Estatística

A análise estatística descritiva foi feita por meio de distribuição de frequências, medidas de tendência central e de dispersão. Para a análise univariada, todas as variáveis foram categorizadas e o teste qui-quadrado de Person foi utilizado para comparar as proporções entre os grupos de pacientes com autopercepção boa de saúde e o daqueles com autopercepção ruim, considerando o nível de significância de 20%. A magnitude das associações foi estimada pelo odds ratio e respectivos intervalos de confiança de 95%.

Todas as variáveis que apresentaram associação à variável dependente em nível de significância inferior a 0,20 na análise univariada foram incluídas em modelos logísticos intermediários. Esses modelos intermediários, em um total de três, reuniram as variáveis selecionadas na análise univariada, por dimensão as quais as variáveis pertenciam. Dessa forma, foi desenvolvido um modelo intermediário para a dimensão sociodemográfica e econômica, outro para a dimensão clínica e outro para a dimensão suporte social.

Em seguida, as variáveis que apresentaram associação à variável dependente em nível de significância inferior a 0,05 nos modelos ajustados por dimensões, foram incluídas no modelo logístico final. Foi realizado o teste Hosmer & Lemeshow para verificar a adequação do modelo final. As análises foram realizadas utilizando o pacote estatístico SPSS® 19.0.

Aspectos Éticos

O comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais, de acordo com o parecer ETIC 492-2006, aprovou o projeto “Equidade no acesso e utilização de procedimentos de alta

complexidade/custo no SUS-Brasil: avaliação dos transplantes renais”. Durante a aplicação do questionário, todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, também aprovado no mesmo parecer (Anexo II).

Artigo submetido a *Cadernos de Saúde Pública* em 21 de janeiro de 2015

Páginas: 25-48

Autopercepção de saúde e suporte social em pacientes sob tratamento dialítico em Belo Horizonte, Minas Gerais

EDMUNDO RINOLINO MAGALHÃES FLORES¹, ELAINE LEANDRO MACHADO²,
ELI IOLA GURGEL ANDRADE³, FRANCISCO DE ASSIS ACURCIO⁴, MARIÂNGELA
LEAL CHERCHIGLIA⁵

1. Mestrando em Saúde Pública 2. Doutora em Saúde Pública 3. Doutora em Demografia 5.
Doutor em Ciência Animal 5. Doutora em Saúde Pública

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais

Endereço: Avenida Alfredo Balena, 190.

Belo Horizonte, Minas Gerais. Brasil

CEP: 30130-100

Fax: 55 31 3409-9675

Telefone: 55 31 3409-9689

Autor Correspondente: Edmundo Rinolino Magalhães Flores

Endereço: Avenida Alfredo Balena, 190. Belo Horizonte, Minas Gerais. Brasil

CEP: 30130-100

Fax: 55 31 3409-9675 Telefone: 55 31 3409-9689

E-mail: edmagalhaesf@gmail.com

Categoria do artigo: artigo original

Esse artigo é parte da dissertação de Mestrado de Edmundo Rinolino Magalhães Flores, intitulado “Autopercepção de saúde e suporte social em pacientes sob tratamento dialítico em Belo Horizonte, Minas Gerais” – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais.

Resumo

O objetivo deste estudo foi analisar os fatores associados à autopercepção de saúde de pacientes em tratamento dialítico no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Realizou-se um estudo transversal com 691 pacientes que iniciaram diálise entre janeiro de 2006 a dezembro de 2007. Foram investigadas associações entre características sociodemográficas, clínicas e de suporte social, obtidas por meio de questionário próprio, do KDQOL-SF, do SF-36 e do EQ-5D, e autopercepção de saúde dos pacientes. Para análise multivariada utilizou-se regressão logística. Pouco mais de 50% dos pacientes relataram autopercepção ruim de sua saúde. Menor escolaridade, dificuldade para andar, insatisfação com o apoio recebido de familiares e amigos e dificuldades para conseguir seus medicamentos foram fatores relacionados à autopercepção ruim de saúde. Para além dos fatores associados à autopercepção de saúde ruim, mais apontados na literatura, tais como os sociodemográficos e clínicos de saúde, esse estudo destaca a importância do suporte social, emocional e instrumental nessa relação.

Palavras-chave: insuficiência renal crônica; diálise; autopercepção de saúde; suporte social.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze factors associated with self-rated health of patients on dialysis in the city of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. This was a cross-sectional study of 691 patients who initiated dialysis between January 2006 and December 2007. Associations between sociodemographic and clinical characteristics, social support, obtained using a proper questionnaire, KDQOL-SF, SF-36 and EQ-5D, and self-rated health of patients were investigated. Logistic regression was used for multivariate analysis. A few more than 50% of patients reported poor self-rated health. Low educational level, difficulty to walk, dissatisfaction the support received by family and friends and difficulties to get their medications were related to poor self-rated health. In addition to the factors associated to poor self-rated health most reported in the literature, like demographic and clinics, this study highlights the importance of social support, emotional and instrumental in this relation.

Key-words: renal disease; dialysis; self-rated health; social support.

RESUMÉN

La meta del estudio fue analizar hechos asociados a la autopercepción de la salud de pacientes en diálisis en Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. Se realizó un estudio transversal con 691 pacientes que iniciaron diálisis entre enero de 2006 y diciembre de 2007. La autopercepción de salud fue dicotomizada en buena y mala. Asociaciones fueron investigadas entre variables sociodemográficas, clínicas y de soporte social, obtenidas a través de cuestionario propio, KDQOL-SF, SF-36 y EQ-5D y autopercepción de la salud de los pacientes. Para el análisis multivariante se usó regresión logística. Poco más del 50% de los pacientes reportaron una mala autopercepción de su salud. Baja escolaridad, dificultad para caminar, insatisfacción con el apoyo recibido de la familia y de amigos y dificultades para obtener sus medicamentos fueron relacionados a la mala autopercepción de salud. Además de los factores sociodemográficos e clínicos de salud asociados a la autopercepción de mala salud, este estudio destaca la importancia del soporte social, emocional e instrumental en la relación.

Palabras clave: Insuficiencia renal crónica terminal; diálisis; autopercepción de salud; soporte social.

Introdução

A insuficiência renal crônica terminal (IRCT) é uma patologia caracterizada pela perda da capacidade excretória renal. Por meio da terapia de substituição renal (TRS) – hemodiálise (HD), diálise peritoneal (DP) ou o transplante renal (TX) – é possível manter a homeostase do organismo e compensar essa perda. A IRCT é, atualmente, um dos maiores desafios à saúde pública, por suas implicações clínicas ¹, associada à significativa mortalidade e ao elevado custo de tratamento ².

O número de pessoas que iniciam terapia de substituição renal tem aumentado em todo o mundo nos últimos anos ³, devido ao crescimento dos fatores de risco para IRCT: hipertensão arterial e diabetes tipo II ⁴. No Brasil, de 2000 a 2012, a incidência de pacientes no estágio final de doença renal crônica recebendo diálise aumentou em 20%, em média de 1,8% ao ano, enquanto a prevalência em 46,8%, em média de 3,6% ao ano ⁴. Em 2013, havia aproximadamente 100 mil pacientes em TRS, sendo a hemodiálise a terapia realizada por mais de 90% dos pacientes ⁵.

A IRCT e seu tratamento, especificamente o dialítico, podem estimular a produção de imaginários e de significados decorrentes das condições de saúde do sujeito, como dependência, negação ou adaptação ⁶. Esses pacientes estão expostos a estressores graves que impactam na autopercepção de saúde, ou seja, na representação da condição de saúde, formulada pelo próprio sujeito, o qual conhece melhor seu estado de saúde presente e passado ^{7,8,9}.

A autopercepção do estado geral de saúde tem sido utilizada em diversos estudos como um aferidor confiável do estado global de saúde e preditor de mortalidade ^{8,10,11,12, 13}. Ela é expressa por dimensões social, psicológica e biológica ¹⁴. Fatores como sexo, idade, condições clínicas, presença de doenças crônicas ¹⁰, estado conjugal, renda, arranjo familiar ¹¹, o tipo de tratamento dialítico, quantidade de comorbidades, nutrição ^{12,15} e suporte social ^{13,15,16} são considerados associados à autopercepção de saúde.

O suporte social é uma contingência que envolve o oferecimento de informação e/ou assistência material ao sujeito e que resulta em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Ele pode ser organizado, segundo sua natureza, em: emocional, relacionado à forma como o sujeito percebe o apoio recebido; instrumental, ou material, que ocorre através do auxílio na realização de atividades concretas ou na resolução de problemas ^{17,18}; informacional, segundo o recebimento de informações; e, cognitivo, de acordo com o incentivo, escuta ou apoio positivo oferecido ¹⁷.

Apesar da importância para a saúde pública da IRCT, estudos que envolvam a autopercepção de saúde de pacientes em tratamento dialítico são pouco frequentes na literatura, sobretudo no Brasil. O objetivo deste estudo foi investigar os fatores individuais, clínicos e de suporte social associados à autopercepção do estado geral de saúde em pacientes submetidos a tratamento dialítico, no município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Materiais e métodos

Este estudo, de caráter observacional/transversal e analítico, teve como fonte de dados a pesquisa “Equidade no acesso e utilização de procedimentos de alta complexidade/custo no SUS-Brasil: avaliação dos transplantes renais”, conduzida em Belo Horizonte/MG, pelo grupo de pesquisa em Economia da Saúde, da Universidade Federal de Minas Gerais.

População do Estudo e Coleta de Dados

Foram selecionados para participar do estudo, todos os pacientes acima de 18 anos, que iniciaram tratamento dialítico de janeiro de 2006 a dezembro de 2007, com três meses ou mais de tratamento, sem histórico de transplante renal anterior ao estudo, que utilizavam algum serviço de diálise habilitado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Belo Horizonte e que concordaram em participar da pesquisa de acordo com o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram excluídos os pacientes que não tiveram condição de responder o questionário, seja por dificuldade de compreensão, deficiência visual ou auditiva; que não concordaram em responder a triagem dos critérios de inclusão; os ausentes após três tentativas de abordagem; os pacientes internados ou que receberam alta do tratamento dialítico; transferidos para acompanhamento em outra cidade ou sem identificação do local de transferência; que os responderam menos de 50% do questionário.

A pesquisa foi realizada em duas etapas. A primeira, considerada neste estudo, consistiu em coletar os dados retrospectivos a 2008, relativos ao período de tratamento dialítico entre janeiro de 2006 e dezembro de 2007. Dados de prontuários dos pacientes que aceitaram participar da pesquisa, assim como daqueles que foram a óbito antes do início do estudo e se enquadravam nos critérios de inclusão da pesquisa, foram coletados para análise das variáveis clínicas de interesse.

As entrevistas foram realizadas com utilização de questionário com conteúdo demográfico, socioeconômico, clínico e de gastos elaborado pela equipe do Grupo de Pesquisa e Economia em Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais, pré-testado e validado em estudo piloto. Além desse, foram utilizados o Kidney Disease and Quality Of Life – Short Form (KDQOL-SF), o Medical Outcome Survey – Short Form 36 (SF-36) e o EuroQol (EQ-5D) – todos validados e adaptados para aplicação na população brasileira ^{19, 20, 21}.

Com a finalidade de testar a confiabilidade das informações fornecidas, uma amostra aleatória de 5% dos entrevistados foi convidada a responder novamente o questionário, sete dias após sua primeira aplicação. Os dados obtidos pelo teste Kappa sugerem uma boa confiabilidade.

Dos pacientes elegíveis participantes da pesquisa (713), foram excluídos aqueles que tinham o TX como modalidade atual da terapia renal (6) ou não responderam a pergunta correspondente à variável resposta (16). Nesse estudo foram considerados 691 os participantes.

Variáveis

A autopercepção da saúde, variável resposta, foi construída a partir da pergunta "Como você avalia sua saúde geral?" com as opções de resposta: muito boa, boa, nem ruim nem boa, ruim e muito ruim. Para o presente estudo, a variável foi dicotomizada em boa (muito boa, boa) e ruim (nem ruim nem boa, ruim e muito ruim).

As variáveis independentes foram agrupadas, de acordo com as dimensões listadas a seguir:

- i) sociodemográficas e econômicas: sexo, idade, cor de pele, religião/culto, estado civil, quantidade de filhos, escolaridade, número de corresidentes, plano/convênio de saúde, principal fonte de renda e renda principal e familiar no mês anterior à pesquisa;
- ii) clínicas: modalidade da TRS atual, tempo de doença renal crônica, tempo que iniciou o tratamento dialítico, internação hospitalar desde o início da diálise, perda de peso nos últimos seis meses, inscrição na lista única de TX, número de comorbidades e dificuldade para andar;
- iii) A avaliação da dimensão suporte social foi construída a partir das seguintes variáveis:
 - a) suporte emocional: “satisfação com o apoio recebido de família/amigos”, “satisfação com amizade/interesse demonstrados no tratamento de diálise” e “ajuda de profissionais da diálise em lidar com a doença renal”;

- b) suporte instrumental: “responsável por pagar o plano de saúde”, “possibilidade de deixar a chave de casa com algum vizinho, caso necessite”, “possibilidade de deixar um membro da família com algum vizinho, em caso de emergência”, “dificuldade em conseguir seus medicamentos”, “acompanhamento nas sessões de diálise/consultas” e “existência de algum membro da família disposto a doar um rim”;
- c) suporte informacional: “possibilidade de escolha da modalidade de tratamento” e “recebimento de informações sobre o que poderia comer/beber; e,
- d) suporte cognitivo: “estímulo da equipe de diálise para autonomia pessoal”.

Análise estatística

Foi realizada uma análise descritiva das variáveis por meio de distribuição de frequências, medidas de tendência central e de dispersão. Para a análise univariada, todas as variáveis foram categorizadas de acordo com a autopercepção da saúde e foram comparadas por meio do teste de qui-quadrado de Pearson.

Todas as variáveis que apresentaram diferença estatística com nível de significância inferior a 0,20 na análise univariada foram incluídas em três modelos intermediários. Estes modelos foram constituídos de acordo com os tipos de variáveis que continham. Assim, o modelo I correspondeu à dimensão sociodemográfica e econômica, o modelo II à clínica, enquanto o modelo III à dimensão de suporte social. Em seguida, as variáveis que apresentaram associação com a variável dependente em nível de significância inferior a 0,05 nos modelos ajustados por dimensões, foram incluídas no modelo logístico final.

A magnitude das associações, em todos os modelos, foi estimada pelo *Odds Ratio* e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Além disso, foi realizado o teste Hosmer & Lemeshow para verificar a adequação do modelo final. As análises foram realizadas utilizando o pacote estatístico SPSS® 19.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

Aspectos Éticos

O comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais, de acordo com o parecer ETIC 492-2006, aprovou o projeto. Durante a aplicação do questionário, todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, também aprovado no mesmo parecer.

Resultados

Entre os 691 participantes desse estudo, a maioria tinha entre 30 e 59 anos, em média 54,06 anos (DP 15,11 anos) e mediana de 55 anos. Houve predominância de homens; brancos ou pardos; pertencentes a alguma religião/culto; casados ou amasiados; com um a quatro filhos; com menos que oito anos de estudo; residentes com uma a três pessoas; que não possuíam plano/convênio de saúde; aposentados ou pensionistas; daqueles com renda individual de 1 a 3 salários mínimos e familiar inferior a três salários mínimos (Tabela 1).

A respeito das variáveis clínicas, a maioria dos pacientes realizava hemodiálise; tinha conhecimento de sua doença renal há menos de dois anos; realizava tratamento dialítico de quatro a 24 meses; não estava inscrita na fila única de transplante renal; não foi internado desde o início do tratamento; tinha uma ou duas comorbidades; não tinha problemas para andar. Além disso, quase metade dos entrevistados informou ter perdido peso nos últimos seis meses (Tabela 2).

Sobre o suporte social emocional, de modo geral, a maioria estava satisfeita com apoio que recebia de familiares e amigos, assim como com a amizade ou interesse demonstrado no seu tratamento de diálise e acreditava que a equipe de diálise da clínica o ajudou a lidar com a doença renal. No suporte instrumental, mais da metade relatou ter vizinhos com quem podiam contar para deixar as chaves de casa ou um membro da família em caso de emergência, alguém da família disposto a lhe doar um rim, pagar eles mesmos seu plano de saúde ou ter o pagamento subsidiado pela empresa na qual trabalhava ou trabalhara, bem como não ter dificuldades em conseguir seus medicamentos e não ter quem os acompanhem nas sessões de diálise ou consultas. No suporte informacional, a maioria não tivera a oportunidade de escolher qual modalidade de tratamento e foi informada sobre o que poderiam comer/beber. E, de acordo com o suporte social cognitivo, em geral, eles também foram encorajados a ser o mais independente possível (Tabela 3).

Pouco mais da metade dos entrevistados relatou ter uma saúde ruim. Na análise univariada, houve associação estatisticamente significativa ($p < 0,20$), da autopercepção de saúde ruim na dimensão sociodemográfica e econômica com as variáveis: idade, escolaridade, possuir plano/convênio de saúde e principal fonte de renda. Enquanto que, dentre as variáveis clínicas: internação hospitalar, perda de peso nos últimos seis meses, inscrição na lista única de TX, número de comorbidades e dificuldades para andar (Tabelas 1 e 2).

Em relação à dimensão suporte social, foram associadas significativamente à autopercepção ruim de saúde as variáveis: satisfação com o apoio que recebe de familiares e amigos; dificuldade em conseguir seus medicamentos; escolha da modalidade de tratamento; o fato de ter recebido informações sobre alimentação (Tabela 3).

No modelo I (Tabela 4), ajustado pela dimensão sociodemográfica e econômica, houve associação estatisticamente significativa entre a autopercepção ruim e escolaridade. No modelo II, ajustado pela dimensão clínica, se manteve associado a perceber sua saúde como ruim o fato de ter algum problema em andar. E, conforme modelo III, nas dimensões do suporte social, a autopercepção de saúde ruim se manteve associada a não estar satisfeito com o apoio que recebe e de familiares e amigos e se teve dificuldades em conseguir os medicamentos.

No modelo final (Tabela 4), na dimensão sociodemográfica e econômica, pacientes com até oito anos de estudo, tiveram aproximadamente 60% mais chances de autoperceberem sua saúde como ruim. Na dimensão clínica, aqueles com alguma dificuldade para andar tiveram quase três vezes mais chances de autoperceberem sua saúde como ruim do que aqueles sem dificuldades para andar. Na dimensão suporte social, aqueles que não se mostraram satisfeitos com o apoio que receberam de familiares e amigos tiveram duas vezes mais chances de relatarem sua saúde como ruim, enquanto que os que tiveram dificuldade em conseguir seus medicamentos tiveram mais de 40%. O teste de Hosmer e Lemeshow revelou adequação do modelo final ($p=0,796$).

Discussão

Os resultados encontrados neste estudo demonstram que a autopercepção de saúde ruim dos pacientes em diálise está associada às variáveis sociodemográfica, clínica e suporte social. Pacientes que estudaram menos de oito anos, que informaram possuir alguma dificuldade para andar, que relataram insatisfação com o apoio recebido de familiares e de amigos e que tiveram dificuldade em conseguir seus medicamentos apresentaram maiores chances de avaliarem a sua saúde como ruim.

Nesta pesquisa, houve maior proporção de homens, com 50 anos ou mais, similar à proporção de pacientes em diálise no Brasil ^{4,22}. Sabe-se que a entrada de pacientes no

tratamento dialítico ocorre próxima a essa faixa etária – em geral, a partir dos 45 anos –, ou seja, os pacientes entram e permanecem em tratamento ainda em idade produtiva³. A respeito da cor, houve maior proporção de não brancos, similar aos dados encontrados por Sesso et al.²² e contrários aos achados de Moura et al.⁴, referentes à população brasileira, em estudos realizados em períodos semelhantes ao desta pesquisa.

A respeito das variáveis clínicas, foi observado nesta pesquisa que a minoria dos pacientes estava inscrita na lista de transplantes renais (37,2%), proporção próxima à brasileira (42,6%)²². A maior parte dos pacientes realizava HD, sendo essa proporção ainda maior que a brasileira em tratamento dialítico (89,4%)^{3,4,22}. A alocação dos pacientes na modalidade de tratamento não ocorre de forma aleatória, mas por disponibilidade de recursos e de acordo com o estado clínico do paciente¹. Sabe-se, ao mesmo tempo, que pacientes em tratamento dialítico apresentam qualidade de vida inferior à média populacional geral e que pacientes transplantados apresentam melhor qualidade de vida que pacientes em diálise²³. É importante, portanto, o fomento de políticas que subsidiem melhorias no sistema de alocação de pacientes em TRS²³.

À exceção da impossibilidade de escolha da modalidade de tratamento, a maioria dos pacientes relatou ter recebido suporte social. Achados como esse são otimistas uma vez que o suporte social é um dos componentes estruturais de uma sociedade capazes de produzir efeito em saúde, a partir da promoção de comportamentos saudáveis, de melhores acessos aos serviços de saúde, do favorecimento do conhecimento de direitos e deveres e do aumento da autoestima²⁴.

A maioria dos participantes em tratamento dialítico relatou autopercepção ruim da sua saúde, assim como estudos realizados na Dinamarca⁹ e na Holanda¹², com pacientes em hemodiálise. A maior proporção de relatos de autopercepção ruim é compreensível, pois os indivíduos em tratamento dialítico já estão acometidos por uma enfermidade (a IRCT) e, conforme observado por alguns autores, a autopercepção ruim de saúde está associada à presença de morbidade^{9,10,11}. Ao seu turno, estudos que investigaram populações sem predominância de alguma morbidade específica, em geral, encontraram maior proporção de autopercepção boa de saúde^{7,8,10,25}. Por outro lado, em um estudo feito com pessoas idosas com alta prevalência de doenças crônicas e infecciosas¹⁴ a maioria relatou autopercepção ruim de saúde.

Não houve associação estatística entre sexo e idade e autopercepção ruim de saúde, nesta pesquisa. Em dois estudos envolvendo pacientes em HD foram observados resultados divergentes quanto à associação entre autopercepção de saúde ruim e idade: enquanto

Søndergaard e Juul ⁹ encontraram que quanto maior a idade pior a autopercepção de saúde, Thong et al ¹² não encontraram associação estatisticamente significativa. Autores apontam tanto a presença ^{10,11} como a ausência ⁸ de associação entre sexo e idade e autopercepção de saúde ruim, envolvendo populações, em geral, como ausência. Sobre a principal fonte de renda, se observou inicialmente que estar empregado é um fator preditivo para autopercepção de saúde ruim, mas essa variável não se manteve estatisticamente associada no modelo final. Em idosos, Nunes, Barreto e Gonçalves ¹³ observaram que a autopercepção ruim foi mais comum nos que não trabalhavam, possivelmente porque os empregados eram mais independentes e saudáveis.

Também não foi encontrada associação entre o número de comorbidades e internações e autopercepção de saúde, no modelo final. Neri et al. ¹⁵, se referindo a pacientes em tratamento dialítico, e Agostinho et al. e Lima-Costa, a pessoas idosas, apontam que quanto maior o número de morbididades ^{10,26} e internações ¹⁰ pior a autopercepção de saúde. Alvares et al. ²³ observaram que o número de internações e comorbidades comprometem a qualidade de vida dos pacientes em diálise, a qual é inferior à media da população em geral.

Quanto à dimensão suporte social, o recebimento de informações acerca de comportamentos alimentares não se mostrou associado à autopercepção de saúde, assim como a possibilidade de escolha da modalidade de tratamento, no modelo final. Não foi encontrada na literatura pesquisa sobre este tipo de relação ou entre autopercepção de saúde e suporte social informacional.

No modelo final, houve associação significativa entre a autopercepção ruim e a variável sociodemográfica menor escolaridade. Esta se mostrou associada à autopercepção ruim de saúde, similar a estudo feito na Holanda ¹² e na Itália ¹⁵, envolvendo pacientes em diálise. Estudos, realizados com pessoas diabéticas ²⁷, idosos ¹¹ e populações, em geral ⁸, também encontraram resultados semelhantes. O conhecimento sobre os determinantes das doenças e suas consequências resulta em cuidados e comportamentos saudáveis ²⁶. Portanto, a oferta de educação está vinculada à capacidade do indivíduo em lidar com as ameaças à sua saúde ²⁷.

Quanto às variáveis clínicas, pessoas com alguma dificuldade para andar tiveram aproximadamente três vezes mais chances de autoperceber sua saúde como ruim. Não foram encontrados, na literatura, estudos que abordassem associações específicas entre problemas para andar e autopercepção de saúde. Contudo, em algumas pesquisas que envolviam populações, em geral ^{7,8}, e um estudo feito com idosos ¹³ foi observado que o comprometimento físico aumentava as chances de autoperceber sua saúde como ruim. Este se mostra mais impactante em saúde quando comparado aos comprometimentos psíquicos e sociais ^{8,25,28}, o

que justifica a magnitude das associações entre dificuldade para andar e autopercepção ruim de saúde quando comparadas às demais variáveis que permaneceram no modelo final. Observou-se também, nesta pesquisa, que apenas aqueles que tinham alguma dificuldade para andar tiveram mais chances de autoperceber sua saúde como ruim, enquanto que a resposta “estar acamado” não teve associação estatisticamente significativa. Pode-se presumir que pessoas acamadas já estejam adaptadas à sua condição, enquanto aqueles que apresentam alguma dificuldade para andar ainda não se adaptaram ou não têm certeza se poderão contar com alguém quando necessitarem. Para Nunes, Lima e Barreto¹³ a insegurança de não poder contar com alguém em um momento de necessidade contribui para pior avaliação de saúde.

Os resultados deste estudo revelam associação entre autopercepção de saúde ruim e o descontentamento com suporte social emocional e instrumental. A respeito do suporte social emocional, a insatisfação com o apoio que o paciente recebe de familiares e amigos aumentou em mais que duas vezes as chances dos pacientes em diálise autoperceberem sua saúde como ruim. Em estudo realizado por Neri et al.¹⁵, com pacientes em hemodiálise, a associação entre autopercepção de saúde e suporte emocional também se mostrou significativa. Houve divergência quanto à associação em dois estudos, envolvendo população, em geral: enquanto Melchior et al.¹⁶ observaram que o suporte emocional está associado à autopercepção de saúde ruim, Shields e Shoostari⁸ não encontraram essa relação. É importante destacar que a terapia dialítica não ocorre de forma isolada e independente de outras pessoas, pois durante o tratamento dialítico, junto às melhoras clínicas, ocorre a formação de vínculos afetivos com outros pacientes e profissionais de saúde²⁸.

Quanto ao suporte social instrumental, ter dificuldades para conseguir seus medicamentos aumentou em mais de 40% as chances do paciente ter autopercepção ruim de sua saúde. Na população idosa, o suporte instrumental também se mostrou associado à autopercepção ruim de saúde, segundo Nunes, Lima e Barreto¹³. Mesmo com políticas governamentais de oferta de tratamento integral de pacientes com IRCT²⁹, com aumento do acesso a medicamentos, quase 30% dos participantes desta pesquisa relataram não ter tido acesso a fármacos. É sabido que o acesso inexistente ou restrito à medicação compromete o cumprimento de um tratamento contínuo³⁰. A ausência de um tratamento adequado poderia acarretar, além de comprometimentos físicos, mais estresse e, conseqüentemente, pior autopercepção de saúde.

É importante ressaltar que este estudo apresentou algumas limitações. Primeiramente, trata-se de um estudo observacional-transversal e, conseqüentemente, a relação temporal-causal

das associações não pôde ser analisada. Além disso, o estudo abordou uma população singular, de uma capital brasileira, não podendo ser generalizado para outras populações.

Ao mesmo tempo, pesquisas como esta são importantes pela escassez de informações sobre a autopercepção de saúde e suporte social em pacientes sob tratamento dialítico. A autopercepção de saúde é um independente preditor de mortalidade para pacientes com IRCT¹². Essa relação ocorre, possivelmente, porque a autopercepção de saúde pode influenciar comportamentos saudáveis e autocuidado²⁷. Ao mesmo tempo tem sido proposto que o suporte social funciona como um bloqueio ao estresse, ou seja, há evidências que sugerem que o suporte social percebido reduz o desgaste inerente à presença da morbidade e, conseqüentemente, reforça a função imune¹⁵.

Os resultados desse estudo apontam informações relevantes que possam melhorar a qualidade de vida dos portadores de IRCT em tratamento dialítico. Para além dos fatores associados à autopercepção de saúde ruim mais apontados na literatura, tais como os sociodemográficos e clínicos de saúde, esse estudo destaca a importância do suporte social nessa relação. O investimento em fomentações de suporte social, seja no suporte emocional seja no suporte instrumental ao paciente em terapia dialítica poderá induzir maior promoção da saúde, o melhor aproveitamento do tratamento dialítico e evitar o agravamento da doença renal.

LISTA DE ABREVIATURAS

IRCT, insuficiência renal crônica terminal

HD, hemodiálise

DP, diálise peritoneal

OR, odds ratio

IC 95%, intervalo de 95% de confiança

CONFLITOS DE INTERESSE

Não houve conflitos de interesse.

Referências

1. Peixoto ERM, Reis IA, Machado EL, Andrade EIG, Acurcio FA, Cherchiglia ML. Diálise planejada e a utilização regular da atenção primária à saúde entre os pacientes diabéticos do Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública [internet] 2013 jun; 29(6): 1241-50. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a20v29n6.pdf> (acessado em 2/nov/2014).
2. Machado EL, Gomes IC, Acurcio FA, César CC, Almeida MCM, Cherchiglia ML. Fatores associados ao tempo de espera e ao acesso ao transplante renal em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública [internet] 2012 dez; 28(12): 2315-26. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001400010&lng=en&nrm=iso (acessado em 5/dez/2014).
3. Cherchiglia ML, Machado EL, Szuster DAC, Andrade EIG, Acúrcio FA, Caiaffa WT et al . Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004. Rev Saúde Pública [internet] 2010 ago; 44(4): 639-49. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000400007> (acessado em 5/12/2014).
4. Moura L, Prestes IV, Duncan BB, Thome FS, SCHMIDT, MI. Dialysis for end stage renal disease financed through the Brazilian National Health System, 2000 to 2012. BMC Nephrology [internet] 2014 jul; 15. <http://www.biomedcentral.com/1471-2369/15/111> (acessado em 29/ago/2014).
5. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo 2013. http://www.sbn.org.br/pdf/censo_2013-14-05.pdf (acesso em 29/ago/2014).
6. HIGA, Karina et al . Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. Acta paul enferm [internet] 2008; 21(nro especial). http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000500012&lng=en&nrm=iso (acessado 29/mar/2013).

7. Idler EL, Russell LB, Davis D. Survival, functional limitations, and self-rated health in the NHANES I Epidemiologic Follow-up Study, 1992. First National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol* [internet] 2000 nov; 152(9):874–83. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11085400> (acessado em 27/dez/2014).
8. Shields M, Shoostari S. Determinants of self-perceived health. *Health Reports* [internet] 2001 dez; 13(1): 35-52. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15069807> (acessado em 29/nov/2013).
9. Søndergaard H, Juul S. Self-rated health and functioning in patients with chronic renal disease. *Danish Medical Bulletin* [internet] 2010 dez; 57(12): A4220. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21122461> (acessado em 28/dez/2013).
10. Agostinho MR, Oliveira MC, Pinto MEB, Balardin GU, Harzheim E. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. *Rev Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* [internet] 2010 jan; 5(17): 9-15. <http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/175> (acessado em 26/jun/2013).
11. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Pública* [internet] 2005; 17(5/6): 333-41. <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26270.pdf> (acessado em 25/nov/2013).
12. Thong MS, Kapetein AA, Benymini Y, Krediet RT, Boeschoten EW, Dekker FW. Association between a self-rated health question and mortality in young and old dialysis patients: a cohort study. *American Journal of kidney diseases* [internet] 2008 jul; 52(1): 111-17. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18511166> (acessado em 15/fev/2014).
13. Nunes APN, Barreto SM, Gonçalves LG. Relações sociais e autopercepção da saúde: Projeto Envelhecimento e Saúde. *Rev Brasileira de Epidemiologia* [internet] 2012;

- 15(2): 415-28. <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v15n2/19.pdf> (acessado em 23/ago/2013).
14. Lima-Costa MF, Cesar CC, Chor D, Proietti FA. Self-rated Health Compared With Objectively Measured Health Status as a Tool for Mortality Risk Screening in Older Adults: 10-Year Follow-up of the Bambuí Cohort Study of Aging. *Am J Epidemiol* [internet] 2012;175(3): 228–235. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22193172> (acessado em 28/dez/2014).
15. Neri L, Brancaccio D, Rocca Rey LA, Rossa F, Martini A, Andreucci VE et al. Social support from health care providers is associated with reduced illness intrusiveness in hemodialysis patients. *Clinical nephrology* [internet] 2011 fev; 75(2): 125-34. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21255542> (acessado em 28/dez/2013).
16. Melchior M, Berckman LF, Niedhammer I, Chea M, Goldberg M. Social Relations and self-reported health: a prospective analysis of the French Gazel cohort. *Social Science and Medicine* [internet] 2003; 56: 1817-30. <http://www.deepdyve.com/lp/elsevier/social-relations-and-self-reported-health-a-prospective-analysis-of-mc8gQyZm0z> (acessado em 20/jan/2014).
17. Gonçalves TR, Pawlowski J, Bandeira DR, Piccinini CA. Avaliação do apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência e Saúde Coletiva* [internet] 2011; 16(3): 1755-69. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/12.pdf> (acessado em 27/jan/2014).
18. Seidl EMF, Tróccoli BT. Desenvolvimento de Escala para Avaliação do Suporte Social em HIV/aids. *Psicologia: teoria e pesquisa* [internet] 2006 set; 22(3): 317-26. <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n3/08.pdf> (acessado em 22/ago/2013).
19. 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 SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia* [internet] 1999 mai; 39(3): 143-50.

- http://lava.med.br/MESTRADO/VASCULAR/2005/Artigos_Revista/Modulo_XXVI/390301.pdf (acessado em 4/out/2014).
20. Duarte OS, Miyazaki MCOS, Ciconelli RM, Sesso R. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL–SF). *Revista da Associação Médica Brasileira* [internet] 2003, 49(4): 375-81. <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n4/18335.pdf> (acessado em 4/out/2014).
 21. EuroQol Group. EQ-5D: a standardised instrument for use a measure of health outcome EQ-5D translations. www.euroqol.org (acessado em 14/nov/2014).
 22. Sesso RCC, Lopes AA, Thomé FS, Bevilacqua JL, Romão Jr. JE, Lugon JR. Relatório do Censo Brasileiro de Diálise, 2008. *Jornal Brasileiro de Nefrologia* [internet] 2008; 30(4): 233-8. http://www.jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=26 (acessado em 8/ago/2014).
 23. Alvares J, Almeida AM, Szuster DAC, Gomes IC, Andrade EIG, Acurcio FA et al . Fatores associados à qualidade de vida de pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil. *Ciênc saúde coletiva* [internet] 2013 jul; 18(7): 1903-10. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/05.pdf> (acessado em 5/jan/2015).
 24. Leal M Carmo, Pereira APE, Lamarca GA, Vettore MV. The relationship between social capital, social support and the adequate use of prenatal care. *Cad Saúde Pública* [internet] 2011; 27 (supl. 2): S237-53. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27s2/11.pdf> (acessado em 29/jan/2014).
 25. Mavaddat N, Kinmonth AL, Sanderson S, Surtees P, Bingham S, Khaw KT. What determines self-rated health (SRH)? A cross-sectional study of SF-36 health domains in the EPIC-Norfolk cohort. *J Epidemiol Community* [internet] 2011; 65: 800-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20551149> (acessado em 27/mar/2014).
 26. Lima-Costa MF, Steptoe A, Cesar CC, Oliveira C, Proietti FA, Marmot M. The influence of socioeconomic status on the predictive power of self-rated health for 6-

- year mortality in English and Brazilian older adults: the ELSA and Bambui cohort studies. *Annals of Epidemiology* [internet] 2012set; 22(9): 644-8.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22819435> (acessado em 28/dez/2014).
27. Schmitz N, Gariépy G, Smith KJ, Malla A, Boyer R, Strychar I, Lesage A, Wang J. Trajectories of Self-Rated Health in People with Diabetes: Associations with Functioning in a Prospective Community Sample. *Plos One* [internet] 2013 dez; 8(12): 1-7.
<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0083088> (acessado em 10/jun/2014).
28. Franco LC, Zatta LT, Vasconcelos P., Barbosa MA, Santos JRS, Rosa LFO. Evaluación de la calidad de vida de pacientes de insuficiencia renal crónica en diálisis renal. *Enferm glob* [internet] 2011 Jul; 10(23): 158-164.
<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n23/administracion2.pdf> (acessado em 5/out/2014).
29. Ministério da Saúde (BR). Portaria N° 389/GM, de 13 de março de 2014.
<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/67580782/dou-secao-1-14-03-2014-pg-34> (acessado em 30/ago/ 2014).
30. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E et al . Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* [internet] 2008 fev; 24(2): 267-80.
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/04.pdf> (acessado em 24/nov/2014).

TABELAS

Tabela 1 – Resultado da análise univariada da associação entre fatores sociodemográficos e econômicos e autopercepção ruim de saúde de pacientes em diálise, em Belo Horizonte, 2008.

Variáveis	Total	Autopercepção de saúde		OR (95%)	p-valor
		Ruim (%)	Boa (%)		
Total	691 (100)	349 (50,5)	342 (49,5)		
Sexo					0,489
Feminino	296 (42,8)	154 (44,1)	142 (41,5)	1	
Masculino	395 (57,2)	195 (55,9)	200 (58,5)	0,899 (0,665-1,215)	
Idade					0,131
Média (DP)		55,3 (14,6)	52,7(15,5)		
Mediana		56	52		
18-29 anos	45 (6,5)	20 (5,7)	25 (7,3)	1	
30-49 anos	207 (30,0)	93 (26,6)	114 (33,4)	1,020(0,533-1,951)	
50-59 anos	173 (25,1)	90 (25,8)	83 (24,3)	1,335 (0,701-2,621)	
60 anos ou mais	265 (38,4)	146 (41,8)	119 (34,9)	1,534 (0,812-2,896)	
Cor da pele					0,712
Branca	209 (30,6)	104 (30,2)	105 (30,9)	1	
Preta	118 (17,3)	61 (17,7)	57 (16,8)	1,080 (0,688-1,697)	
Parda	278 (40,6)	135 (39,2)	143 (42,1)	0,953 (0,666-1,365)	
Outras	79 (11,5)	44 (12,8)	35 (10,3)	1,269 (0,754-2,135)	
Religião/culto					0,721
Não	50 (7,2)	24 (6,9)	26 (7,6)	1	
Sim	640 (92,8)	324 (93,1)	316 (92,4)	1,111 (0,624-1,976)	
Estado Civil					0,597
Solteiro	133 (19,3)	62 (17,8)	71 (20,8)	1	
Casado/amasiado	402 (58,3)	205 (58,9)	197 (57,6)	1,192 (0,805-1,765)	
Viúvo/separado	155 (22,5)	81 (23,3)	74 (21,6)	1,253 (0,788-1,994)	
Quantidade de filhos					0,234
0	120 (17,0)	58 (16,7)	62 (18,1)	1	
1 ou 2	232 (33,6)	108 (31,0)	124 (36,3)	0,931 (0,599-1,447)	
3 ou 4	200 (29,0)	103 (29,6)	97 (28,4)	1,135 (0,722-1,785)	
> 4	138 (20,0)	79 (22,7)	59 (17,3)	1,431 (0,875-2,341)	
Escolaridade (anos)					<0,001
> 8	216 (31,5)	88 (25,4)	128 (37,8)	1	
≤ 8	470 (68,5)	259 (74,6)	211 (62,2)	1,785 (1,288-2,475)	
Número de coresidentes					0,261
Nenhum	60 (8,7)	30 (8,6)	30 (8,8)	1	
1 a 3	440 (63,7)	213 (61,0)	227 (66,4)	0,938 (0,547-1,609)	
> 3	191 (27,6)	106 (30,4)	85 (24,9)	1,247 (0,698-2,229)	
Plano/convênio de saúde					0,016
Não	429 (62,3)	232 (66,7)	197 (57,8)	1	
Sim	260 (37,7)	116 (33,3)	144 (42,2)	0,684 (0,502-0,932)	
Principal fonte de renda					0,012
Empregado	24 (3,5)	5 (1,5)	19 (5,6)	1	

Empregador/ autônomo	62 (9,1)	31 (9,0)	31 (9,2)	3,800 (1,260-11,459)	
Aposentado/ pensionista	351 (51,5)	188 (54,8)	163 (48,2)	4,383 (1,601-12,000)	
Beneficiários por auxílio doença	141 (20,7)	61 (17,8)	80 (23,7)	2,898 (1,024-8,197)	
Outros	11 (1,6)	5 (1,5)	6 (1,8)	3,167 (0,667-14,807)	
Não teve renda	92 (13,5)	53 (15,5)	39 (11,5)	5,164 (1,774-15,031)	
Renda principal^{1,2}					0,839
Média (DP)		1121,03 (1768,14)	1492,58 (2366,86)		
Mediana		642,00	610,00		
≤ 1 salário	26 (4,7)	14 (5,1)	12 (4,2)	1	
> 1 e ≤ 3 salários	376 (67,7)	185 (68,0)	191 (67,5)	0,830 (0,374-1,842)	
> 3 salários	153 (27,6)	73 (26,8)	80 (28,3)	0,782 (0,340-1,800)	
Renda familiar^{1,2}					0,366
Média (DP)		1873,47 (2294,04)	2222,92 (3040,49)		
Mediana		1100,00	1200,00		
≤ 1 salário	14 (2,8)	9 (3,6)	5 (1,9)	1	
> 1 e ≤ 3 salários	244 (47,9)	124 (49,4)	120 (46,5)	0,574 (0,187-1,762)	
> 3 salários	251 (49,3)	118 (47,0)	133 (51,6)	0,493 (0,161-1,512)	

¹ Dados referentes ao mês anterior à entrevista. ² Valores equivalentes ao salário mínimo do período da entrevista.

Tabela 2 – Resultado da análise univariada da associação entre dimensão clínica e autopercepção ruim de saúde de pacientes em diálise, em Belo Horizonte, 2008

Variáveis	Total	Autopercepção de saúde			p-valor
		Ruim (%)	Boa (%)	OR (95%)	
Modalidade de TRS					0,806
DP	29 (4,2)	14 (4,0)	15 (4,4)	1	
HD	662 (95,8)	335 (96,0)	327 (95,3)	1,098 (0,522-2,310)	
Tempo que sabe ter doença renal crônica					0,521
Menor que 1 ano	130 (19,5)	69 (20,8)	61 (18,3)	1	
De 1 a 2 anos	278 (41,7)	141 (42,5)	137 (41,0)	0,910 (0,600-1,381)	
Acima de 2 anos	258 (38,7)	122 (36,7)	136 (40,7)	0,793 (0,520-1,210)	
Tempo de tratamento dialítico					0,279
Até 3 meses	88 (12,9)	53 (15,3)	35 (10,4)	1	
De 4 a 12 meses	253 (37,0)	126 (36,4)	127 (37,6)	0,655 (0,400-1,073)	
De 13 a 24 meses	274 (40,1)	133 (38,4)	141 (41,7)	0,623 (0,382-1,015)	
Acima de 24 meses	69 (10,1)	34 (9,8)	35 (10,4)	0,642 (0,339-1,212)	
Internação desde o início do tratamento					0,003
Nenhuma	4,7 (60,7)	183 (54,8)	224 (66,5)	1	
1 internação	152 (22,7)	81 (24,3)	71 (21,1)	1,396 (0,961-2,029)	
2 ou mais	112 (16,7)	70 (21,0)	42 (12,5)	2,040 (1,328-3,135)	
Perda de peso nos últimos 6 meses					0,006
Não	355 (51,9)	160 (46,6)	195 (57,2)	1	
Sim	329 (48,1)	183 (53,4)	146 (42,8)	1,528 (1,130-2,066)	
Inscrição na lista de transplante					0,051
Não	404 (66,6)	213 (70,3)	191 (62,8)	1	
Sim	203 (33,4)	90 (29,7)	113 (37,2)	0,714 (0,509-1,002)	
Comorbidades auto referidas					< 0,001

Nenhuma	25 (3,7)	11 (3,2)	14 (4,2)	1
1 – 2	390 (57,3)	171 (49,6)	219 (65,2)	0,994 (0,440-2,244)
> 2	266 (39,1)	163 (47,2)	103 (30,7)	2,014 (0,881-4,607)
Dificuldade em andar				< 0,001
Nenhuma	438 (63,6)	180 (51,7)	258 (75,7)	1
Alguma	239 (34,7)	161 (46,3)	78 (22,9)	2,959 (2,126-4,118)
Acamado	12 (1,7)	7 (2,0)	5 (1,5)	2,007 (0,627-6,422)

Tabela 3 – Resultado da análise univariada da associação entre dimensão suporte social e autopercepção ruim de saúde de pacientes em diálise, em Belo Horizonte, 2008

Variáveis	Total	Autopercepção de saúde		OR (95%)	p-valor
		Ruim (%)	Boa (%)		
Emocional					
Satisfação com o apoio recebido de familiares/amigos					
Satisfeito	609 (88,8)	298 (85,9)	311 (91,7)	1	0,015
Insatisfeito	77 (11,2)	49 (14,1)	28 (8,3)	1,826 (1,118-2,983)	
Satisfação com o interesse demonstrado pela equipe de diálise					
Satisfeito	679 (99,0)	342 (98,6)	337 (99,4)	1	0,451
Insatisfeito	7 (1,0)	5 (1,4)	2 (0,6)	2,463 (0,473-12,785)	
Apoio da equipe de diálise em lidar com a doença renal					
Não	69 (10,1)	34 (9,8)	35 (10,3)	1	0,819
Sim	617 (89,9)	313 (90,2)	304 (89,7)	1,060 (0,644-1,743)	
Instrumental					
Responsável por pagar o plano de saúde					
O próprio paciente	118 (45,6)	54 (47,4)	64 (44,8)	1	0,596
Empresa em que trabalha/trabalhou	49 (19,1)	18 (15,8)	31 (21,7)	0,688 (0,347-1,364)	
Empresa onde familiar trabalha	33 (12,8)	18 (15,8)	15 (10,5)	1,442 (0,655-3,087)	
Por familiar	48 (18,7)	20 (17,5)	28 (19,6)	0,847 (0,430-1,669)	
Outros	9 (3,5)	4 (3,5)	5 (3,5)	0,948 (0,242-3,708)	
Possibilidade de deixar a chave de casa com algum vizinho					
Não	189 (27,8)	95 (27,9)	94 (27,6)	1	0,913
Sim	492 (72,2)	242 (72,1)	247 (72,4)	0,981 (0,702-1,373)	
Possibilidade de deixar um membro da família com algum vizinho, em caso de emergência					
Não	184 (27,1)	94 (27,6)	90 (26,5)	1	0,730
Sim	496 (72,9)	246 (72,4)	250 (73,5)	0,942 (0,672-1,322)	
Dificuldade em conseguir medicamentos					
Não	476 (70,1)	222 (65,3)	254 (74,9)	1	0,006
Sim	203 (29,9)	118 (34,7)	85 (25,1)	1,588 (1,140-2,214)	
Acompanhante nas sessões de diálise/consultas					
Não	424 (61,4)	208 (59,6)	216 (63,2)	1	0,337
Sim	267 (38,6)	141 (40,4)	126 (36,8)	1,162 (0,855-1,579)	
Membro da família disposto a lhe doar um rim					
Não	220 (36,5)	112 (37,8)	108 (35,2)	1	0,498
Sim	383 (63,5)	184 (62,2)	199 (64,8)	0,892 (0,640-1,242)	

Informacional**Possibilidade de escolha da modalidade de tratamento** **0,146**

Não	500 (73,0)	261 (75,4)	239 (70,5)	1
Sim	185 (27,0)	85 (24,6)	100 (29,5)	0,778 (0,555-1,092)

Informações alimentares **0,064**

Não	59 (8,5)	23 (6,6)	36 (10,5)	1
Sim	632 (91,5)	326 (93,4)	306 (89,5)	1,668 (0,966-2,879)

Cognitivo**Estímulo da equipe de diálise para autonomia pessoal** **0,871**

Não	152 (22,2)	76 (21,9)	76 (22,4)	1
Sim	534 (77,8)	271 (78,1)	263 (77,6)	1,030 (0,719-1,477)

Tabela 4 - Variáveis que permaneceram associadas estatisticamente à autopercepção ruim de saúde em cada modelo, segundo Odds Ratio (IC95%)

Variáveis	Modelo I	Modelo II	Modelo III	Modelo Final
	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)
Idade				
18-29 anos	1			
30-49 anos	0,957 (0,451-2,031)			
50-59 anos	1,392 (0,650-2,983)			
60 anos ou mais	1,782 (0,824-3,854)			
Escolaridade				
Maior que 8 anos	1			1
Até 8 anos	1,483 (1,028-2,140)			1,584 (1,104-2,271)
Plano/convênio de saúde				
Não	1			
Sim	0,735 (0,520-1,039)			
Principal fonte de renda				
Empregado	1			
Empregador/ autônomo	0,717 (0,263-1,959)			
Aposentado/ pensionista	1,164 (0,481-2,817)			
Beneficiários de auxílio doença	1,821 (0,715-4,637)			
Outros	4,055 (0,768-21,400)			
Não teve renda	1,072 (0,407-2,821)			
Internação desde o início do tratamento				
Nenhuma		1		
1 internação		1,222 (0,800-1,867)		
2 ou mais		1,560 (0,953-2,555)		
Perda de peso nos últimos 6 meses				
Não		1		

Sim	1,256 (0,885-1,782)		
Inscrição na lista de transplante			
Não	1		
Sim	0,900 (0,620-1,305)		
Comorbidades auto referidas			
Nenhuma	1		
1 – 2	1,270 (0,483-3,337)		
> 2	1,878 (0,702-5,021)		
Dificuldade em andar			
Nenhuma	1		1
Alguma	2,757 (1,874-4,057)		2,895 (2,006-4,178)
Acamado	1,872 (0,425-8,233)		1,735 (0,515-5,840)
Satisfação com o apoio recebido de familiares/amigos			
Satisfeito		1	1
Insatisfeito		1,738 (1,048-2,885)	2,044 (1,196-3,493)
Dificuldade em conseguir medicamentos			
Não		1	1
Sim		1,488 (1,061-2,086)	1,468 (1,025-2,104)
Possibilidade de escolha da modalidade de tratamento			
Não		1	
Sim		0,763 (0,540-1,079)	
Informações alimentares			
Não		1	
Sim		1,517 (0,860-2,675)	

V. Considerações Finais

O paciente em diálise apresenta uma série de complicações decorrentes da DRCT. Torna-se necessário a esses pacientes uma nova postura diante do problema e atitudes que garantam sua sobrevivência e seu bem-estar. Ao mesmo tempo, a nova realidade favorece a formação de novos vínculos ou o fortalecimento dos já existentes, seja com familiares, com amigos ou com profissionais responsáveis por seu acompanhamento.

É importante, portanto, que o cuidado prestado aos pacientes em diálise não objetive apenas um resultado clínico, como o aumento da sobrevivência, mas também o bem estar desses pacientes. É fato que o objetivo essencial do tratamento dialítico é o aumento da sobrevivência. Porém, sabe-se que o cuidado qualificado e pautado nas necessidades idiossincráticas do sujeito, e não apenas na sua sobrevivência, aumenta a eficácia do tratamento dialítico e melhora a qualidade de vida do portador de DRCT.

Este estudo objetivou avaliar a autopercepção de saúde dos pacientes em diálise e investigar possíveis associações entre a autopercepção e as características sociodemográficas, clínicas e de suporte social.

Foi observado que menor escolaridade, ter alguma dificuldade para andar, estar insatisfeito com o apoio que recebeu de familiares e amigos e ter dificuldade na obtenção de seus medicamentos aumentaram as chances do paciente dialítico autoperceber sua saúde como ruim.

Não há como aumentar a escolaridade dos indivíduos com DRCT na espera que sua enfermidade desapareça, mas o estímulo a esse aumento pode favorecer a autoestima e o melhor aproveitamento da terapia de substituição renal. O mesmo pode ser pensado quanto à dificuldade de andar: por mais que não seja possível reestabelecer a função locomotiva, um cuidado aperfeiçoado pode resultar em melhoria na qualidade de vida do sujeito e no seu tratamento, mesmo sem que ele ande normalmente.

Ao mesmo tempo, fomentar o suporte social emocional entre os pacientes em tratamento dialítico resultaria em saúde, afirmação das relações sociais e, sobretudo, um tratamento mais humanizado. Poder contar com alguém, além de estimular o imaginário de estima, evita outros estresses não decorrentes da doença renal.

Sobre a dificuldade de conseguir seus medicamentos, os achados deste estudo revelaram o impacto da ausência de um suporte social instrumental adequado para os pacientes em tratamento dialítico – cerca de 46% a mais de chances de autoperceber sua saúde como ruim.

O devido acesso a medicamentos é direito conquistado pelo cidadão brasileiro e nos casos do paciente com DRCT, por já possuírem uma doença crônica, esse direito se torna ainda mais urgente.

A autopercepção do estado geral de saúde se mostrou um componente multidimensional, associado a características sociodemográficas, clínicas e de suporte social emocional e instrumental, corroborando o que diz a literatura. Assim, o sujeito percebe sua saúde não apenas como um diagnóstico ou como um profissional de saúde lhe sugeriu, mas também como sua particularidade e suas vivências lhe permitiram compreender seu estado.

APÊNDICE A

Projeto de mestrado apresentado na qualificação

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

PRESENÇA DE SUPORTE SOCIAL EM PACIENTES SOB TRATAMENTO
DIALÍTICO:
uma análise quantitativa sobre a Autopercepção do Estado Geral de Saúde

Belo Horizonte - MG

2013

EDMUNDO RINOLINO MAGALHÃES FLORES

**PRESENÇA DE SUPORTE SOCIAL EM PACIENTES SOB TRATAMENTO
DIALÍTICO:
uma análise quantitativa sobre a Autopercepção do Estado Geral de Saúde**

Projeto apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para o exame de qualificação de mestrado.

Orientadora: Mariangela Leal Cherchiglia

Belo Horizonte – MG

2013

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	55
Insuficiência Renal Crônica Terminal	55
Terapias Renal Substitutiva	56
Aspectos Epidemiológicos da IRCT e seu tratamento	58
A atenção à saúde do portador de IRCT no SUS	60
Qualidade de Vida em Pacientes com IRCT	62
Determinação Social do Processo Saúde-Doença	65
Suporte Social	69
Autopercepção do Estado Geral de Saúde	71
JUSTIFICATIVA	73
OBJETIVO	74
Geral	74
Específicos	74
MÉTODO	75
Delineamento	75
População do Estudo e Coleta de Dados	75
Variáveis	76
Análise Estatística	76
Aspectos Éticos	77
REFERÊNCIAS	78
ANEXOS	Erro! Indicador não definido.
ANEXO I	Erro! Indicador não definido.
ANEXO II	Erro! Indicador não definido.

INTRODUÇÃO

Insuficiência Renal Crônica Terminal

Os rins, órgãos complexos e vitais, são essenciais na: eliminação de catabólitos, regulação da homeostase hidroeletrolítica, manutenção do volume extracelular, regularização da pressão arterial sistêmica, síntese de hormônios e degradação de peptídeos. De forma abrangente, os rins são responsáveis pela filtração do sangue, por separar as substâncias tóxicas, ou em excesso, do material ainda útil que será devolvido à circulação sanguínea. A quantidade de sangue que passa pelos rins aproxima-se de 200 litros diários (WENDY, 2007), podendo variar segundo as particularidades de cada pessoa, a uma variação de velocidade de 100 a 120 ml/min. O resultado desse processo é a eliminação de 1% desse volume total através da urina (HELOU, ANDRADE, 1999).

O comprometimento da função renal implica em danos severos ao organismo, uma vez que, como dito anteriormente, pode resultar em acúmulo excessivo de substâncias e, conseqüentemente, em alterações preocupantes na pressão arterial sistêmica, além de ganho de peso e dor. Diversos resíduos nocivos permanecem no organismo, caso os rins não executem sua função corretamente. Além disso, a água que também é eliminada pela urina se mantém retida, provocando edema (DRAIBE; AJZEN, 2011).

As principais síndromes nefrológicas são: síndrome nefrótica, anormalidades urinárias assintomáticas, infecção urinária, obstrução urinária, tubulopatias, hipertensão arterial sistêmica, nefrolitíase, tumores renais, traumatismo renal, insuficiência renal aguda e insuficiência renal crônica. Essas duas últimas são caracterizadas pela redução da filtração glomerular, com alterações significativas nas taxas de ureia e creatinina. A diferença entre aguda e crônica é feita de acordo com o estágio e nível de progressão da patologia, o que por vezes, favorece diagnósticos imprecisos (GONÇALVES; COSTA, 1999).

Intitula-se Insuficiência Renal Crônica, ou Doença Renal Crônica, uma patologia, caracterizada pela perda, em geral lenta e progressiva, da capacidade excretória renal. O diagnóstico para Insuficiência Renal Crônica é feito com base em exames laboratoriais, de acordo com o ritmo de filtração glomerular (RFG), medido em ml/min/1,73 m². De acordo com os resultados desses exames essa doença apresentará vários estágios (KIDNEY DISEASE IMPROVING GLOBAL OUTCOMES, 2012):

- $\text{RFG} \geq 90$, normal.
- $60 \leq \text{RFG} \leq 89$, levemente reduzida.
- $45 \leq \text{RFG} \leq 59$, levemente para moderadamente reduzida.
- $30 \leq \text{RFG} \leq 44$, moderadamente reduzida.
- $15 \leq \text{RFG} \leq 29$, severamente reduzida.
- $\text{RFG} < 15$. Falência renal.

Por falência renal, último estágio da doença renal crônica, ou Insuficiência Renal Crônica Terminal (IRCT), compreende-se a manutenção de níveis abaixo de 1/6 de sua capacidade funcional dos rins. Nesses casos, a filtração é reduzida, podendo chegar até 10-5 ml/min, casos em que a presença de tratamentos específicos - diálise ou transplante - se tornam urgentes. O tratamento dialítico, foco desta pesquisa, é recomendável, portanto, aos pacientes portadores de IRCT, como forma de manutenção da homeostase do organismo e compensação da perda do funcionamento renal (DRAIBE; AJZEN, 2011).

Terapias Renal Substitutiva

A Terapia Renal Substitutiva (TRS) é a opção assistencial ao portador de IRCT. Há três possíveis tratamentos para essas pessoas: HD, DP e o transplante renal (MANFREDI et al., 2011). Das três, o transplante se mostra como solução mais aceitável para a palição do problema, pois as outras duas exigem frequente acompanhamento clínico para purificação do sangue, enquanto que a substituição do aparelho renal estimula o imaginário do portador de insuficiência para uma cura ou ausência de doença (COSTA; VASCONCELOS; TASSITANO, 2010).

De acordo com o estágio da doença, o paciente pode aguardar e se preparar para receber o tratamento ou recorrer imediatamente ao auxílio de uma máquina para aliviar seu sistema circulatório dos resíduos acumulados, como nos casos de doença renal crônica terminal (PEIXOTO, 2012, p. 19). Cada modalidade tem suas vantagens e desvantagens, na promoção do bem-estar psicofísico para o paciente e para seus familiares. A probabilidade de sobrevivência, morbidade e qualidade de vida são fatores avaliados na indicação do tratamento (KUSUMOTA; OLIVEIRA; MARQUES, 2009).

Com exceção do transplante – merecedor de destaque, mas não objetivado nesta pesquisa –, o tratamento para o portador de IRCT é constante, chegando a casos diários. Isso

porque decorre de um processo estimulado externamente. Segundo a definição de Manfredi et al. (2011, p. 449):

a diálise é um processo físicoquímico pelo qual duas soluções separadas por uma membrana semipermeável influenciam na composição uma da outra. A hemodiálise é o processo de transferência de massa entre o sangue e o líquido da diálise, modulado por uma membrana semipermeável artificial. Já na Diálise Peritoneal, esse transporte de solutos acontece através do peritônio.

Dentre as formas de diálise, a HD é a mais recorrente no mundo, “sendo relatado que mais de 60% dos países possuem no mínimo 80% dos pacientes nessa modalidade dialítica” (SESSO, 2011, p. 6). Isso porque, por mais que não haja um consenso na escolha, a HD favorece a melhor eficácia do tratamento, por garantir a troca sem depender diretamente da capacidade do organismo para produzir efeito e estar em fácil acesso para a equipe médica (KUSUMOTA; OLIVEIRA; MARQUES, 2009).

Todos os casos de IRCT devem ser acompanhados de perto por um especialista. Na DP, o número de vezes que são feitas as drenagens do material recolhido varia entre pacientes e especificidades clínicas do tratamento (a cada hora, duas vezes por semana, a uma troca por dia). Na HD, esse tempo de duração do tratamento também varia entre pacientes, mas em geral tem duração de três a quatro horas, três vezes por semana. A HD também pode ser feita em casa, desde que haja o material e os cuidados necessários (MANFREDI et al., 2011)

Na maioria dos casos, o paciente necessita de atendimento urgente, pois está no último estágio da doença – estágio terminal – e seus rins não exercem sua função como esperado, como informa Peixoto et al. (2013). Os autores acrescentam que isso pode gerar agravantes ao tratamento, pois o paciente sente um impacto físico maior diante da realização da terapia, assim como as mudanças de hábitos, estimulando a baixa aderência e maior resistência ao novo estilo de vida. Os agravantes também serão gerados pela concomitância na realização dos exames com o tratamento, gerando medidas mais arriscadas do profissional cuidador. Por fim, pacientes sem início planejado não são educados de forma adequada quanto a sua doença e ao tratamento.

Contudo, mesmo o transplante oferece limitações. Uma dessas está na dieta dos portadores de insuficiência renal crônica. Para tanto, o nutricionista é requisitado no acompanhamento desses pacientes, não somente no controle dos fatores responsáveis pelo distúrbio, como também na prevenção de comorbididades comuns nesses pacientes (CUPPARI et al., 2011).

Os mecanismos em saúde na contenção da evolução dos portadores de Insuficiência Renal Crônica se mostram inadequados no Brasil. Esse quadro, contudo, pode ser revertido com medidas não tão complexas, tais como: diagnóstico imediato da doença; encaminhamento

imediatamente para o atendimento especializado; identificação e correção das complicações e comorbidades mais comuns; e educação e preparo para o tratamento (BASTOS et al., 2004).

Aspectos Epidemiológicos da IRCT e seu tratamento

A incidência de pacientes com IRCT apresenta um comportamento binário, no mundo inteiro, na última década. Enquanto em alguns países, esse crescimento se mostra nítido, em outros já tende à estabilização. Estados Unidos, Taiwan e Japão, são os países com maiores níveis de incidência, com 369, 361 e 288 pessoas com IRCT para cada milhão de pessoas, em 2010. Alguns estudos atestam que o México supera esses números (Morelos, 2009 apud UNITED STATES RENAL DATA SYSTEM, 2012).

A prevalência da doença também atingiu patamares mais altos nos últimos anos. Nos Estados Unidos e em países desenvolvidos da Europa e Ásia, apesar das ainda crescentes taxas de prevalência, essa tendência tem diminuído ou, em alguns casos, também tendem à estabilização (SESSO et al., 2012). Os três países com maiores taxas de incidência também são os mesmos que apresentam maior prevalência. Contudo, Taiwan ocupa a ponta superior com 2.584, seguido por Japão com 2.260 e Estados Unidos com 1.870 para cada milhão de pessoas (USRDS, 2012).

No Brasil, em 2012, a prevalência de pacientes com insuficiência renal crônica é elevada, quando comparada às taxas correspondente ao mesmo período em demais países, e está em constante crescimento, segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN, 2013)

Há algumas explicações para esse aumento. Como a faixa etária está diretamente proporcional à presença de IRCT – até de insuficiência renal crônica, em geral –, e, portanto, quanto mais velha, maiores as chances da pessoa apresentar a falência renal, o aumento na expectativa de vida ocorrido no Brasil, nos últimos anos, contribui para os elevados índices de prevalências de doenças crônicas e morbidades (GRASSMANN et al., 2005). Ao mesmo tempo, é comum o desenvolvimento de doenças crônicas degenerativas em países desenvolvidos, diferente dos subdesenvolvidos, onde a prevalência maior é de doenças infectocontagiosas. Como o Brasil é considerado um país em desenvolvimento, espera-se um comportamento cada vez mais similar ao dos países desenvolvidos (ARAÚJO, 2012), sendo que as principais causas da doença são Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, com, respectivamente, 28,5% e 33,8% dos casos (SBN, 2013). Ainda assim, é nítida a dificuldade

apontada por Cherchiglia et al. (2010), em encontrar causas abrangentes da doença por não haver determinação em um elevado número dos casos (44%).

O número de pacientes recebendo tratamento dialítico no mundo inteiro segue os padrões da prevalência de IRCT, com ressalvas em alguns países. Bangladesh, Japão e Argentina têm quase a totalidade dos seus pacientes realizando hemodiálise (HD). Por outro lado, Hong Kong e México – este último segundo um estudo específico de Morelos (2009 apud USRDS, 2012) – apresentam mais de 50% de seus pacientes em Diálise Peritoneal (DP). Nova Zelândia e Austrália, por sua vez, além da elevada proporção de pacientes em DP, apresentam as maiores taxas de pacientes fazendo HD domiciliar, com 17,7% e 9,1%, respectivamente (USRDS, 2012).

No Brasil, aproximadamente, 28.680 novos pacientes iniciaram tratamento em 2011, uma taxa de incidência de 149 para milhão de pessoas. Esse número é alto se comparado ao ano anterior, quanto 18.972 pacientes novos iniciaram tratamento dialítico, cerca de 100 para cada milhão de pessoas (SESSO et al., 2012).

O total estimado de pacientes em tratamento dialítico, atualmente, é de 91.314, segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). Esse é o segundo maior registro, perdendo somente para 2010, com 92.091, representando mais que o dobro referente a 2001, ano em que se estimava 42.695 pacientes.

No Brasil, entre 2000 e 2004, a proporção de incidência era de 89% em HD para 11% em DP (CHERCHIGLIA et al., 2010). Estimou-se que, em 2011, 90,6% dos pacientes realizam HD (SESSO et al., 2012), número que coloca o Brasil na mesma margem que a maioria dos países do globo, os quais têm a maioria considerável dos pacientes nessa terapêutica.

Dentre esses pacientes, 84% fazem o tratamento pelo SUS, segundo o censo 2012 da SBN (2013). Isso é claramente compreendido, uma vez que o sistema público é responsável por quase total oferta de unidades com tratamento dialítico e seu financiamento (PAIM et al., 2011). Ao mesmo tempo, essa informação fornece subsídios para questionamentos a respeito da qualidade do atendimento público, como discutido mais adiante.

Em relação à faixa etária, a maior parte dos pacientes sob tratamento tem entre 19 e 64 anos, 63,6%, enquanto pacientes entre 65 e 80 anos, segunda maior categoria, representam 27,7%. A maioria também pertence ao sexo masculino, 57,7%, também segundo o censo da SBN (2013). Na verdade, no mundo inteiro a população em diálise se tornou mais idosa (CHERCHIGLIA et al., 2010).

A maioria dos que iniciam o tratamento pela modalidade de DP, tem como causa da insuficiência a Diabetes, apesar da maioria dos pacientes com IRCT poder ser tratado por qualquer modalidade, por depender apenas de suas condições clínicas (CHERCHIGLIA et al., 2010).

Estratificado por regiões, o Brasil apresenta grande disparidade na incidência de pacientes em diálise. A região Centro-Oeste merece destaque ao apresentar a maior razão anual de pacientes que iniciaram o tratamento por milhão de pessoas com 201 casos. A região Sudeste aparece em segundo com 181, enquanto a região Norte abarca 68 novos casos para cada milhão de pessoa. A prevalência estimada de pacientes em diálise, por região, segue um padrão semelhante ao da incidência. A região Sudeste suporta 583 casos, enquanto a região Norte tem o menor número, 279 casos (SESSO et al., 2012).

Estima-se, segundo o censo de 2011 da SBN (2013), que existam 643 unidades de diálise no Brasil, segundo maior número desde 2001, perdendo somente para 2008 (ano em que havia 684 unidades). A distribuição dessas unidades de atendimento ao portador de insuficiência renal crônica pelo Brasil também apresenta enormes disparidades. A maioria delas está localizada na região Sudeste (177 unidades, 50,1%), e a minoria está na região Norte (13 unidades, 3,7%) (SESSO, 2012). Uma informação desse tipo é pertinente, pois o Brasil, por apresentar uma extensão geográfica continental, encontra diferenças significativas sociais e culturais entre regiões. Além disso, também apresenta um elevado nível de desigualdade, mesmo com as iniciativas governamentais e não governamentais para a redução da iniquidade (GURGEL et al., 2012).

A atenção à saúde do portador de IRCT no SUS

O serviço oferecido aos portadores de insuficiência renal crônica é originado, e quase totalidade dos casos, pelo sistema público de saúde. A proposta desse sistema, na verdade, de acordo com a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, é ofertar um serviço de saúde universal, integral e equitativo. Ao mesmo tempo, coexiste no Brasil, junto ao sistema público, o privado que também oferece os benefícios promocionais e assistenciais à saúde. Assim, o brasileiro opta

por um serviço que melhor lhe aprouver, segundo suas demandas e possibilidades (UGÁ; PORTO, 2008).

Uma vez que se fala em universalidade, segundo a mesma Lei 8.080, se espera que o serviço de diálise atinja todos, sem distinção. Ao mesmo tempo, oferecer o serviço pode ser compreendido não somente como dá-lo quando necessitado, mas também propaga-lo nas diversos ambientes existente do país, sem barreiras geográficas, econômicas, jurídicas etc. Espera-se que todos possam escolher entre receber a atenção devida ou optar por outra mais conveniente, mas com conhecimento pleno de seus direitos.

Já que o serviço de diálise é obrigatoriedade do Estado, cabe a este último acolher seus pacientes. É possível, contudo, que na prática haja, como em muitos países, a escolha de tratamento para determinados pacientes em detrimento de outros. Pacientes idosos e diabéticos são bem vindos ao tratamento em países desenvolvidos – ainda, afinal têm sido cada vez mais crescente a incidência em indivíduos mais idosos –, com disponibilidade financeira para abarcar essas pessoas. O mesmo não pode ser dito em países em desenvolvimento (como o caso do Brasil) em que o tratamento pode ser restrito a pacientes mais jovens e menos doentes. (SESSO, 2011).

A disponibilidade integral da atenção à saúde também merece destaque em uma discussão a parte, pois também é um ideal norteador do sistema de saúde e desencadeia transformações consideráveis nos serviços prestados. Entende-se por integralidade a disponibilidade de atendimento não somente ao organismo, mas ao sujeito histórico, social e político, não alheio ao ambiente social que o cerca (MACHADO et al., 2007).

Em termos de equidade, segundo a Lei, se busca mais atendimentos aos menos favorecidos de forma compensatória, a fim de atingir a igualdade da assistência à saúde, sem preceitos ou privilégios. Alguns empecilhos se apresentam frente a essa ideia. Um deles, citado por Cabral et al. (2011), diz respeito aos itinerários do processo saúde-doença-cuidado que é determinado por fatores econômicos e sociais, subjetivos e culturais, afetando a forma como as pessoas utilizam o serviço de saúde. Machado et al. (2011), corroboram essa informação, em sua pesquisa, que há iniquidades, também no acesso ao transplante renal.

É possível que, no Brasil, há fatores que contribuam para a alocação dos pacientes com IRCT que não sejam as condições clínicas. Acredita-se em razões também não médicas na seleção, tais quais como “reembolso financeiro, falta de informação consistente ao paciente sobre as opções, disponibilidade de recursos, aspectos de ordem moral, social e cultural” (BELLO; NWANKWO; EL NAHAS, 2005 *apud* CHERCHIGLIA et al., 2010, p. 647).

Em 15 de junho de 2004, o Governo Federal, através da portaria nº 1168/GM, instituiu a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal. De acordo com a portaria, Ministério da Saúde e as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, de forma articulada, devem: desenvolver estratégias – e organizá-las – de promoção, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, embasados na autonomia e na equidade dos indivíduos portadores de doença renal, em todos os níveis de atenção; identificar os determinantes e condicionantes dessa patologia; definir critérios mínimos para o funcionamento das redes de atenção ao portador de doença renal, de forma qualificada; e avaliação contínua desses locais. Além disso, a nova proposta, surgida de demandas internacionais e pressões sociais, consiste em priorizar os pacientes com hipertensão e diabetes, integral e multidisciplinar, a partir da Atenção Básica, interligada com os outros dois níveis de atenção.

Por Atenção Primária à Saúde, se entende um conjunto de práticas que tem como centro o usuário-cidadão. Com o crescente aumento da importância aos Determinantes Sociais em Saúde, nas últimas décadas, pensou-se em priorizar o atendimento inicial através da atenção ambulatorial, e resolver nesses locais os problemas mais comuns, assim como efetuar encaminhamentos, quando necessários, aos setores especializados. Esse enfoque permite uma maior resolução de problemas com menos gastos, a promoção da saúde e prevenção de doenças, como metas para melhor atender à sociedade ao invés de apenas ofertar o tratamento assistencial (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Percebe-se, portanto, que, ao mesmo tempo em que os ideais norteadores do sistema de saúde público no Brasil exaltam a nobreza da proposta de cuidado, há impasses que tornam inviável um serviço de qualidade. Desafios insistem na conservação de um modelo ultrapassado de atenção pautado em iniquidades e limitações. É digno de nota, no entanto, que há diversos movimentos dispostos a reverter esse quadro, como a proposta de humanização do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a).

Qualidade de Vida em Pacientes com IRCT

Estudos sobre estágio final em doença renal crônica presentes na literatura são abordados por dois pontos de vista: um mais biológico, pautado nas características orgânicas da doença e outro que aborda a qualidade de vida dos pacientes com essa patologia. Uma possível causa para esses direcionamentos está na ausência de cura para a doença. Assim,

enquanto se procura um fim da patologia, o alívio do sofrimento do paciente é imediatamente desejado, por esse caráter paliativo do tratamento dialítico (SANTOS, 2012).

O termo qualidade de vida pode ser designado para responder a uma necessidade humana de compreensão do próprio existir, partindo de elementos cotidianos, como percepção e expectativas sobre a vida; habilidades frente a problemas sociais e biológicos. Ao mesmo tempo, o termo não se encerra em si, pois ele é definido a partir de uma perspectiva de mundo e não de forma generalizada, segundo Almeida, Gutierrez e Marques (2012). Pereira, Texeira e Santos (2012) também adotam a ideia de que qualidade de vida é um constructo histórico e cultural, portanto, em constante transformação.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), depois de diversas discussões sobre o assunto, com especialistas de diversas partes do mundo, definiu qualidade de vida como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto na cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Essa definição não interroga a presença ou ausência de indicadores objetivos do meio ambiente, do estado funcional ou psicológico, e sim a percepção do respondente (FLECK, 2000, p. 34).

As TRSs podem ser aperfeiçoadas a ponto de não somente substituir os rins, mas de proporcionar ao paciente uma máxima aproximação a sua vida normal – como era antes do surgimento da limitação. É fundamental ponderar as repercussões sociais e psicológicas, assim como os comprometimentos na qualidade de vida desses pacientes, junto às repercussões físicas (MACHADO, 2011).

Em um estudo feito por Garcia et al. (2010), com pacientes em HD, se constatou que 61,8% dos participantes da pesquisa apresentam alteração de humor em algum nível. Para Guedes e Guedes (2012), o tratamento dialítico não deva ser estimado por resultado de exames, como se fosse suficiente a redução das taxas de creatinina e aumento da sobrevida, por exemplo. Ele também deve se ocupar também da qualidade de vida do sujeito, níveis que se apresentam baixo no paciente hemodialítico. Anes e Castro (2010) constataram que 98% dos pacientes apresentam alguma complicação referente à doença renal crônica ou ao tratamento dialítico.

Os males resultantes da IRCT são inegáveis, nas três grandes dimensões, física, psíquica e social. Em diversas pesquisas sobre qualidade de vida, foi constatado que o comprometimento do estado geral de saúde e, especificamente, as limitações físicas, se mostram mais comprometidos (MORTARI et al., 2010; GUEDES; GUEDES, 2012; SILVEIRA et al., 2010). Santos (2012) verificou, utilizando o questionário sobre qualidade de vida da OMS, com

peças de baixa renda, que o comprometimento do estado físico – fator com menor pontuação na escala – se mostrou associado ao risco de morte.

Em um estudo feito por Braga et al. (2011), piores escores de qualidade de vida, relativos às dimensões físicas foram associados à maior idade, sexo feminino, relatos de duas ou mais internações durante o ano e presença de três ou mais doenças crônicas. Idade e presença de comorbidades também foram associados a menores pontuações na dimensão física, em um estudo feito por Álvares et al. (2012).

Referentes aos aspectos psicológicos, alterações cognitivas e emocionais também aparecem nos estudos sobre insuficiência renal crônica. Um estudo constatou que não há grandes comprometimentos na dimensão psicológica (SILVEIRA et al., 2010), enquanto outros detectaram alterações no estado psíquico do sujeito (GRACIA et al., 2010; HIGA et al., 2008). De modo geral, os sintomas da insuficiência renal favorecem os sintomas de distúrbios psiquiátricos (GARCIA et al., 2010) de caráter real e imaginário, como também a perda da autonomia, noção de dependência e vulnerabilidade à morte (HIGA et al., 2008).

Garcia et al. (2010) relacionaram em seu estudo bem-estar emocional, fadiga e interação social à disfunção renal. No estudo feito por Silveira et al. (2010), aspectos físicos, emocionais e capacidade funcional foram as dimensões mais comprometidas, sendo a primeira dimensão mais agravada em homens. Os autores chamam à atenção para a associação das outras duas em mulheres, mesmo sem significância estatística.

Dentre os comprometimentos psicológicos decorrentes da IRCT, a depressão foi o mais encontrado pelos autores. Garcia et al. (2010) averiguaram que 68,1% dos participantes de seu estudo (sujeitos em HD), apresentaram alteração de humor em algum nível e acrescentam que pacientes deprimidos têm maiores tendência ao suicídio e não adesão ao tratamento. Conde et al. (2010), constataram que pacientes em HD são mais susceptíveis ao declínio cognitivo, em virtude de suas comorbidades e uso constante de fármacos, principalmente com relação à função executiva, atenção e memória.

Higa et al. (2008) realizaram um estudo com pacientes em HD, sobre qualidade de vida. Em seus resultados, os autores levantam vários questionamentos recorrentes a TRS: há complicações emocionais, dos quais se destaca a depressão, com caráter reais e imaginários (significações conotativas acerca do problema); perda da autonomia; e a necessidade de busca por novas formas de melhorias, sem depender de medidas governamentais.

Por fim, alterações nas dimensões sociais também são identificadas em estudos sobre qualidade de vida dos pacientes com IRCT (GARCIA et al., 2010). O tempo parece afetar esse

comprometimento de forma diretamente proporcional, ou seja, quanto mais tempo de TRS, ficam mais prejudicadas as relações familiares e afetivas (GUEDES; GUEDES, 2012). As próprias manifestações psíquicas tendem a alterar a qualidade da interação social, segundo a pesquisa feita por Higa et al. (2008).

Além dessas dimensões (física, psíquica e social), outros fatores específicos se mostram pertinentes na discussão sobre qualidade de vida, como o tempo de tratamento, a idade e a presença de comorbidades. Pacientes com mais tempo de tratamento apresentam maior comprometimento nas relações familiares, afetivas (GUEDES; GUEDES, 2012) e mentais (ÁLVARES et al., 2012). Idade parece ser um fator de proteção - ou adaptação - para o comprometimento das funções emocionais (GUEDES; GUEDES, 2012) e, em contrapartida, pode estar vinculada diretamente ao comprometimento físico. Componentes físicos e mentais podem estar associados diretamente à presença de comorbidades (ÁLVARES et al., 2012).

Os sintomas da doença incomodam, por revelarem o desequilíbrio do estado de saúde do indivíduo, de forma dolorosa e desconfortável. Ao mesmo tempo, para evitar o agravamento da doença, uma série de limitações voluntárias é necessária. A modificação estrutural do indivíduo resulta em alterações emocionais, seja em sua autoestima ou no surgimento de sentimentos de angústia ou em tentativas de isolamento (COSTA; VASCONCELOS; TASSITANO, 2010).

Determinação Social do Processo Saúde-Doença

A OMS definiu saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Esse conceito amplo atribui responsabilidade a todos em níveis micro e macro sistêmicos. Políticas de Estado são produzidas segundo as demandas da sociedade, algumas com mais e outras com menos impactos. O sucesso nas políticas de saúde é uma meta fundamental para toda sociedade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011).

Os conceitos de saúde e de doença foram construídos com o tempo, até assumir a forma como é aceita atualmente e, mesmo assim, ainda se mostram relativizados em dois princípios abrangentes e coexistentes: o biológico e o social (LAPLANTINE, 2010). A discussão se doença é essencialmente biológica, ou não, deriva do momento histórico da medicina e da sociedade. Assim, a significação dada ao fenômeno saúde-doença varia historicamente dentro de um mesmo meio, através da percepção da coletividade humana, ou entre coletivos, de acordo

com as condições singulares que eles se apresentam. A escolha pela explicação causal é feita de acordo com a demanda existente (LAURELL, 1982).

O modelo biomédico, mais antigo, de entender saúde e doença surgiu com Hipócrates, na Idade Clássica, com o objetivo de eliminar o pensamento mítico especulativo sobre a determinação da saúde. A enfermidade, portanto, deixou de ser resultado de um poder sobrenatural e passou a ser compreendida como influencia de um “ser real” sobre o sujeito. Essa visão dualista se mantém ainda hoje, com defensores da natureza física, naturalista, química ou bioquímica da doença (LAPLANTINE, 2010).

O modelo biomédico tem contribuído indiscutivelmente para o avanço da assistência médica. Contudo, considerar o envolvimento do meio ambiente nesse processo, ofertou uma nova visão sobre o assunto, não necessariamente contraditória a já existente. Pode-se dizer que o movimento de promoção de saúde agregou os setores distintos, como o ambiental, econômico, sociocultural e legislativo, à saúde para a propagação do bem estar. Surge, então, um modelo pautado na determinação social da saúde (SOUZA; GRUNDY, 2004).

Determinantes Sociais da Saúde (DSS) – termo moderno para práticas antigas – são condições em que as pessoas nascem, crescem, trabalham e envelhecem, nos aspectos sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais, capazes de desencadear ou prevenir o adoecimento. (OMS, 2011).

Não se trata, através da discussão, de impor um modelo sobre o outro, mas sim de encontrar articulações próprias a cada situação e solucionar vários impasses epidemiológicos. Os modelos de causalidade, seja o biomédico ou o social, se mostram limitados, pois é insustentável a explicação sobre o surgimento da doença com base em um único agente. Dessa forma, o ser biológico vive em sociedade, a qual é responsável pelas enfermidades individuais existentes. Esses são momentos distintos, mas presentes em um mesmo processo. Em linhas gerais, o homem atua sobre a natureza, essa atuação, assim como a própria natureza, modifica a sociedade e, as modificações sociais terão influências sobre o indivíduo (LARELL, 1982).

A própria OMS, diversas vezes, enfatizou medidas de prevenção e cura, de acordo com as possibilidades e demandas da época. Assim aconteceu nas décadas de 70, com a Conferência de Alma-Ata e os destaques aos determinantes sociais; na década de 80, com as Metas do Milênio e o enfoque à assistência médica individual; e em 2005, com a criação da Comissão sobre os Determinantes Sociais de Saúde, e o novo enfoque social (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

O princípio da determinação social da saúde é embasado em três temas gerais: redução das iniquidades em saúde; promoção de saúde; e ações sobre os determinantes sociais. (OMS, 2011).

Para a OMS (2011), as iniquidades são resultados de adversidades em condições sociais e políticas públicas mal sucedidas. Ao promover uma estratificação indireta na sociedade a iniquidade é considerada um importante determinante da saúde, pois é responsável por influenciar determinantes intermediários, tais quais condições psicossociais e de moradia, fatores comportamentais e biológicos e o próprio sistema de saúde.

Iniquidade e desigualdade são termos facilmente confundidos. Porém, seus significados se mostram distintos, pois, enquanto o primeiro expressa diferenças remediáveis, através da equidade, entre grupos populacionais definidos social, econômica e geograficamente, o segundo diz respeito a diferenças individuais, muitas vezes não remediáveis (STARFIELD, 2011). É possível, portanto ações sociais que combatam à iniquidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011).

Starfield (2011) especifica dois tipos de inequidade: uma horizontal, na qual pessoas com a mesma dificuldade não têm acesso ao mesmo recurso; e vertical, na qual pessoas com mais necessidades não são atendidas com mais recursos. A maior parte dos países industrializados realiza tanto a equidade vertical quanto horizontal, embora a vertical ainda seja impossibilitada em vários outros.

Por promoção da saúde, outra temática na determinação social da saúde, se entende uma busca pela melhoria na qualidade de vida da população (BRASIL, 2010b). Essa ideia já tem sido usada há tempos, mas ganha ampla difusão com a Declaração de Alma Ata, na assembleia organizada nesta região sob o comando da OMS. Em seguida, o movimento ganhou força com a Carta de Ottawa, resultado de uma Conferência Internacional em Promoção de Saúde, também organizada pela OMS (SOUZA; GRUNDY, 2004).

Não há consenso na utilização da expressão “promoção da saúde”. Embora os limites para distinção entre prevenção, educação para saúde e promoção da saúde não sejam muito claros, as compressões sobre esses temas são fundamentais na elaboração de estratégias de promoção de saúde, como um projeto abrangente e contínuo (SOUZA; GRUNDY, 2004).

No Brasil, há pouco enfoque na promoção de saúde no desenvolvimento social e econômico do país, mesmo com as recentes políticas promovidas pelo Ministério da Saúde em consonância com a Organização Pan-Americana da Saúde. Ao mesmo tempo, as dimensões continentais do Brasil, assim como a escassa literatura crítica sobre o assunto e a distante

realidade entre serviço, ensino e pesquisa, dificultam a visibilidade de programas desse tipo. Sobretudo, os interesses políticos individuais podem ser os principais obstáculos ao desenvolvimento coletivo (SOUZA; GRUNDY, 2004).

Por fim, o terceiro fator responde à demanda por medidas e avaliações nos DSS. Pensando nisso, a OMS organizou um encontro para discutir essa temática. As metas da Conferência Mundial sobre DSS, em 2011, foram: melhorar as condições de vida das populações, combater a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos, mensurar e compreender a magnitude do problema e o impacto das intervenções, com a finalidade de promover igualdade em saúde (OMS, 2011).

Em março de 2006, o governo federal instituiu a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde, como o objetivo de divulgar a determinação social da situação de saúde e reduzir as iniquidades existentes. Com o intuito de propagar a saúde como um bem público, articulado entre todos os setores da sociedade, essa comissão visa:

produzir conhecimentos e informações sobre os DSS [Determinantes Sociais de Saúde] no Brasil; apoiar o desenvolvimento de políticas e programas para a promoção da equidade em saúde; promover atividades de mobilização da sociedade civil para tomada de consciência e atuação sobre os DSS (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Alguns desafios se mostram frente ao uso da determinação social da doença. No ocidente, principalmente, só há preocupação com a doença quando os sintomas aparecem, mesmo depois de comprovado que cuidados na atenção primária elevam o bem estar da sociedade, em especial, os menos desfavorecidos (STARFIELD, 2011). Outro obstáculo diz respeito às diferentes abordagens entre Determinantes Sociais da Doença, uma privilegiando os aspectos “físico-materiais” e outra os “psicossociais” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

O conceito de “capital social”, também, foi elaborado para representar os impactos de ações sociais em saúde e tentar oferecer, em uma nova vertente, uma nova proposta para a temática. Como “capital social” se entende os impactos positivos em saúde podem ser resultado de um engajamento social, em associações, pautado na confiança, solidariedade e reciprocidade, engajamento cívico e redes de associações que visem o benefício mútuo (SOUZA; GRUNDY, 2004). Assim, os níveis de saúde são comprometidos pela presença de desigualdades e desarticulação social, mesmo nas sociedades mais ricas (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Pode-se dizer, portanto, que a ideia de determinação social da doença agrega ao modelo biomédico já existente, novas formas de contextualizar o processo saúde-doença. Assim, fica mais acessível o objetivo da OMS (2001) de propagar o bem estar como um fator determinante em saúde. Para tanto, é necessário ter em mente conceitos específicos, derivados desse bem

estar, como qualidade de vida. Para Cabral et al. (2011), é necessário um olhar profissional mais amplo sobre o universo cultural dos pacientes de forma a reformular práticas e atingir resultados terapêuticos mais efetivos.

Suporte Social

O termo “suporte social” surgiu em meados dos anos de 1970, para compreender como as interações sociais, presentes em redes sociais, incidiam sobre o bem estar e saúde das pessoas. Assim, a percepção de suporte social estimularia o sentimento e à percepção da estima, através do pertencimento a uma rede social com direitos e deveres comuns. Em termos específicos, se buscou explicar de que forma a inexistência ou a incerteza do suporte social poderia aumentar a vulnerabilidade a doenças, e da mesma forma, como sua presença protegeria os indivíduos de danos à saúde física e mental decorrentes de situações de estresse (SEIDL; TRÓCCOLI, 2006).

Uma vez que o paciente descobre sua debilidade, ele pode se sentir ameaçado, entrar em crise e, por fim, lutar para resgatar seu equilíbrio. O apoio social servirá nesse caso, como um suporte, ajudando a pessoa a passar por esse momento turbulento. Os resultados da percepção desse suporte revelam evoluções no tratamento mais aceleradas, maior aderência ao tratamento e menores sentimentos de angústia, se comparados aos casos de ausência do apoio social (PEDROSO; SBARDELLOTO, 2008).

Suporte social é comumente definido como a percepção da existência de pessoas que se pode confiar, se importam, e estimam o outro. Como consequência dessa percepção, o suporte social contribui para o ajustamento positivo e o desenvolvimento pessoal, além de evitar o estresse (SARASON et al., 1983). Não há diferenças conceituais entre esse termo e apoio social, salvo que a maioria dos pesquisadores da área da saúde pública, epidemiologia e medicina optam pela palavra “apoio”, enquanto a psicologia adota a palavra “suporte” (ABREU-RODRIGUES; SEIDL, 2008).

Há dois tipos de suporte social utilizado na literatura. O componente estrutural visa avaliar a frequência ou quantidade das relações sociais. Essa vertente trabalha aspectos estruturais e objetivam dados quantitativos. O componente funcional se refere à extensão das relações sociais de forma mais qualitativa, essa vertente se ocupa da percepção sobre a

disponibilidade, o tipo de suporte e a satisfação com esse apoio recebido. Para fins metodológicos, será enfatizado mais o componente funcional (SEIDL; TRÓCCOLLI, 2006).

O enfoque funcional apresenta mais duas ramificações conceituais prevalentes na literatura: operacional ou instrumental e emocional ou de estima (SEIDL; TRÓCCOLLI, 2006).

A primeira categoria refere-se à disponibilização de ajuda que auxilie a pessoa no manejo ou resolução de situações práticas ou operacionais do cotidiano, como apoio material, financeiro ou das atividades diversas do dia-a-dia. O suporte emocional ou de estima consiste em comportamentos como escutar, prover atenção ou fazer companhia que contribuem para que a pessoa se sinta cuidada e/ou estimada (p. 318).

O estresse é uma reação natural do organismo, mas em casos atípicos (bastante propagado na sociedade atual) se torna mal estar. Em decorrência dos últimos anos e avanços em saúde, o estresse tem se destacado nas políticas de assistência médica, na atenção básica e especializada. Tais estudos têm influenciado, principalmente, no conhecimento sobre as enfermidades crônicas. O suporte social, por sua vez, como um fator importante na redução de estressores, contribui na prevenção das doenças e na promoção da saúde (ARAGÃO et al., 2009; ABREU-RODRIGUES; SEIDL, 2008).

De duas formas distintas, a presença de suporte social pode alterar a qualidade da saúde. Um delas é o caráter protetor do suporte social de amenizar as consequências de eventos estressantes nocivos. Para a possibilidade do efeito do suporte social, segundo esse modelo, deve haver o evento estressante e o suporte social amenizaria o efeito desse evento, o que resultaria em bem estar. Enquanto que, para um segundo modelo, o evento estressante não precisa existir, pois o apoio social favoreceria diretamente o bem estar (SEIDL; TRÓCCOLI, 2006).

No estudo feito por Cabral et al. (2011), durante a discussão dos resultados, os autores discutiram a importância do comprometimento familiar para o sucesso do tratamento. Os resultados encontrados revelam sobre a importância de dispositivos de cuidados manifestados pelos pacientes e familiares no enfrentamento da doença. Esse tipo de prática cultural tem um enfoque direto na eficácia do tratamento.

Paula, Nascimento e Rocha (2008), com o objetivo de identificar apoios e redes sociais que fortaleçam intervenções para a promoção de saúde, através de um estudo qualitativo, em crianças em tratamento dialítico, concluíram que a família é um importante recurso no processo terapêutico da criança. Por isso, as famílias dessas crianças devem ser inseridas nas estratégias e planejamentos, por serem personagens importantes, principalmente, em DP.

Pode haver uma maior interação familiar como resultado do surgimento da insuficiência renal crônica, tornando as relações mais amplas e fortalecidas, como afirma o estudo de

Schwartz et al. (2009), que teve por objetivo inteirar-se sobre a rede apoiadora utilizada por portadores de insuficiência renal e crônica e seus familiares, no enfrentamento da enfermidade. Além da família, ainda segundo o mesmo estudo, parentes, amigos, vizinhos, também são configuradas como fontes de apoio.

Uma vez que a adesão ao tratamento é uma resposta positiva a situação estressante provocada pela IRCT, a presença de suporte social é de grande valor por estimular essa aderência. Além disso, o apoio favorece melhorias na qualidade de vida, a partir de bons relacionamentos e ajustamento positivo diante do tratamento (PEDROSO; SBARDELLOTO, 2008).

Autopercepção do Estado Geral de Saúde

Além do suporte social, outro indicativo de qualidade de vida tem um papel importante para o portador de insuficiência renal crônica e merece uma discussão à parte. A autopercepção do estado geral da saúde, como o próprio nome sugere, revela a forma como sujeito percebe sua saúde, de forma geral. Em função disso, o tópico voltado à auto avaliação do estado geral da saúde, caminha na linha tênue entre subjetividade e objetividade, englobando aspectos biológicos, psicológicos e sociais, como um todo (AGOSTINHO et al., 2010).

Diversos fatores influenciam a autopercepção do estado geral de saúde. Além dos sintomas físicos presentes seguindo uma dinâmica particular em cada sujeito, a IRCT, estimula diferentes significados para cada paciente. Essa representação varia desde uma noção de dependência (da máquina de HD ou das sessões de DP), seja por representar uma maior vulnerabilidade à morte, ou uma possibilidade de alcançar bem estar através das novas chances de sobrevivência (HIGA et al., 2010).

Para Trentini et al. (2004), a necessidade da máquina de HD desestabiliza a vida do paciente, seja pela mudança de hábitos ou pelos aspectos simbólicos decorrentes do tratamento. Dessa forma, a máquina pode ser incorporada à autoimagem da pessoa e a fístula pode representar um cordão umbilical, fazendo com que a pessoa tenha sensações condizentes ou não com sua possibilidade de tratamento. Muitas vezes, o paciente tem consciência da oscilação de seu estado razoável e grave de saúde. Portanto, além da dependência constante da terapia – caso contrário, há possibilidade de risco de morte –, o indivíduo dependente do tratamento dialítico vê seu sangue, o líquido mais precioso do seu corpo, impuro (ANES; CASTRO, 2010).

Devido às limitações físicas decorrentes da doença, o indivíduo se vê impossibilitado de seguir seus hábitos antigos, o que inclui acompanhar a rotina do seu próximo. Também das implicações psíquicas, surgem alterações na qualidade da interação social, desde seu diagnóstico (HIGA, 2008). E, uma vez que esse indivíduo assume sua condição de doente, ele também se sente comedido a fugir de sua realidade, como era concebida, e de suas obrigações sociais e profissionais, adotando atitudes de dependência e passividade (VELLOSO, 2001).

Além das consequências dos sintomas físicos da doença atraindo atenção do enfermo e seus familiares, as consequências sociais e psicológicas também recebem destaque (MORTARI et al., 2010). Nesse caso, “o sujeito que adoece vê-se diante de rupturas que atingem e ferem a sua vida e seus projetos, acontecimentos que podem levá-lo à depressão e à angústia, pois se vê à mercê do desconhecido” (OLIVEIRA, 2008, p. 52). As marcas físicas do tratamento dialítico favorecem estigmas sociais (TRENTINI et al., 2004). Características defensivas, sentimentos depressivos e luto, frente à perda do corpo e da ilusão da onipotência são previsíveis para o sujeito doente, o qual tem revelada sua fragilidade e a possibilidade de seu aniquilamento (VELLOSO, 2001).

Uma pesquisa feita por Nunes, Barreto e Gonçalves (2012), investigou a associação entre as relações sociais e a autopercepção da saúde em idosos, cobertos pelo Programa Saúde da Família. As autoras encontraram associação entre autopercepção negativa da saúde e autopercepção negativa dos relacionamentos pessoais. Além disso, a inserção no trabalho obteve associação positiva. Não poder contar com alguém se ficar acamado, também se mostrou como agravante da autopercepção da saúde.

As consequências sobre a forma como o paciente vê seu estado de saúde podem dizer muito sobre seu prognóstico. A IRCT pode afetar consideravelmente mais os jovens, visto que a dependência é contrária à sua fase produtiva. Assim como, as mudanças ocasionadas no tratamento (perda/ganho de peso, idas/vindas à HD, melhoras/pioras no tratamento) são fatores determinantes no humor dos sujeitos (TRENTINI et al., 2004).

JUSTIFICATIVA

O tratamento dialítico é bastante recorrido e vital para pacientes renais crônicos que perderam sua função renal. Estima-se que, no Brasil, em 2011, segundo a SBN, havia 91.314 pacientes nesse tipo de tratamento. O procedimento substitutivo não é uma opção e sim uma necessidade; não somente a substituição da atividade renal, mas a qualidade desse serviço deve ser almejada para que se possa oferecer ao seu usuário o melhor tratamento possível (GUEDES, GUEDES, 2012).

A presença de suporte social é de grande valia para esse tipo de tratamento, uma vez que pode acarretar alterações na qualidade de vida. Presença ou ausência de suporte social revela o ajustamento e as tendências frente à patologia, além de resultar em redução de angústia e promoção de hábitos saudáveis como adesão ao tratamento e prevenção de novas doenças (PEDROSO; SBARDELLOTO, 2008). Assim, analisar a qualidade da interação social pode fornecer conhecimento para elaboração e práticas de comportamentos e tecnologias favoráveis ao aprimoramento do tratamento dialítico.

Portanto, tecnologias que visem o aperfeiçoamento dessa terapia se fazem sempre necessárias. Além disso, melhores resultados no tratamento implicarão em menores custos – ou novas aplicações – para o SUS, uma vez que parte do governo os subsídios para a maioria dos estabelecimentos que oferecem essa terapia (PAIM et al., 2011).

OBJETIVO

Geral

Este estudo objetiva investigar a associação entre autopercepção do estado geral de saúde e fatores individuais, clínicos e de suporte social, em pacientes com IRCT, no município de Belo Horizonte.

Específicos

- Descrever o perfil dos pacientes em TRS, de acordo com os dados obtidos no questionário TRS – MG, entre abril e julho de 2009;
- Identificar a prevalência de suporte social, de acordo com os tipos existentes e os níveis de percepção do estado geral de saúde;
- Analisar a associação entre autopercepção do estado geral de saúde de acordo com as variáveis socioeconômicas, clínicas e a presença de suporte social, desses pacientes.

MÉTODO

Delineamento

Este estudo, de caráter observacional/transversal, se utilizará da base de dados da pesquisa “Equidade no acesso e utilização de procedimentos de alta complexidade/custo no SUS-Brasil: avaliação dos transplantes renais”. Tal pesquisa teve por finalidade conhecer os determinantes sociais de acesso e dos resultados em saúde relacionados ao transplante renal no Brasil, e foi conduzida pelo grupo de pesquisa em Economia da saúde da Universidade Federal de Minas Gerais.

População do Estudo e Coleta de Dados

Foram visados, na pesquisa, todos os pacientes acima de 18 anos, que iniciaram tratamento dialítico de janeiro de 2006 a dezembro de 2007, com três meses ou mais de tratamento, sem histórico de transplante renal anterior ao estudo, utilizavam algum serviço de diálise habilitado pelo Sistema Único de Saúde, no município de Belo Horizonte e dispostos a concordar em participar da pesquisa.

Foram excluídos os pacientes que não tinham condições suficientes para responder o questionário, seja por deficiência auditiva, visual ou por falta de compreensão das questões. Também não participaram da pesquisa aqueles que se recusaram a responder a triagem dos critérios de inclusão, pacientes ausentes após três tentativas de abordagem, pacientes internados ou que receberam alta do tratamento dialítico, que foram transferidos para outra cidade ou sem informação sobre o local de transferência e pacientes que responderam menos de 50% o questionário.

Os dados da pesquisa foram coletados entre abril e julho de 2009, em duas baterias de entrevistas. Inicialmente, os dados relativos ao período de tratamento entre janeiro de 2006 e dezembro de 2007, foram obtidos através de entrevistas semiestruturadas e análise de prontuários médicos, para base dos dados sociodemográficos, econômicos e clínicos. Posteriormente, foi feito um estudo piloto para validação do questionário, e, por fim, foram

aplicados o Kidney Disease and Quality Of Life – Short Form, Medical Outcome Survey – Short Form 36 e EuroQol – EQ-5d, contidos em um único questionário.

O questionário utilizado (Anexo I) para o levantamento dos dados da pesquisa já foi levado a campo e, por isso, a base de dados já se encontra disponível para análises. Além disso, em virtude do elevado número de disciplinas e do levantamento bibliográfico realizado até então, será priorizada, de imediato, uma análise sistemática dos dados conforme o objetivo da pesquisa e a classificação das variáveis.

Variáveis

A autopercepção da saúde, variável resposta, foi construída a partir da pergunta "Como você avalia sua saúde geral?" com as opções de resposta: muito boa, boa, nem ruim nem boa, ruim e muito ruim. Para o presente estudo, a variável foi categorizada em boa (muito boa, boa e nem ruim nem boa) e ruim (ruim e muito ruim).

As variáveis independentes nesse estudo serão:

- i) sociodemográficas e econômicas: idade, sexo, cor de pele, estado civil, renda, individual e familiar no último mês, e escolaridade;
- ii) clínicas: tipo de tratamento, tempo em tratamento, número de comorbidades, número de internações;
- iii) suporte social, baseada na compreensão levantada por Seidl e Tróccoli (2006), tanto de caráter estrutural quanto funcional (companhia durante as sessões, tipo de companhia, variabilidade da companhia, disponibilidade ao acompanhamento e idade do acompanhante); qualidade de vida (avaliação própria do estado de saúde).

Análise Estatística

Análise estatística descritiva será feita por meio de proporções, para variáveis categóricas, e de medidas de tendência central e de dispersão, para variáveis contínuas. As características dos pacientes em diálise com autopercepção ruim da saúde serão comparadas às daqueles que percebiam sua saúde como boa e a significância estatística das diferenças observadas serão aferidas pelo teste de qui-quadrado de Pearson para as variáveis categóricas e

pelo teste não-paramétrico de Mann-Whitney, assumindo-se variâncias desiguais para as variáveis contínuas. A decisão estatística será tomada considerando-se o nível de significância de 5%.

A magnitude das associações será estimada pelo *odds ratio* e respectivos intervalos de confiança de 95%, obtidos por meio de regressão logística múltipla. Todas as variáveis que apresentarem associação com a variável dependente em nível de significância inferior a 0,20 na análise univariada serão incluídas no modelo logístico final e retidas aquelas que se mantiveram associadas à autopercepção ruim da saúde ao nível de $p < 0,05$. Será realizado o teste Hosmer & Lemeshow para verificar a adequação do modelo final. As análises serão realizadas utilizando o pacote estatístico SPSS® 19.0.

Aspectos Éticos

O comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais, de acordo com o parecer ETIC 492-2006, aprovou o projeto “Equidade no acesso e utilização de procedimentos de alta complexidade/custo no SUS-Brasil: avaliação dos transplantes renais”. Durante a aplicação do questionário, todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, também aprovado no mesmo parecer (Anexo II).

REFERÊNCIAS

- ABREU-RODRIGUES, Marcela; SEIDL, Eliane Maria Fleury. A importância do apoio social em pacientes coronarianos. *Paidéia*, vol. 18, n. 40, 2008. pp. 279-288. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n40/06.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2013.
- AGOSTINHO, Milena Rodrigues; OLIVEIRA, Mônica Celestina; PINTO, Maria Eugênia Bresolin; BALARDIN, Giuliano Uhlein; HARZHEIM, Erno. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. *Rev. Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Florianópolis, v. 5, n. 17, p. 9-15, jan./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/175>>, Acesso em: 26 jun. 2013.
- ALMEIDA, Marco Antônio Bettine de; GUTIERREZ, Gustavo Luis; MARQUES, Renato. *Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa*. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012. Disponível em: <http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2013.
- ÁLVARES, Juliana; CESAR, Cibele Comini; ARCUCIO, Francisco de Assis; ANDRADE, Eli Iola Gurgel; CHERCHIGLIA, Mariangela Leal. Quality of life of patients in renal replacement therapy in Brazil: comparison of treatment modalities. *Quality of Life Research*, v. 21, p. 983-991, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21938644>>. Acesso em: 10 jun. 2013.
- ANES, Eugênia; CASTRO, Florêncio Vicente. Percepção da Qualidade de vida na insuficiência renal crônica. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, vol. 4, 2010. pp. 581-592. Disponível em <<https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/5074>>. Acessado em 15 mar. 2013.
- ARAGÃO, Ellen Ingrid Souza; VIEIRA, Stefanie Silva; ALVES, Maria Graziela Gomes; SANTOS, André Faro. Suporte Social e estresse: uma revisão da literatura. Aracajú, *Psicologia & foco*, v.2, n.1, jan/jun 2009. pp. 79-90. Disponível em: <http://linux.alfamaweb.com.br/sgw/downloads/161_115245_ARTIGO8-Suportesocialeestresse-umarevisoadaliteratura.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2013.
- ARAÚJO, José Duarte de. Polarização epidemiológica no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde [online]*, vol.21, n.4, 2012. pp. 533-538. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n4/v21n4a02.pdf>>. Acesso em 18 de ago de 2013.
- BASTOS, Marcus G. et al. Doença Renal Crônica: Problemas e soluções. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, vol. 26, n. 4, dez 2004. Disponível em: <<http://www.snscsalvador.com.br/artigos/doenca-renal-cronica-problemas-e-solucoes.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2013.
- BRAGA, Sonia Faria Mendes et al. Fatores associados com a qualidade de vida relacionada à saúde de idosos em hemodiálise. *Rev. Saúde Pública [online]*, vol.45, n.6, 2011. pp. 1127-1136. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n6/2844.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2013.
- BRASIL. *Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 018055.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 1168/GM, de 15 de junho de 2004*. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1168_ac.htm>. Acesso em: 27 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 242p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v.1)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7)

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis [online]*, vol.17, n.1, 2007. pp. 77-93. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em 21 ago. 2013.

CHERCHIGLIA, Mariangela Leal et al. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 200-2004. *Rev Saúde Pública*, 44(4), 2010. pp. 639-649. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/07.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2013.

CONDE, Simone Aparecida de Lima et al . Declínio cognitivo, depressão e qualidade de vida em pacientes de diferentes estágios da doença renal crônica. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo, v. 32, n. 3, set. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002010000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 fev. 2013.

COSTA, Patrícia Bezerra da; VASCONCELOS, Karla Fabiana da Silva; TASSITANO, Rafael Miranda. Qualidade de vida: pacientes com insuficiência renal crônica no município de Caruaru, PE. *Fisioter. mov.*, Curitiba, v. 23, n. 3, set. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502010000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 abr. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502010000300013>.

CUPPARI, Lilian; AVESANI, Carla Maria; SANTOS, Nelma Scheyla José dos; KAMIMURA; Maria Ayako. Nutrição da Doença Renal Crônica. In SHOR, Nestor; AJZEN, Horácio. *Guia de nefrologia*. 3ª ed. Barueri, Manole, 2011. p. 343 – 372.

DRAIBE, Sérgio Antônio; AJZEN, Horácio. Doença Renal Crônica. In SHOR, Nestor; AJZEN, Horácio. *Guia de nefrologia*. 3ª ed. Barueri, Manole, 2011. p. 327 – 342

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciênc. saúde coletiva [online]*, vol.5, n.1, 2000. pp. 33-38. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7077.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2013.

GARCIA, Thales Weber; VEIGA, Joel Paulo Russomano; MOTTA, Lucilia Domingues casulari da; MOURA, Flávio José Dutra de; CASULARI, Luiz Augusto. Depressed mood and poor quality of life in male patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 32, n. 4, dez. 2010 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 fev. 2013.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. In GIOVANELLA, Lígia (org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008. pp. 575-625.

GONÇALVES, Luiz Felipe S.; COSTA, César A. R. Diagnóstico sondrômico em nefrologia. In BARROS, Elvino et al. *Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. pp. 32-38.

GUEDES, Karine Desirée, GUEDES, Helisamara Mota Guedes. Qualidade de vida do paciente portador de insuficiência renal crônica. *Ciência & Saúde*, 5(1), 2012. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewFile/9734/7746>>. Acesso em: 11 ago. 2013.

GURGEL, Thaís Caroline et al. Utilização de eritropoetina por pacientes incidentes em hemodiálise no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2002-2003. *Cad. Saúde Pública [online]*. 2012, vol.28, n.5, pp. 856-868. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v28n5/05.pdf>>. Acesso em 18 ago. 2013.

GRASSMANN, Aileen; GIOBERGE, Simona; MOELLER, Stefan; BROWN, Gail. ESRD patients in 2004: global overview of patients number, treatment modalities and associated trends. *Nephrology Dialysis Transplantations*, 20, 2005. pp. 2587-2593. Disponível em: <<http://ndt.oxfordjournals.org/>>. Acesso em: 17 ago. 2013.

HELOU, Cláudia Maria de Barros; ANDRADE, Lúcia. Fisiologia renal. In BARROS, Elvino et al. *Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. pp. 17-31.

HIGA, Karina et al. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 21, n. spe, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar. 2013.

KIDNEY DISEASE IMPROVING GLOBAL OUTCOMES. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Official Journal of the International Society of Nephrology*. Vol. 3, n. 1, jan 2013. Disponível em: <http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/CKD/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2013.

KUSUMOTA, Luciana; OLIVEIRA, Marília Pilotto de; MARQUES, Sueli. O idoso em diálise. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22 (Especial-Nefrologia), 2009. pp. 548-550. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/20.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2013.

LAPLANTINE, François. *Antropologia da doença*. 4ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

LAURELL, Asa Cristina. A saúde-doença como processo social. In Nunes E. D. (Org.). *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; QUEIROZ, Danielle Teixeira; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha; BARROSO, Maria Graziela Teixeira. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do

SUS: uma revisão conceitual. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(2), 2007. pp. 335-342. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2013.

MACHADO, Elaine Leandro et al. Iniquities in the access to renal transplant for patients with end-stage chronic renal disease in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, vol.27, suppl.2, 2011. pp. s284-s297. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27s2/15.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2013.

MANFREDI, Silvia Regina; NADALLETO, marco Antônio Justo; DRAIBE, Sérgio Antônio; CANZIANI, Maria Eugênia Fernandes. Técnicas Dialíticas na Doença Renal Crônica. In SHOR, Nestor; AJZEN, Horácio. *Guia de nefrologia*. 3ª ed. Barueri, Manole, 2011. p. 449 – 460.

MORTARI, Daiana Moreira; MENTA, Marice; SCAPINI, Kátia Bilhar; ROCKEMBACH, Carla Wouters Franco; DUARTE, Alaour; LEGUISAMO, Camila Pereira. Qualidade de vida de indivíduos com doença renal crônica terminal submetidos à hemodiálise. *Scientia Medica*, Porto Alegre, volume 20, número 2, 2010. pp.. 156-160. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/6382/5423>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

NUNES, Ana Paula Nogueira; BARRETO, Sandhi Maria; GONÇALVES, Luana Glatti. Relações sociais e autopercepção da saúde: Projeto Envelhecimento e Saúde. *Rev. Brasileira de Epidemiologia*, vol. 15, n. 2, 2012. pp. 415-428. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v15n2/19.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2013.

OLIVEIRA, Ramlow. Hemodiálise: da máquina... dos limites... do desejo. *Revista de Psicologia*, volume 1, número 1, Belo Horizonte, 2008. Disponível em: <http://issuu.com/publicanewton/docs/revista_psicologia_1>. Acesso em: 11 ago 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Diminuindo as diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde*. [Documento de Discussão]. Rio de Janeiro, Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, 19-21 out. 2011. 56p.

PAIM Jaimilson; TRAVASSOS, Cláudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. *O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios*. Lancet (série Brasil) [internet], 2011. Disponível em <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em 9 ago 2013.

PAULA, Érica Simpionato de; NASCIMENTO, Lucila Castanheira; ROCHA, Semiramis Melani Melo. A influência do apoio social para o fortalecimento de famílias com crianças com insuficiência renal crônica. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 16, n. 4, jul/ago 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_07.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2013.

PEDROSO, Rosemeri Siqueira; SBARDELOTTO Gabriela. Qualidade de Vida e Suporte Social em Pacientes Renais Crônicos: Revisão Teórica. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*, Belo Horizonte, ano 4, n.7. fev-jul 2008. Disponível em: <http://susanaalamy.sites.uol.com.br/psicopio_n7_32.pdf>. Acesso em: 9 ago 2013.

PEIXOTO, Eline Rezende de Moraes et al. Diálise planejada e a utilização regular da atenção primária à saúde entre os pacientes diabéticos do Município de Belo Horizonte, Minas Gerais,

Brasil. *Cad. Saúde Pública [online]*, vol.29, n.6, 2013. pp. 1241-1250. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a20v29n6.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2013.

PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; SANTOS, Anderlei dos. Qualidade de vida: abordagens, conceito e avaliação. *Rev. Brasileira de Educação Física e Esporte*, São Paulo, v.26, n. 2, abr./jun. 2012. pp. 241-250. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v26n2/07.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2012.

PETER, Wendy L. St. Introduction: Chronic Kidney Disease: A Burgeoning Health Epidemic. *Journal of Managed Care Pharmacy*, vol. 13, n. 9, dez 2007. pp. S2-S5. Disponível em: <http://www.amcp.org/data/jmcp/JMCPSupp%20D_Dec07_S2-S5.pdf>. Acesso em: 25 ago 2013.

SANTOS, Paulo R. Evaluation of objective and subjective indicators of death in a period of one year in a sample of prevalent patients under regular hemodialysis. (Research article). *BMC research notes [1756-0500]*, 5, 2012, p. 24. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1756-0500/5/24>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

SARASON, Irwin G.; LEVINE, Henry M.; BASHAM, Robert B.; SARASON, Barbara R. Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 44, n. 1, 1983. pp. 127-139. Disponível em: <<http://web.psych.washington.edu/research/sarason/files/SocialSupportQuestionnaire.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. *Censo 2012*. Disponível em <<http://www.sbn.org.br/pdf/publico2012.pdf>>. Acesso em 5 jun 2013.

SCHWARTZ, Eda et al. As redes de apoio no enfrentamento da doença renal crônica. *Revista Mineira de Enfermagem*, vol. 13, n. 2, abr/jun 2009. pp. 193-201. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/content/imagebank/pdf/v13n2a05.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2013.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; TRÓCCOLI, Bartholomeu T. Desenvolvimento de Escala para Avaliação do Suporte Social em HIV/aids. *Psicologia: teoria e pesquisa*, vol. 22, n. 3, set-dez 2006. pp. 317-326. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n3/08.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2013.

SESSO, Ricardo de Castro Cintra. Globalização da doença renal. In SHOR, Nestor; AJZEN, Horácio. *Guia de nefrologia*. 3ª ed. Barueri, Manole, 2011. p. 1-8.

SESSO, Ricardo de Castro Cintra; LOPES, Antonio Alberto; THOMÉ, Fernando Saldanha; LUGON, Jocemir Ronaldo; WATANABE, Yoshimi; SANTOS, Daniel Rinaldi dos. Diálise Crônica no Brasil – Relatório do Censo Brasileiro de Diálise, 2011. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, vol. 34, n. 3, 2012. pp. 272-277. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v34n3/v34n3a09.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2013.

SILVEIRA, Cíntia Botelho et al. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise em um hospital público de Belém - Pará. *J. Bras. Nefrol.*, São Paulo, v. 32, n. 1, Mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002010000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2013.

SOUZA, Elza Maria de; GRUNDY, Emily. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Cad. Saúde Pública [online]*,

vol.20, n.5, 2004. pp. 1354-1360. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/30.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2013.

STARFIELD, Barbara. The hidden inequity in health care. *International Journal for equity in Health*, 10:15, 2011. pp. 1-4. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3094214/>>. Acesso em: 18 ago. 2013.

TRENTINI, Mercedes; CORRADI, Ezia Maria; ARALDI, Maria Aparecida Raposo; TIGRINHO, Francielle Camila. Qualidade de vida de pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais e emocionais. *Texto & Contexto Enfermagem*, vol. 13, n. 1, Florianópolis, 2004. pp. 74-82. Disponível em:
<redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ForazarDescargaArchivo.jsp?cvRev=714&cvArt=71413111&nombre=Qualidade%20de%20vida%20de%20pessoas%20dependentes%20de%20hemodi%C3%A1liseconsiderando%20alguns%20aspectos%20f%C3%ADsicos,%20sociais%20e%20emocionais>. Acesso em: 25 janeiro 2013.

UGÁ, Maria Alicia D.; PORTO, Silvia Marta. Financiamento e Alocação de recursos em Saúde no Brasil. In GIOVANELLA, Lígia (org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008. pp. 473-505.

UNITED STATES RENAL DATA SYSTEM. *Anual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States*, National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD, 2012. Disponível em <<http://www.usrds.org/atlas.aspx>>. Acesso em 26 ago 2013.

VELLOSO, Rosana Laura Martins. *Efeitos da hemodiálise no campo subjetivo dos pacientes renais crônicos*. Cogito, Salvador, 2013. Disponível em
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-4792001000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 11 ago 2013

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Projeto TRS – Pesquisa de campo, Brasil, 2007

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO USUÁRIO

OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo tem como objetivo medir a satisfação com o tratamento e a qualidade de vida em pessoas que fazem diálise, ou que fizeram transplante renal. Precisamos saber como é que as pessoas acham que está sua vida nos últimos dias. Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário. Serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida: sua saúde física, sua vida familiar, econômica e emocional, sua relação com amigos, trabalho e lazer.

PROCEDIMENTOS

Ao concordar em participar deverei:

Responder a uma entrevista CONFIDENCIAL com perguntas sobre minha vida pessoal;

CONFIDENCIALIDADE

Toda informação obtida é considerada CONFIDENCIAL e minha identificação será mantida como informação sigilosa. Os relatórios e resultados deste estudo serão apresentados sem nenhuma forma de identificação individual.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS

A entrevista durará em média 60 minutos e será interrompida se em algum momento eu sentir necessidade. Como benefício, este estudo permitirá compreender melhor como está minha vida, podendo auxiliar melhor o meu tratamento e de outras pessoas.

DÚVIDAS

Em caso de dúvida, poderei me comunicar com Mariângela Leal Cherchiglia, coordenadora deste estudo na Faculdade de Medicina da UFMG, na Avenida Alfredo Balena nº 190, 9ª andar, sala 9014. Belo Horizonte MG. Telefone (31) 3248-9689, ou poderei recorrer a meu médico ou equipe da clínica onde faço tratamento para maiores informações se assim entender.

CONSENTIMENTO

Sei que minha participação é totalmente voluntária e que poderei recusar ou abandonar o estudo sem qualquer prejuízo pessoal. Continuarei tendo o apoio e tratamento independente de minha participação, no sentido de obter atendimento médico, orientação ou encaminhamento para qualquer atenção médica ou laboratorial. Todas as informações prestadas por mim serão sigilosas e utilizadas somente para este estudo. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas. Eu li este formulário e recebi as instruções e, após assiná-lo juntamente com o entrevistador, ele será arquivado garantindo sua confidencialidade.

Local: _____

Assinatura entrevistado: _____ Data: ___/___/___

Assinatura entrevistador: _____ Data: ___/___/___

APÊNDICE C

Entrevista estruturada do Projeto TRS – Pesquisa de campo, Brasil, 2007.



Entrevistador, faça uma introdução ao paciente explicando que, a Universidade Federal de Minas Gerais está realizando um estudo com o objetivo de avaliar o tratamento da doença renal em Belo Horizonte e que a participação dele contribuirá para o melhor entendimento desta doença e do tratamento oferecido aos pacientes.

CADASTRO DO ENTREVISTADOR

ENTREVISTADOR:.....

CÓDIGO CADASTRAL:.....

CADASTRO DA UNIDADE

NOME DA UNIDADE.....

CNPJ.....

RESPONSÁVEL TÉCNICO.....

ENDEREÇO COMPLETO.....

TELEFONE.....

FAX.....

E-MAIL.....

CADASTRO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE.....

CPF.....

NOME DA MÃE.....

ENDEREÇO COMPLETO..... Rua:

Nº: Complemento: Bairro:

CEP: Cidade: Estado:

TELEFONE RES.....

TELEFONE CEL.....

PRONTUÁRIO:.....

HD/DP

PARTE 1. DADOS SÓCIO- ECONÔMICO E DEMOGRÁFICOS	
As questões 1 e 8 devem ser respondidas pelo entrevistador	
1 - Nome da Unidade <input type="text"/>	<input type="text"/>
2 - Número da Unidade <input type="text"/>	<input type="text"/>
3 - Cidade da Unidade <input type="text"/>	<input type="text"/>
4 - Estado da Unidade <input type="text"/>	<input type="text"/>
5 - Data da entrevista: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dia mês ano	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dia mês ano
6 - Horário de início da entrevista: <input type="text"/> : <input type="text"/> Horário de início	<input type="text"/> : <input type="text"/>
7 - Qual o sexo do entrevistado(a). <input type="checkbox"/> 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 9- IGN	<input type="text"/>
8 - Em qual modalidade de terapia renal o entrevistado pode ser classificado no momento da entrevista? Caso você tenha alguma dúvida questione o paciente <input type="checkbox"/> 1- Hemodiálise - HD <input type="checkbox"/> 2- Diálise peritoneal ambulatorial contínua - DPAC (Manual) <input type="checkbox"/> 3- Diálise peritoneal automática - DPA (Equipamento)	<input type="text"/>
ENTREVISTADOR: desta parte em diante você deve ler as perguntas para o paciente.	
9 - Qual sua idade? <input type="text"/> <input type="text"/> IGN=99	<input type="text"/>
10 - Qual sua data de nascimento: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dia mês ano IGN=99 IGN=99 IGN=9999	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dia mês ano
11 - Em qual cidade e estado você nasceu? 11. A - Cidade: <input type="text"/> IGN = 9 11. B - Estado: <input type="text"/> IGN = 9	<input type="text"/> 11. A <input type="text"/> 11. B

<p>12 - Em qual cidade você mora atualmente?</p> <input type="text"/> IGN = 9	<input type="text"/>												
<p>13 - Há quanto tempo mora nesta cidade?</p> <table><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>NA=88</td><td>IGN = 99</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>anos</td><td>meses</td><td></td><td></td><td>anos</td><td>meses</td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NA=88	IGN = 99	<input type="text"/>	<input type="text"/>	anos	meses			anos	meses	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	NA=88	IGN = 99	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
anos	meses			anos	meses								
<p>14 - Qual a opção que melhor descreve sua cor de pele?</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/> 1- Branca</td><td><input type="checkbox"/> 5- Indígena</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 2- Preta</td><td><input type="checkbox"/> 6- Outros</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 3- Amarela</td><td><input type="checkbox"/> 9- IGN</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 4- Parda</td><td></td></tr></table>	<input type="checkbox"/> 1- Branca	<input type="checkbox"/> 5- Indígena	<input type="checkbox"/> 2- Preta	<input type="checkbox"/> 6- Outros	<input type="checkbox"/> 3- Amarela	<input type="checkbox"/> 9- IGN	<input type="checkbox"/> 4- Parda		<input type="text"/>				
<input type="checkbox"/> 1- Branca	<input type="checkbox"/> 5- Indígena												
<input type="checkbox"/> 2- Preta	<input type="checkbox"/> 6- Outros												
<input type="checkbox"/> 3- Amarela	<input type="checkbox"/> 9- IGN												
<input type="checkbox"/> 4- Parda													
<p>15 - Você sabe ler ou escrever?</p> <table><tr><td>15.A- Ler:</td><td><input type="checkbox"/> 1- Sim</td><td>15.B- Escrever:</td><td><input type="checkbox"/> 1- Sim</td></tr><tr><td></td><td><input type="checkbox"/> 2- Não</td><td></td><td><input type="checkbox"/> 2- Não</td></tr></table>	15.A- Ler:	<input type="checkbox"/> 1- Sim	15.B- Escrever:	<input type="checkbox"/> 1- Sim		<input type="checkbox"/> 2- Não		<input type="checkbox"/> 2- Não	<input type="text"/>				
15.A- Ler:	<input type="checkbox"/> 1- Sim	15.B- Escrever:	<input type="checkbox"/> 1- Sim										
	<input type="checkbox"/> 2- Não		<input type="checkbox"/> 2- Não										
<p>ENTREVISTADOR: apresente o termo de consentimento e solicite a assinatura do mesmo. Leia o termo de consentimento para todos os pacientes.</p>													
<p>16 - O entrevistado assinou o termo de consentimento?</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/> 1- Sim</td><td rowspan="2">Se <u>SIM</u>, passe a <u>questão 18</u>.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 2- Não</td><td>Se <u>NÃO</u>, realizar a <u>questão 17</u> e encerrar a entrevista.</td></tr></table>		<input type="checkbox"/> 1- Sim	Se <u>SIM</u>, passe a <u>questão 18</u>.	<input type="checkbox"/> 2- Não	Se <u>NÃO</u>, realizar a <u>questão 17</u> e encerrar a entrevista.	<input type="text"/>							
<input type="checkbox"/> 1- Sim	Se <u>SIM</u>, passe a <u>questão 18</u>.												
<input type="checkbox"/> 2- Não		Se <u>NÃO</u>, realizar a <u>questão 17</u> e encerrar a entrevista.											
<p>17 - Por que o(a) entrevistado(a) não quis participar?</p> <p style="text-align: right;">[Deixe-o responder de forma livre]</p> <p>Especificar: <input type="text"/></p> <input type="text"/> NA = 8 IGN = 9		<input type="text"/>											

24 - Quantas pessoas moram em sua casa incluindo você?				
Quantidade: <input type="text"/> <input type="text"/> IGN=99				<input type="text"/> <input type="text"/>
25 - Gostaria que você me dissesse qual o grau de parentesco de cada uma das pessoas que moram com você.				
A	B	C	D	
Parentesco	Idade	Sexo	Sabe ler e escrever	
25. A <input type="text"/> NA = 8 IGN = 9	<input type="text"/> <input type="text"/> NA = 88 IGN = 99	<input type="checkbox"/> 1 - M <input type="checkbox"/> 2 - F <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> B C D
25. B <input type="text"/> NA = 8 IGN = 9	<input type="text"/> <input type="text"/> NA = 88 IGN = 99	<input type="checkbox"/> 1 - M <input type="checkbox"/> 2 - F <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> B C D
25. C <input type="text"/> NA = 8 IGN = 9	<input type="text"/> <input type="text"/> NA = 88 IGN = 99	<input type="checkbox"/> 1 - M <input type="checkbox"/> 2 - F <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> B C D
25. D <input type="text"/> NA = 8 IGN = 9	<input type="text"/> <input type="text"/> NA = 88 IGN = 99	<input type="checkbox"/> 1 - M <input type="checkbox"/> 2 - F <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> B C D
25. E <input type="text"/> NA = 8 IGN = 9	<input type="text"/> <input type="text"/> NA = 88 IGN = 99	<input type="checkbox"/> 1 - M <input type="checkbox"/> 2 - F <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> B C D
25. F <input type="text"/> NA = 8 IGN = 9	<input type="text"/> <input type="text"/> NA = 88 IGN = 99	<input type="checkbox"/> 1 - M <input type="checkbox"/> 2 - F <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> B C D

	A Parentesco	B Idade	C Sexo	D Sabe ler e escrever	
25. G	<input type="text"/> NA = 8 IGN = 9	<input type="text"/> NA = 88 IGN = 99	<input type="checkbox"/> 1 - M <input type="checkbox"/> 2 - F <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input type="text"/> A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> B C D
25. H	<input type="text"/> NA = 8 IGN = 9	<input type="text"/> NA = 88 IGN = 99	<input type="checkbox"/> 1 - M <input type="checkbox"/> 2 - F <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input type="text"/> A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> B C D
25. I	<input type="text"/> NA = 8 IGN = 9	<input type="text"/> NA = 88 IGN = 99	<input type="checkbox"/> 1 - M <input type="checkbox"/> 2 - F <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input type="text"/> A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> B C D
25. J	<input type="text"/> NA = 8 IGN = 9	<input type="text"/> NA = 88 IGN = 99	<input type="checkbox"/> 1 - M <input type="checkbox"/> 2 - F <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN	<input type="text"/> A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> B C D
26 - Na sua casa, quem é o chefe da família?					
Parentesco: <input type="text"/>				IGN=9	<input type="text"/>
Se o (a) chefe da família for o próprio paciente, na questão 27 marcar a mesma resposta da questão 23.					
27 - Qual o grau de escolaridade do chefe da família?					
<input type="checkbox"/> 101- Analfabeto	[101- Sem qualquer nível de instrução]				
<input type="checkbox"/> 102- Primário incompleto	[102- Da 1ª a 4ª série incompleta]				
<input type="checkbox"/> 103- Primário completo	[103- Completou a 4ª série]				
<input type="checkbox"/> 104- Ginásial incompleto	[104- Da 5ª série à 8ª série incompleta]				
<input type="checkbox"/> 105- Ginásial completo	[105- Completou a 8ª série]				<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 106- Colegial incompleto	[106- Do 1º ano ao 3º ano do II grau incompleto]				
<input type="checkbox"/> 107- Colegial completo	[107- Completou o 3º ano do II grau]				
<input type="checkbox"/> 108- Superior incompleto	[108- Faculdade incompleta]				
<input type="checkbox"/> 109- Superior completo	[109- Faculdade completa]				
<input type="checkbox"/> 999- IGN					

[]				
36 - Qual sua principal fonte de renda no ÚLTIMO MÊS?				
<input type="checkbox"/> 1 - Emprego	Responder 37 a 40 , PULAR a 41 e VÁ para 42			
<input type="checkbox"/> 2 - Trabalho por conta própria	Responder 37 a 40 , PULAR a 41 e VÁ para 42			
<input type="checkbox"/> 3 - Empregador	Responder 37 a 40 , PULAR a 41 e VÁ para 42			
<input type="checkbox"/> 4 - Benefício temporário (Afastado(a) por doença)	VÁ para 41			[]
<input type="checkbox"/> 5 - Aposentadoria - Pensionista	VÁ para 41			
<input type="checkbox"/> 6 - Benefício da Assistência Social (Bolsa Família)	VÁ para 41			
<input type="checkbox"/> 7. A - Outra fonte.	VÁ para 42			
7. B - []	NA = 8			[]
	IGN = 9			7. B
<input type="checkbox"/> 8 - Não teve renda no último mês	VÁ para 44			
<input type="checkbox"/> 9 - IGN				
37 - Se empregado, trabalhador por conta própria ou empregador, quantas horas você trabalha habitualmente por semana?				
[] horas	NA = 88			[]
	IGN = 99			
38 - Por causa do tratamento, você deixou de trabalhar algum dia NO ÚLTIMO MÊS?				
<input type="checkbox"/> 1- Sim	<input type="checkbox"/> 2- Não	<input type="checkbox"/> 8- NA	<input type="checkbox"/> 9- IGN	[]
Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA nas questões 39 A 41 e vá para a questão 42.				
39 - Se sim, quantos dias?				
[] dias	NA = 88			[]
	IGN = 99			
40 - Se deixou de trabalhar algum dia, qual foi o motivo?				
	SIM	NÃO	NA	IGN
40. A - Consulta.....	1	2	8	9
40. B - Internação.....	1	2	8	9
40. C - Não estar se sentindo bem.....	1	2	8	9
40. D - Sessão de hemodiálise.....	1	2	8	9
40. E - Realização de exames.....	1	2	8	9
40. F.1 - Outros.....	1	2	8	9
40. F.2 - Qual? []				NA = 8
				IGN = 9
				40.F.2

	0	1	2	3	4 ou mais	
50 - Geladeira.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51 - Aspirador de pó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52 - Máquina de lavar. Não incluir tanquinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53 - Vídeo cassete e/ou DVD.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54 - Número de dormitórios na casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questões 55 - 59 Vou relacionar alguns itens e gostaria que você dissesse se você possui ou não.						
	SIM	NÃO	IGN			
55 - Microcomputador.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>		
56 - Forno de microondas.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>		
57 - Ar condicionado.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>		
58 - Telefone Fixo.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>		
59 - Telefone Celular.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>		
60 - Você tem empregado(a) doméstico(a) (mensalista)						
<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- IGN						
Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA na questão 61 e vá para a questão 62.						
61 - Se SIM, quantos?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NA=88 IGN=99	<input type="text"/>		
62 - Na sua casa tem água canalizada?						
<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- IGN						
63 - Dentre as opções abaixo indique qual o destino do lixo de sua residência:						
<input type="checkbox"/> 1- Recolhido por serviço de limpeza						
<input type="checkbox"/> 2- Queimado ou enterrado na propriedade						
<input type="checkbox"/> 3- Jogado em terreno baldio ou logradouro						
<input type="checkbox"/> 4- Jogado em rio, lago ou mar						
<input type="checkbox"/> 9- IGN						

<p>64 - Dentre as opções abaixo indique qual o destino do esgoto da sua residência:</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Rede coletora de esgoto ou pluvial <input type="checkbox"/> 5 - Direto para o rio, mar, lago ou lagoa</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Fossa séptica (recebe tratamento) <input type="checkbox"/> 6 - Outros</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Fossa rudimentar <input type="checkbox"/> 9 - IGN</p> <p><input type="checkbox"/> 4- Vala (céu aberto)</p>					<input type="checkbox"/>			
<p>65 - Agora eu vou ler para você uma lista de organizações voluntárias (não lucrativas). Por favor diga-me a relação que você tem com elas, de forma voluntária:</p>								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Pertence e frequente</th> <th style="width: 15%;">Pertence, mas não frequente</th> <th style="width: 15%;">Não pertence</th> <th style="width: 15%;">IGN</th> </tr> </thead> </table>	Pertence e frequente	Pertence, mas não frequente	Não pertence	IGN			
Pertence e frequente	Pertence, mas não frequente	Não pertence	IGN					
65. A - Sindicato/ união cooperativa	1	2	3	9	<input type="checkbox"/>			
65. B - Associação de moradores...	1	2	3	9	<input type="checkbox"/>			
65. C - Organizações relacionadas a educação (organização de pais e mestres, organizações estudantis, etc)	1	2	3	9	<input type="checkbox"/>			
65. D - Grupo de mulheres/homens	1	2	3	9	<input type="checkbox"/>			
65. E - Conselhos (saúde, tutelar, etc).....	1	2	3	9	<input type="checkbox"/>			
65. F - Movimentos ou grupos políticos.....	1	2	3	9	<input type="checkbox"/>			
65. G - Grupos (cultural, esportes, dança).....	1	2	3	9	<input type="checkbox"/>			
65. H - Torcida organizada.....	1	2	3	9	<input type="checkbox"/>			
65. I - Grupos religiosos (pastoral, grupos de oração, novenas, etc).....	1	2	3	9	<input type="checkbox"/>			
65. J - Grupo social informal (lyons, rotary, maçonaria, AA, etc).....	1	2	3	9	<input type="checkbox"/>			
65. L - Grupo de terceira idade (idosos).....	1	2	3	9	<input type="checkbox"/>			
65. M.1 - ONG.....	1	2	3	9	<input type="checkbox"/>			
65. M.2 - Qual?.....	<input style="width: 100%;" type="text"/>			NA = 8 IGN = 9	<input style="width: 100%;" type="checkbox"/>			
65. N.1 - Outros.....	1	1	1	9	<input type="checkbox"/>			
65. N.2 - Qual?.....	<input style="width: 100%;" type="text"/>			NA = 8 IGN = 9	<input style="width: 100%;" type="checkbox"/>			

66 - Quantas vezes POR MÊS você costuma sair de casa para ir:								
	Não costumo ir a esses lugares	Menos de 1 vez por mês	De 1 a 3 vezes por mês	De 4 a 8 vezes por mês	Mais de 8 vezes por mês	IGN		
66. A- A bares, boteco.....	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>	
66. B- A boates ou casas de show..	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>	
66. C- A festas populares ou de rua (shows gratuitos).....	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>	
66. D- Frequentar clubes ou associações recreativas.....	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>	
66. E- Ao campo de futebol (Mineirão, Independência, ou campo de várzea).....	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>	
66. F- Ao centro de BH.....	0	1	2	3	4	9	<input type="checkbox"/>	
67 - Eu vou ler uma lista de frases. Por favor me diga o quanto você concorda ou não com as afirmações abaixo. Na sua vizinhança há vizinhos:								
	Concordo	Discordo	IGN					
67. A- Com quem você possa deixar as chaves da sua casa caso precise.....	1	2	9					<input type="checkbox"/>
67. B- Com quem você possa deixar um membro da sua família em caso de emergência.....	1	2	9					<input type="checkbox"/>
67. C- Para quem você pode emprestar coisas sem preocupar-se com estragos ou não devolução.	1	2	9					<input type="checkbox"/>
68 - Como você avalia sua saúde geral?								
<input type="checkbox"/> 1 - Muito Boa				<input type="checkbox"/> 4 - Ruim				
<input type="checkbox"/> 2 - Boa				<input type="checkbox"/> 5 - Muito Ruim				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3 - Nem ruim nem boa				<input type="checkbox"/> 6 - Não Sabe				

[]				
69 - Alguém na sua família tem ou teve Doença Renal Crônica? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- IGN				[]
Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA na questão 70 e vá para a questão 71.				
70 - Se sim, qual o grau de parentesco?				
	SIM	NÃO	NA	IGN
70. A - Avós.....	1	2	8	9
70. B - Pai.....	1	2	8	9
70. C - Mãe.....	1	2	8	9
70. D - Irmãos.....	1	2	8	9
70. E.1 - Outros.....	1	2	8	9
70.E.2 - Quem? []				NA = 8 IGN = 9
				70.E.2
ENTREVISTADOR: diga ao paciente que, a partir de agora, vocês conversarão sobre a sua vida com Doença Renal Crônica (DRC).				
PARTE 2. MOMENTO ATUAL DE DIÁLISE				
71 - Há quanto tempo você ficou sabendo pelo médico que tinha doença renal crônica?				
71 .A	[] anos IGN=99	71 .B	[] meses IGN=99	[] anos [] meses
72 - Onde você ficou sabendo pela primeira vez que precisava fazer diálise?				
<input type="checkbox"/> 1- Posto ou centro de saúde / Unidade de Saúde da Família <input type="checkbox"/> 2- PAM ou centro de especialidades <input type="checkbox"/> 3- Clínica particular <input type="checkbox"/> 4- Pronto socorro <input type="checkbox"/> 5- Hospital <input type="checkbox"/> 6- Outros <input type="checkbox"/> 9- IGN				[]
73 - Você consultou com o Nefrologista antes do início da diálise?				
<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9- IGN				[]
Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA na questão 74 e vá para a questão 75.				

<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	
Se o entrevistado começou em Hemodiálise, faça a questão 79. Para os demais pacientes registre NA na questão 79 e vá para a questão 80.	
79 - Com qual dos procedimentos abaixo você começou sua Hemodiálise?	
Só para aqueles que começaram o tratamento em HEMODIÁLISE.	
<input type="checkbox"/> 1- Fístula ou prótese preparada com antecedência <input type="checkbox"/> 2- Cateter <input type="checkbox"/> 8- NA <input type="checkbox"/> 9- IGN	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
Para todos entrevistados	
80 - Você já fez fístula?	
<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- IGN	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA na questão 81 e vá para a questão 82.	
81 - Quantas vezes já fez fístula?	
<div style="display: flex; align-items: center; gap: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> NA=88 IGN=99	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
82 - Quem paga seu tratamento de diálise nesta clínica?	
<input type="checkbox"/> 1- SUS <input type="checkbox"/> 2- Convênio/Plano <input type="checkbox"/> 3- Particular <input type="checkbox"/> 9- IGN	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
83 - Desde que você iniciou a diálise, você precisou realizar alguma consulta fora da clínica de diálise?	
<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- IGN	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA nas questões 84 a 88 e vá para a questão 89.	

89 - Desde que você começou a fazer diálise, você realizou algum desses exames e quem pagou por eles?												
Realizou o exame?			Se SIM , quem pagou?									
Sim	Não	IGN	SUS	Convênio/ Plano	Particular	Outros	NA	IGN				
89. A	Raio X de tórax.....	1	2	9	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. B	Eletrocardiograma..	1	2	9	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. C	Ecocardiograma....	1	2	9	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. D	Endoscopia digestiva.....	1	2	9	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. E	Ultra-som abdominal.....	1	2	9	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. F	Doppler de vasos ilíacos.....	1	2	9	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. G.1	Outros exames. ...	1	2	9	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. G.2	Qual?.....	<input type="text"/>							NA = 8 IGN = 9	<input type="checkbox"/>		89.G.2
ENTREVISTADOR: diga ao paciente que você fará perguntas sobre as internações que aconteceram após o início da diálise.												
90 - Você está internado?												
<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- IGN												
Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA na questão 91 e vá para a questão 92.												
91 - Se sim, qual o motivo da internação?												
<input type="text"/>										NA = 8 IGN = 9	<input type="checkbox"/>	
92 - Desde que você iniciou a diálise, você foi internado pelo menos uma noite por qualquer motivo?												
<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- IGN												
Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA nas questões 93 a 101 e vá para a questão 102.												

[]

<p>93 - Desde que você iniciou a diálise, quantas vezes você foi internado?</p> <p>[][] NA = 88 IGN = 99</p>	<p>[][]</p>
<p>ENTREVISTADOR: diga ao paciente que você fará perguntas sobre sua ÚLTIMA internação</p>	
<p style="text-align: center;">INTERNAÇÃO</p>	
<p>94 - Por qual motivo você precisou ficar internado pela ÚLTIMA VEZ?</p> <p>[]</p> <p>NA = 8 IGN = 9</p>	<p>[]</p>
<p>95 - Quando (mês / ano) você ficou internado pela ÚLTIMA VEZ?</p> <p>[][] [][] NA = 88/8888 IGN = 99/9999</p> <p>mês ano</p>	<p>[][] [][]</p> <p>mês ano</p>
<p>96 - Você ficou internado por quantos dias?</p> <p>[][] NA = 888 IGN= 999</p> <p>dias</p>	<p>[][]</p> <p>dias</p>
<p>97 - Em qual hospital você ficou internado?</p> <p>[]</p> <p>NA = 8 IGN = 9</p>	<p>[]</p>
<p>98 - Você teve alguma dificuldade em se internar?</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- NA <input type="checkbox"/> 9- IGN</p> <p style="text-align: right;">Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA na questão 99 e vá para a questão 100.</p>	<p>[]</p>

<p>99 - Se sim, qual foi a dificuldade?</p> <p><input type="text"/></p> <p>NA = 8 IGN = 9</p>	<p><input type="text"/></p>																									
<p>100 - Quem pagou por esta última internação?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> <th>NA</th> <th>IGN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100.A- SUS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>100.B- Convênio/plano.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>100.C- Particular.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>100.D- Outros.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table> <p>Caso a resposta seja 100.C_ "Particular" responder a questão 101. Se não, registre NA nessa questão e vá para a questão 102.</p>		SIM	NÃO	NA	IGN	100.A- SUS.....	1	2	8	9	100.B- Convênio/plano.....	1	2	8	9	100.C- Particular.....	1	2	8	9	100.D- Outros.....	1	2	8	9	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
	SIM	NÃO	NA	IGN																						
100.A- SUS.....	1	2	8	9																						
100.B- Convênio/plano.....	1	2	8	9																						
100.C- Particular.....	1	2	8	9																						
100.D- Outros.....	1	2	8	9																						
<p>101 - Qual foi o custo desta internação particular?</p> <p><input type="text"/></p> <p>NA= 88.888,88 IGN= 99.999,99</p>	<p><input type="text"/></p>																									
<p>102 - Desde que você iniciou a diálise, precisou de atendimento em um hospital de urgência?</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- IGN</p> <p>Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA na questão 103 e vá para a questão 104.</p>	<p><input type="checkbox"/></p>																									
<p>103 - Se sim, qual o motivo?</p> <p><input type="text"/></p> <p>NA = 8 IGN = 9</p>	<p><input type="text"/></p>																									

<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	
ATENÇÃO: Fazer pergunta somente para pacientes em HEMODIÁLISE.	
Caso a modalidade de terapia do paciente não seja hemodiálise, marque NA nas questões 104 e 105 e vá para questão 106.	
<p>104 - NO ÚLTIMO MÊS, você faltou alguma sessão de hemodiálise?</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- NA <input type="checkbox"/> 9- IGN</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA nas questões 105 a 107 e vá para a questão 108.	
<p>105 - Se sim, quantas vezes e qual o motivo da última falta?</p> <p>105. A - <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; display: inline-block;"></div> NA = 88 IGN = 99 Quantas vezes</p> <p>105. B - <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 15px; display: inline-block;"></div> NA = 8 Motivo da última falta IGN = 9</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> <p>105. A</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> <p>105. B</p>
ATENÇÃO: Fazer pergunta somente para pacientes em DIÁLISE PERITONEAL.	
Caso a modalidade de terapia do paciente não seja diálise peritoneal, marque NA nas questões 106 e 107 e vá para questão 108.	
<p>106 - NO ÚLTIMO MÊS, você deixou de fazer a diálise peritoneal algum dia?</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- NA <input type="checkbox"/> 9- IGN</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA na questão 107 e vá para a questão 108.	
<p>107 - Se sim, quantas vezes e qual o motivo de não ter feito?</p> <p>107. A - <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; display: inline-block;"></div> NA = 88 IGN = 99 Quantas vezes</p> <p>107. B - <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 15px; display: inline-block;"></div> NA = 8 Motivo de não ter feito IGN = 9</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> <p>107. A</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> <p>107. B</p>

113 - NO ÚLTIMO MÊS, qual foi o seu gasto pessoal com medicamentos?

NA= 88.888,88 IGN= 99.999,99

ENTREVISTADOR: diga ao paciente que vocês conversarão sobre seus hábitos alimentares.

114 - Após o início da diálise, algum profissional de saúde disse que você não poderia comer/beber algum tipo de alimento/bebida?

- 1- SIM 2- NÃO 8-NA 9- IGN

Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA nas questões 115 e 116 e vá para a questão 117.

115 - Qual tipo de alimento esse profissional disse que você não pode comer/ beber?

	SIM	NÃO	NA	IGN
115. A - Proteína (carne, leite).....	1	2	8	9
115. B - Beber (água, líquidos).....	1	2	8	9
115. C - Potássio (banana, refrigerante).....	1	2	8	9
115. D - Sal	1	2	8	9
115. E - Cálcio (leite, queijo).....	1	2	8	9
115. F - Ferro (carne, feijão, couve).....	1	2	8	9
115. G.1 - Outros.....	1	2	8	9

115. G.2 -

NA = 8
IGN = 9

115. G.2

116 - Você segue estas orientações alimentares?

- 1- Nunca 2- Raramente 3 - Às vezes 4 - Sempre
 8-NA 9- IGN

124 - Sintomas gastrointestinais presentes há mais de 15 dias?					
	SIM	NÃO	NA	IGN	
124.A - Falta de apetite.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
124.B - Náusea.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
124.C - Vômitos.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
124.D - Diarréia (Acima de 3 evacuações líquidas por dia)	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
125 - Capacidade funcional?					
<input type="checkbox"/> 1- Sem disfunção		<input type="checkbox"/> 8- NA			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2- Com disfunção		<input type="checkbox"/> 9- IGN			
Se a resposta for "1 - Sem disfunção", registre NA nas questões 126 e 127 e vá para a questão 128.					
126 - Se alterada, há quanto tempo?					
<input type="text"/> <input type="text"/>	Dias	NA = 88	IGN = 99		<input type="checkbox"/>
127- Tipo de disfunção?					
<input type="checkbox"/> 1- Trabalho sub-ótimo		<input type="checkbox"/> 8- NA			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2- Tratamento ambulatorial		<input type="checkbox"/> 9- IGN			
<input type="checkbox"/> 3- Acamado					
128 - Doença principal e sua relação com as necessidades nutricionais?					
Diagnósticos principais					
<input type="text"/>				NA = 8 IGN = 9	<input type="checkbox"/>
129 - Demanda metabólica?					
<input type="checkbox"/> 1- Baixo stress		<input type="checkbox"/> 8- NA			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2- Stress moderado		<input type="checkbox"/> 9- IGN			
<input type="checkbox"/> 3- Stress elevado					

130 - Exame Físico?					
	SIM	NÃO	NA	IGN	
130.A - Perda de gordura subcutânea (tríceps e tórax)....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
130.B - Perda muscular (quadríceps e deltóide).....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
130.C - Presença de edema maleolar.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
130.D - Presença de edema pré-sacral.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
130.E - Presença de ascite.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
131 - Avaliação subjetiva. Resultado final?					
<input type="checkbox"/> 1- Nutrido					<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2- Suspeita de desnutrição ou moderadamente desnutrido					
<input type="checkbox"/> 3- Desnutrido grave					
ENTREVISTADOR: diga ao paciente que vocês conversarão sobre suas possíveis mudanças de cidade, bairro ou casa.					
132 - No ano de 2005, qual era seu endereço?					
Rua:	<input type="text"/>			Nº:	<input type="text"/>
Comple:	<input type="text"/>	Bairro:	<input type="text"/>		
Cidade:	<input type="text"/>		Estado:	<input type="text"/>	
133 - No ano de 2006, você mudou?					
<input type="checkbox"/> 1- Sim, de cidade					<input type="checkbox"/> 4- Não mudou
<input type="checkbox"/> 2- Sim, somente de bairro					<input type="checkbox"/> 8- NA
<input type="checkbox"/> 3- Sim, somente de casa					<input type="checkbox"/> 9- IGN
Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA na questão 134 e vá para a questão 135.					

134 - Se mudou:			
A	B	C	D
Em qual endereço você permaneceu por mais tempo em 2006? Rua: _____ Nº _____ Comple: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ NA = 8 IGN = 9	Se mudou foi por causa da diálise? <input type="checkbox"/> 1- SIM <input type="checkbox"/> 2- NÃO <input type="checkbox"/> 8-NA <input type="checkbox"/> 9- IGN	Sua família mudou com você? <input type="checkbox"/> 1 - Sim, todos <input type="checkbox"/> 2 - Sim, parte da família <input type="checkbox"/> 3 - Não, mudei sozinho <input type="checkbox"/> 8-NA <input type="checkbox"/> 9- IGN	Você atualizou o endereço na clínica de diálise <input type="checkbox"/> 1- SIM <input type="checkbox"/> 2- NÃO <input type="checkbox"/> 8-NA <input type="checkbox"/> 9- IGN
135 - No ano de 2007, você mudou? <input type="checkbox"/> 1- Sim, de cidade <input type="checkbox"/> 4- Não mudou <input type="checkbox"/> 2- Sim, somente de bairro <input type="checkbox"/> 8- NA <input type="checkbox"/> 3- Sim, somente de casa <input type="checkbox"/> 9- IGN			
136 - Se mudou:			
Em qual endereço você permaneceu por mais tempo em 2007? Rua: _____ Nº _____ Comple: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ NA = 8 IGN = 9	Se mudou foi por causa da diálise? <input type="checkbox"/> 1- SIM <input type="checkbox"/> 2- NÃO <input type="checkbox"/> 8-NA <input type="checkbox"/> 9- IGN	Sua família mudou com você? <input type="checkbox"/> 1 - Sim, todos <input type="checkbox"/> 2 - Sim, parte da família <input type="checkbox"/> 3 - Não, mudei sozinho <input type="checkbox"/> 8-NA <input type="checkbox"/> 9- IGN	Você atualizou o endereço na clínica de diálise <input type="checkbox"/> 1- SIM <input type="checkbox"/> 2- NÃO <input type="checkbox"/> 8-NA <input type="checkbox"/> 9- IGN

<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>				
<p>137 - No ano de 2008, você mudou?</p> <p> <input type="checkbox"/> 1- Sim, de cidade <input type="checkbox"/> 4- Não mudou <input type="checkbox"/> 2- Sim, somente de bairro <input type="checkbox"/> 8- NA <input type="checkbox"/> 3- Sim, somente de casa <input type="checkbox"/> 9- IGN </p>				<input type="checkbox"/>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; background-color: #e0e0e0;"> Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA na questão 138 e vá para a questão 139. </div>				
<p>138 - Se mudou:</p>				
A	B	C	D	
<p>Em qual endereço você permaneceu por mais tempo em 2008?</p> <p>Rua: _____</p> <p>Nº _____ Comple: _____</p> <p>Bairro: _____</p> <p>Cidade: _____</p> <p>Estado: _____</p> <p style="text-align: center;">NA = 8 IGN = 9</p>	<p>Se mudou foi por causa da diálise?</p> <p><input type="checkbox"/> 1- SIM <input type="checkbox"/> 2- NÃO <input type="checkbox"/> 8-NA <input type="checkbox"/> 9- IGN</p>	<p>Sua família mudou com você?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Sim, todos <input type="checkbox"/> 2 - Sim, parte da família <input type="checkbox"/> 3 - Não, mudei sozinho <input type="checkbox"/> 8-NA <input type="checkbox"/> 9- IGN</p>	<p>Você atualizou o endereço na clínica de diálise</p> <p><input type="checkbox"/> 1- SIM <input type="checkbox"/> 2- NÃO <input type="checkbox"/> 8-NA <input type="checkbox"/> 9- IGN</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin: 0 auto; text-align: center;">A</div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; text-align: center;">B</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; text-align: center;">C</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; text-align: center;">D</div> </div>
<p>139 - Alguém o acompanha em suas sessões de diálise e/ou consultas médicas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- IGN</p>				<input type="checkbox"/>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; background-color: #e0e0e0;"> Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA nas questões 140 a 143 e vá para a questão 144. </div>				

140 - Se sim, quem?					
	<u>SIM</u>	<u>NÃO</u>	<u>NA</u>	<u>IGN</u>	
140. A - Pai.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
140. B - Mãe.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
140. C - Esposo (a).....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
140. D - Irmão.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
140. E - Irmã.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
140. F - Filho.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
140. G - Filha.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
140. H.1 - Outros parentes [Ex. tio(a), primo(a), sobrinho(a), neto(a), etc].....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
140. H.2 - Quem? <input type="text"/>					<input type="checkbox"/>
					NA = 8 IGN = 9
140. I - Amigo(a).....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
140. J - Acompanhante pago.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
141 - A pessoa que o acompanha:					
	<u>SIM</u>	<u>NÃO</u>	<u>NA</u>	<u>IGN</u>	
141. A - É sempre a mesma pessoa.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
141. B - É sempre a mesma pessoa, mas não acompanha a todas as sessões de diálise.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
141. C - Não é a mesma pessoa que acompanha em todas as sessões de diálise.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>

149 - Você já teve que entrar com uma ação judicial para conseguir:				
	SIM	NÃO	IGN	
149. A - Medicamentos.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
149. B - Exames.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
149. C - Transporte.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
149. D.1 - Outros.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
149. D.2 - Qual? <input type="text"/>				<input type="checkbox"/>
			NA = 8 IGN = 9	<input type="checkbox"/>
				149.D.2
ENTREVISTADOR: diga ao paciente que, a partir de agora, você fará perguntas sobre as questões relacionadas à lista de transplante renal				
PARTE 3. INSCRIÇÃO E MANUTENÇÃO NA LISTA DE TRANSPLANTE				
150 - Você deseja receber um transplante renal?				
<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 3- Indeciso <input type="checkbox"/> 9- IGN				<input type="checkbox"/>
Se a resposta for SIM ou IGN, registre NA na questão 151 e vá para a questão 152.				
151 - Se não, ou está indeciso, porque?				
<input type="checkbox"/> 1- Está satisfeito com a diálise <input type="checkbox"/> 2- Religião não permite <input type="checkbox"/> 3- Tem medo da cirurgia <input type="checkbox"/> 4- Não se sente preparado para a cirurgia <input type="checkbox"/> 5- Médico disse que você não pode realizar o transplante <input type="checkbox"/> 6- Por causa da idade <input type="checkbox"/> 7.A - Outros.				<input type="checkbox"/>
7.B - Qual? <input type="text"/>				<input type="checkbox"/>
				7.B
<input type="checkbox"/> 8- NA				

152 - Desde que você iniciou a diálise, você foi informado sobre os seguintes fatos sobre transplante:

	SIM	NÃO	IGN	
152 .A - O paciente tem que aguardar o rim em lista de espera.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
152 .B - O rim para o transplante pode ser de alguém que já morreu.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
152 .C - Um parente do paciente pode ser doador para o transplante.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
152 .D - O paciente pode não ter indicação para realizar o transplante.....				
152 .E - O paciente deve estar em boa condição de saúde para realizar o transplante.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
152 .F - O paciente deve manter seus exames atualizados na clínica.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
152 .G - O transplantado deve usar medicamentos por toda a vida..	1	2	9	<input type="checkbox"/>
152 .H - Os medicamentos podem causar efeitos colaterais.....				
152 .I - Existe a possibilidade de perder do enxerto (transplante) e voltar a fazer hemodiálise.....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
	1	2	9	<input type="checkbox"/>

Se a resposta for NÃO a todas as afirmativas, registre NA na questão 153 e vá para a questão 154.

153 - De quem você recebeu estas informações?

	SIM	NÃO	NA	IGN	
153. A - Médico.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
153. B - Enfermeiro.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
153. C - Assistente social.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
153. D - Psicólogo.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
153. E - Folhetos informativos.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
153. F - Companheiros de diálise.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
153. G.1 - Outras fontes.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>

153. G.2 - Qual?

NA = 8
IGN = 9

153.G.2

154 - Alguém da sua família está disposto a lhe doar um rim?

1- Sim 2- Não 9- IGN

Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA na questão 155 e vá para a questão 156.

155 - Se sim, quem?					
	<u>SIM</u>	<u>NÃO</u>	<u>NA</u>	<u>IGN</u>	
155. A - Pai.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
155. B - Mãe.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
155. C - Esposo (a).....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
155. D - Irmão.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
155. E - Irmã.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
155. F - Filho.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
155. G - Filha.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
155. H - Outros parentes [Ex. tio(a), primo(a), sobrinho(a), neto(a), etc].....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
155. H.2 - Quem? <input type="text"/>					<input type="checkbox"/>
					155.H.2
155. I - Amigo(a).....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
156 - O médico solicitou consultas com outros profissionais de saúde para verificar a possibilidade de você ser inscrito na lista?					
	<u>SIM</u>	<u>NÃO</u>	<u>IGN</u>		
156. A - Cardiologista.....	1	2	9		<input type="checkbox"/>
156. B - Urologista.....	1	2	9		<input type="checkbox"/>
156. C - Pneumologista.....	1	2	9		<input type="checkbox"/>
156. D - Ginecologista.....	1	2	9		<input type="checkbox"/>
156. E - Cirurgião do transplante.....	1	2	9		<input type="checkbox"/>
156. F - Nefrologista.....	1	2	9		<input type="checkbox"/>
156. G - Endocrinologista.....	1	2	9		<input type="checkbox"/>
156. H - Gastroenterologista.....	1	2	9		<input type="checkbox"/>
156. I - Psiquiatra.....	1	2	9		<input type="checkbox"/>
156. J - Psicólogo.....	1	2	9		<input type="checkbox"/>
156. L - Assistente social.....	1	2	9		<input type="checkbox"/>
156. M - Outros.....	1	2	9		<input type="checkbox"/>

<p>157 - Você realizou os exames solicitados para a inscrição na lista de transplante?</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- IGN</p> <p>Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA nas questões 158 e 159 e vá para a questão 160.</p>	<p style="text-align: center;">┌</p>
<p>158 - Você teve dificuldade para realizar os exames solicitados?</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- NA <input type="checkbox"/> 9- IGN</p> <p>Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA na questão 159 e vá para a questão 160.</p>	<p style="text-align: center;">┌</p>
<p>159 - Se sim, qual dificuldade?</p> <p><input type="text"/></p> <p style="text-align: right;">NA=8 IGN=9</p>	<p style="text-align: center;">┌</p>
<p>160 - O médico afirmou que você poderia realizar o transplante?</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- IGN</p>	<p style="text-align: center;">┌</p>
<p>161 - Você está inscrito em lista única de transplante renal?</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- IGN</p> <p>Se a resposta for NÃO, responda as questões 162 e 163. Registre NA nas questões 164, 165 e 166 e vá para a questão 167.</p>	<p style="text-align: center;">┌</p>
<p>162 - Se não está inscrito, porque?</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Não sabe <input type="checkbox"/> 2- Médico não indicou <input type="checkbox"/> 3- Médico indicou, mas o paciente não quis se inscrever <input type="checkbox"/> 4.A - Outros.</p> <p>4.B - Qual? <input type="text"/> NA = 8 IGN = 9</p> <p><input type="checkbox"/> 8- NA <input type="checkbox"/> 9- IGN</p> <p>Se a resposta for o item 3, faça a questão 163, se for os demais itens, vá para a questão 164.</p>	<p style="text-align: center;">┌</p> <p style="text-align: center;">4.B</p>

<p>163 - Se o médico indicou mas você não quis se inscrever, por que?</p> <p><input type="checkbox"/> 1- A religião não permite</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Tem medo de cirurgia</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Está satisfeito com a diálise</p> <p><input type="checkbox"/> 4- Outros.</p> <p>4.B - Qual? <input type="text"/> NA = 8 IGN = 9</p> <p><input type="checkbox"/> 8- NA</p> <p><input type="checkbox"/> 9- IGN</p>	<p style="text-align: center;">┌</p> <p style="text-align: center;">└</p> <p style="text-align: center;">┌──────────────────┐</p> <p style="text-align: center;">4.B</p>
<p>164 - Quando você foi inscrito em lista de espera de transplante renal?</p> <p>┌──┬──┬──┬──┬──┬──┐ NA = 88/8888 mês ano IGN = 99/9999</p>	<p>┌──┬──┬──┬──┬──┬──┐</p> <p>mês ano</p>
<p>165 - Você procura manter-se informado sobre sua situação (ativo ou não) na lista de transplante?</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- NA <input type="checkbox"/> 9- IGN</p> <p style="text-align: right;">Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA na questão 166 e vá para a questão 167.</p>	<p style="text-align: center;">┌</p>
<p>166 - Se sim, como?</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Médico</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Clínica</p> <p><input type="checkbox"/> 3- MG Transplante</p> <p><input type="checkbox"/> 4- Conhece alguém no MG Transplante</p> <p><input type="checkbox"/> 8- NA</p> <p><input type="checkbox"/> 9- IGN</p>	<p style="text-align: center;">┌</p>

171 - Se sim, qual(is) o(s) motivo(s)?

	SIM	NÃO	NA	IGN	
171.A- Exames desatualizados.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
171.B - Não estava em bom estado de saúde.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
171. C - Foi contra indicado pela equipe de transplante.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
171.D - Não conseguiu realizar os procedimentos pré-cirurgicos em tempo...	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
171.E - Não foi localizado.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
171.F- Teve medo da cirurgia.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
171.G- Estava satisfeito com a diálise.....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
171.H.1 - Outros.	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
171.H.2 - Qual? <input type="text"/>					<input type="checkbox"/>

NA = 8
IGN = 9

171.H.2

172 - Se conseguir realizar o transplante, como acha que será sua qualidade de vida, em comparação ao momento atual (em diálise)?

1- Melhor 2- Igual 3- Pior 9- IGN

ENTREVISTADOR: diga ao paciente que você fará perguntas sobre outras doenças que ele possa ter.

Questões 173 - 190 Além da doença renal, algum médico falou que você tem (ou teve) alguma dessas doenças. Eu vou ler uma lista de doenças para você responder.											
	PARTE A Tem (ou teve) a doença			PARTE B Se SIM , quando?							
	SIM	NÃO	IGN	ANTES da diálise/ transplante	DEPOIS da diálise/ transplante	JUNTO da diálise/ transplante	NA	IGN			
173. Diabetes Mellitus.....	1	2	9	1	2	3	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
174. Pressão Alta (Hipertensão).	1	2	9	1	2	3	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
175. Derrame (AVC).....	1	2	9	1	2	3	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
176. Doenças Cardíacas.....	1	2	9	1	2	3	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
177. Trombose/isquemia (Pernas e Braços).	1	2	9	1	2	3	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
178. Câncer/ Tumor/ Neoplasia.	1	2	9	1	2	3	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
179. Cirrose.....	1	2	9	1	2	3	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
180. Doença pulmonar crônica (Enfisema, asma, bronquite)	1	2	9	1	2	3	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
181. Doença óssea.....	1	2	9	1	2	3	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
182. Úlcera.....	1	2	9	1	2	3	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
183. Artrite.....	1	2	9	1	2	3	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
184. Depressão.....	1	2	9	1	2	3	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
185. Hepatite.....	1	2	9	1	2	3	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
186. HIV/AIDS.....	1	2	9	1	2	3	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
187. Doença Psicótica.....	1	2	9	1	2	3	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
188. Lupus. eritematoso	1	2	9	1	2	3	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OUTRAS (QUAIS?)											
189.	1	2	9	1	2	3	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
190.....	1	2	9	1	2	3	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Se o paciente relatou diabetes e/ou hipertensão antes do início da diálise responda as questões 191 a 210. Se NÃO, registre NA nessas questões e vá para a questão 211.

PARTE 4. SITUAÇÃO DO PACIENTE DIABÉTICO E / OU HIPERTENSO ANTES DO INÍCIO DA DIÁLISE																																									
ENTREVISTADOR: diga ao paciente que você fará perguntas sobre o diabetes e/ ou a hipertensão, antes do início da diálise.																																									
<p>191 - Você acha que a diabetes e/ou hipertensão podem ter causado a Doença Renal Crônica (DRC)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- NA <input type="checkbox"/> 9- IGN</p>	[]																																								
<p>192 - O médico lhe avisou que o diabetes e/ ou a hipertensão poderiam levar a Doença Renal Crônica (DRC)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- NA <input type="checkbox"/> 9- IGN</p>	[]																																								
<p>193 - Você freqüentava algum serviço de saúde regularmente antes de iniciar a diálise?</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- NA <input type="checkbox"/> 9- IGN</p>	[]																																								
Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA na questão 194 e vá para a questão 195.																																									
<p>194 - Se sim, quais?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SIM</th> <th style="text-align: center;">NÃO</th> <th style="text-align: center;">NA</th> <th style="text-align: center;">IGN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>194. A - Consultório convênio</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>194. B - Consultório particular.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>194. C - Policlínica/PAM.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>194. D - Centro de saúde/ Posto.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </tbody> </table>		SIM	NÃO	NA	IGN	194. A - Consultório convênio	1	2	8	9	194. B - Consultório particular.....	1	2	8	9	194. C - Policlínica/PAM.....	1	2	8	9	194. D - Centro de saúde/ Posto.....	1	2	8	9	[] [] [] []															
	SIM	NÃO	NA	IGN																																					
194. A - Consultório convênio	1	2	8	9																																					
194. B - Consultório particular.....	1	2	8	9																																					
194. C - Policlínica/PAM.....	1	2	8	9																																					
194. D - Centro de saúde/ Posto.....	1	2	8	9																																					
<p>195 - Desde que você iniciou a diálise, você continuou utilizando esse serviço de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9- IGN</p>	[]																																								
Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA na questão 196 e vá para a questão 197.																																									
<p>196 - Se sim, você continuou utilizando esse serviço de saúde para:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sempre</th> <th style="text-align: center;">Repetidamente</th> <th style="text-align: center;">Às vezes</th> <th style="text-align: center;">Raramente</th> <th style="text-align: center;">Nunca</th> <th style="text-align: center;">NA</th> <th style="text-align: center;">IGN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>196 A - Consultas</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>196 B - Pegar medicamentos</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>196 C - Realizar exames</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>196.D - Outros</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </tbody> </table>		Sempre	Repetidamente	Às vezes	Raramente	Nunca	NA	IGN	196 A - Consultas	1	2	3	4	5	8	9	196 B - Pegar medicamentos	1	2	3	4	5	8	9	196 C - Realizar exames	1	2	3	4	5	8	9	196.D - Outros	1	2	3	4	5	8	9	[] [] [] []
	Sempre	Repetidamente	Às vezes	Raramente	Nunca	NA	IGN																																		
196 A - Consultas	1	2	3	4	5	8	9																																		
196 B - Pegar medicamentos	1	2	3	4	5	8	9																																		
196 C - Realizar exames	1	2	3	4	5	8	9																																		
196.D - Outros	1	2	3	4	5	8	9																																		

Questões 197 - 199: Você recebeu recomendações do seu médico sobre:					
	<u>SIM</u>	<u>NÃO</u>	<u>NA</u>	<u>IGN</u>	
197 - Dieta?	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
198 - Uso de medicamentos?	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
199 - Atividade física?	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
200 - Antes de iniciar a diálise, o médico pediu exames para avaliar o funcionamento de seus rins?					
<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- NA <input type="checkbox"/> 9- IGN					<input type="checkbox"/>
Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA nas questões 201 e 202 e vá para a questão 203.					
201 - Você realizou esses exames solicitados?					
<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- NA <input type="checkbox"/> 9- IGN					<input type="checkbox"/>
Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA na questão 202 e vá para a questão 203.					
202 - Você retornou com os resultados desses exames solicitados pelo seu médico?					
<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- NA <input type="checkbox"/> 9- IGN					<input type="checkbox"/>
203 - Antes de iniciar a diálise, um médico o encaminhou para consulta com o Nefrologista?					
<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- NA <input type="checkbox"/> 9- IGN					<input type="checkbox"/>
Se a resposta for NÃO ou IGN, registre NA nas questões 204 a 210 e vá para a questão 211.					
204 - Se sim, qual médico o encaminhou?					
<input type="checkbox"/> 1- Médico que acompanhava o tratamento da hipertensão ou diabetes <input type="checkbox"/> 2- Médico do Pronto Socorro <input type="checkbox"/> 3- Médico do hospital <input type="checkbox"/> 4- Outro médico de consultório/ ambulatório <input type="checkbox"/> 5 -Outro <input type="checkbox"/> 8 - NA <input type="checkbox"/> 9 - IGN					<input type="checkbox"/>

ATENÇÃO: PERGUNTA SOMENTE PARA PACIENTES RESIDENTES EM BELO HORIZONTE.																																	
211 - Qual (is) serviço (s) de saúde você utilizou antes de iniciar a diálise (Centro de Saúde, PAM, Pronto Socorro, Hospital)?																																	
ENTREVISTADOR: pedir informação sobre número do cartão, cor, número da Equipe de Saúde da Família, endereço, etc.																																	
211.A Serviço de Saúde	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> <div style="width: 45%;"> <p>Data inicial</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">mês</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">ano</td> </tr> </table> <p>Data final</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">mês</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">ano</td> </tr> </table> </div> </div>									mês				ano												mês				ano			
mês				ano																													
mês				ano																													
211.B Serviço de Saúde	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> <div style="width: 45%;"> <p>Data inicial</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">mês</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">ano</td> </tr> </table> <p>Data final</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">mês</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">ano</td> </tr> </table> </div> </div>									mês				ano												mês				ano			
mês				ano																													
mês				ano																													
211.C Serviço de Saúde	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> <div style="width: 45%;"> <p>Data inicial</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">mês</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">ano</td> </tr> </table> <p>Data final</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">mês</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">ano</td> </tr> </table> </div> </div>									mês				ano												mês				ano			
mês				ano																													
mês				ano																													
211.D Serviço de Saúde	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> <div style="width: 45%;"> <p>Data inicial</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">mês</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">ano</td> </tr> </table> <p>Data final</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">mês</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">ano</td> </tr> </table> </div> </div>									mês				ano												mês				ano			
mês				ano																													
mês				ano																													
211.E Serviço de Saúde	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> <div style="width: 45%;"> <p>Data inicial</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">mês</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">ano</td> </tr> </table> <p>Data final</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">mês</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">ano</td> </tr> </table> </div> </div>									mês				ano												mês				ano			
mês				ano																													
mês				ano																													
OBSERVAÇÕES																																	
<p>A questão 212 deve ser respondida pelo entrevistador. A questão 212 deve ser respondida apenas para pacientes em hemodiálise.</p>																																	
212 - Em que momento foi realizada a pesquisa? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1- Antes da Hemodiálise <input type="checkbox"/> 2- Durante a Hemodiálise <input type="checkbox"/> 3- Depois da Hemodiálise 																																	

EQ - 5D

Neste momento, queremos entender como está o seu estado de saúde atual. Eu vou ler três afirmações em cada questão e você deverá indicar qual delas melhor descreve o seu estado de saúde hoje.

213 - Mobilidade

- 1- Não tenho problemas em andar
- 2- Tenho alguns problemas em andar
- 3- Estou limitado a ficar na cama

214 - Cuidados Pessoais

- 1- Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais, p.e. me lavar ou vestir
- 2- Tenho alguns problemas para me lavar ou me vestir
- 3- Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho (a)

215 - Atividades Habituais (ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)

- 1- Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais
- 2- Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais
- 3- Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais

216 - Dor/Mal Estar

- 1- Não tenho dores ou mal estar
- 2- Tenho dores ou mal estar moderados
- 3- Tenho dores ou mal estar extremos

217 - Ansiedade/Depressão

- 1- Não estou ansioso(a) ou deprimido(a)
- 2- Estou moderadamente ansioso(a) ou deprimido(a)
- 3- Estou extremamente ansioso(a) ou deprimido(a)

218 - Para ajudar as pessoas a dizer quão bom ou mau o seu estado de saúde é, nós desenhamos uma escala (semelhante a um termômetro) na qual o melhor estado de saúde que possa imaginar é marcado por 100 e o pior estado de saúde que possa imaginar é marcado por 0.

Gostaríamos que indicasse nesta escala quão bom ou mau é, na sua opinião, o seu estado de saúde **hoje**. Por favor, desenhe uma linha a partir do quadrado que se encontra abaixo, até ao ponto da escala que melhor classifica o seu estado de saúde **hoje**.

O seu estado de saúde hoje

O melhor estado de saúde imaginável

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

O pior estado de saúde imaginável



<h2 style="margin: 0;">Sua Saúde</h2> <p style="margin: 10px 0 0 0;">Esta pesquisa inclui uma ampla variedade de questões sobre sua saúde e sua vida. Nós estamos interessados em saber como você se sente sobre cada uma destas questões.</p>				
<p>219 - Em geral, você diria que sua saúde é:</p>				
Excelente ▼ <input type="checkbox"/> 1	Muito Boa ▼ <input type="checkbox"/> 2	Boa ▼ <input type="checkbox"/> 3	Regular ▼ <input type="checkbox"/> 4	Ruim ▼ <input type="checkbox"/> 5
<p>220 - <u>Comparada há um ano atrás</u>, como você avaliaria sua saúde em geral <u>agora</u>?</p>				
Muito melhor agora do que há um ano atrás ▼ <input type="checkbox"/> 1	Um pouco melhor agora do que há um ano atrás ▼ <input type="checkbox"/> 2	Aproximadamente igual há um ano atrás ▼ <input type="checkbox"/> 3	Um pouco pior agora do que há um ano atrás ▼ <input type="checkbox"/> 4	Muito pior agora do que há um ano atrás ▼ <input type="checkbox"/> 5

221 - Os itens seguintes são sobre atividades que você pode realizar durante um dia normal. <u>Seu estado de saúde atual</u> o dificulta a realizar estas atividades? Se sim, quanto?			
	Sim, dificulta muito ▼	Sim, dificulta um pouco ▼	Não, não dificulta nada ▼
a <u>Atividades que requerem muito esforço</u> , como corrida, levantar objetos pesados, participar de esportes que exigem muito esforço.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b <u>Atividades moderadas</u> , tais como mover uma mesa, varrer o chão, jogar boliche, ou caminhar mais de uma hora	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c Levantar ou carregar compras de supermercado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d Subir <u>vários</u> lances de escada.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e Subir um lance de escada.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f Inclinar-se, ajoelhar-se, ou curvar-se.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g Caminhar <u>mais do que um quilômetro</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h Caminhar <u>vários quarteirões</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i Caminhar <u>um quarteirão</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j Tomar banho ou vestir-se	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

222 - Durante as <u>4 últimas semanas</u> , você tem tido algum dos problemas seguintes com seu trabalho ou outras atividades habituais, <u>devido a sua saúde física</u> ?		
	Sim ▼	Não ▼
a Você reduziu a <u>quantidade de tempo</u> que passa trabalhando ou em outras atividades.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b <u>Fez menos</u> coisas do que gostaria.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c Sentiu dificuldade no tipo de trabalho que realiza ou outras atividades	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
d Teve <u>dificuldade</u> para trabalhar ou realizar outras atividades (p.ex, precisou fazer mais esforço).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>						
<p>223 - Durante as 4 últimas semanas, você tem tido algum dos problemas abaixo com seu trabalho ou outras atividades de vida diária devido a alguns problemas emocionais (tais como sentir-se deprimido ou ansioso) ?</p>						
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> Sim ▼ </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> Não ▼ </div>				
a	Reduziu a <u>quantidade de tempo</u> que passa trabalhando ou em outras atividades.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>		
b	<u>Fez menos coisas</u> do que gostaria.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>		
c	Trabalhou ou realizou outras atividades com menos <u>atenção</u> do que de costume.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>		
<p>224 - Durante as 4 últimas semanas, até que ponto os problemas com sua saúde física ou emocional interferiram com atividades sociais normais com família, amigos, vizinhos, ou grupos?</p>						
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> Nada ▼ </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> Um pouco ▼ </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> Moderadamente ▼ </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> Bastante ▼ </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> Extremamente ▼ </div>	
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
<p>225 - Quanta dor no corpo você sentiu durante as 4 últimas semanas?</p>						
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> Nenhuma ▼ </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> Muito leve ▼ </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> Leve ▼ </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> Moderada ▼ </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> Intensa ▼ </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> Muito intensa ▼ </div>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<p>226 - Durante as 4 últimas semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho habitual (incluindo o trabalho fora de casa e o trabalho em casa) ?</p>						
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> Nada ▼ </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> Um pouco ▼ </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> Moderadamente ▼ </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> Bastante ▼ </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> Extremamente ▼ </div>	
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

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

Durante as 4 últimas semanas, quanto tempo.

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

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

Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhum momento	
▼	▼	▼	▼	▼	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

229 - Por favor, escolha a resposta que melhor descreve até que ponto cada uma das seguintes declarações é verdadeira ou falsa.

	Sem dúvida verdadeiro	Geralmente verdadeiro	Não sei	Geralmente falso	Sem dúvida falso		
	▼	▼	▼	▼	▼		
a	Parece que eu fico doente com mais facilidade do que outras pessoas.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
b	Eu me sinto tão saudável quanto qualquer pessoa que conheço.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
c	Acredito que minha saúde vai piorar.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
d	Minha saúde está excelente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

Sua Doença Renal

230 - Até que ponto cada uma das seguintes declarações é verdadeira ou falsa para você?

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

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

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

232 - Durante as 4 últimas semanas, quanto você se incomodou com cada um dos seguintes problemas?

	Não me incomodei de forma alguma	Fiquei um pouco incomodado	Incomodei-me de forma moderada	Muito incomodado	Extremamente incomodado	
	▼	▼	▼	▼	▼	
a Dores musculares?..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
b Dor no peito?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
c Cãibras?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
d Coceira na pele?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
e Pele seca?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
f Falta de ar?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
g Fraqueza ou tontura?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
h Falta de apetite?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
i Esgotamento (muito cansaço) ?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
j Dormências nas mãos ou pés (formigamento) ?....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
k Vontade de vomitar ou indisposição estomacal?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
l (Somente paciente em hemodiálise)						
Problemas com sua via de acesso (fístula ou cateter)?...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
m (Somente paciente em diálise peritoneal)						
Problemas com seu cateter?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

Efeitos da Doença Renal em Sua Vida

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

	Não incomoda nada	Incomoda um pouco	Incomoda de forma moderada	Incomoda muito	Incomoda extremamente	
	▼	▼	▼	▼	▼	
a Diminuição de líquidos?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>
b Diminuição alimentar?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>
c Sua capacidade de trabalhar em casa?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>
d Sua capacidade de viajar?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>
e Dependência dos médicos e outros profissionais de saúde?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>
f Estresse ou preocupações causadas pela doença renal?..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>
g Sua vida sexual?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>
h Sua aparência pessoal?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>

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

234.A - Você teve alguma atividade sexual nas 4 últimas semanas ?

Não 1 ► Se respondeu não, por favor pule para a **Questão 235**.

Sim 2

234.B - Nas últimas 4 semanas você teve problema em:

	Nenhum problema	Pouco problema	Um problema	Muito problema	Problema enorme	
	▼	▼	▼	▼	▼	
a Ter satisfação sexual?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>
b Ficar sexualmente excitado(a)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/>

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

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

Muito ruim											Muito bom
▼											▼
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

236 - Com que frequência, durante as 4 últimas semanas você:

	Nenhum momento	Uma pequena parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma boa parte do tempo	A maior parte do tempo	Todo o tempo
	▼	▼	▼	▼	▼	▼
a Acordou durante a noite e teve dificuldade para voltar a dormir?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b Dormiu pelo tempo necessário?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c Teve dificuldade para ficar acordado durante o dia?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

237 - Em relação à sua família e amigos, até que ponto você está satisfeito com:

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

238 - Durante as 4 últimas semanas, você recebeu dinheiro para trabalhar?

Sim	Não
▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

239 - Sua saúde o impossibilitou de ter um trabalho pago?

Sim ▼ <input type="checkbox"/> 1	Não ▼ <input type="checkbox"/> 2
--	--

240 - No geral, como você avaliaria sua saúde?

O pior possível (tão ruim ou pior do que estar morto) ▼	Meio termo entre pior e melhor ▼	A melhor possível ▼
0	5	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Satisfação Com O Tratamento

241 - Pense a respeito dos cuidados que você recebe na diálise. Em satisfação, como você classificaria a amizade e o interesse demonstrado em você como pessoa?

Muito ruim ▼ <input type="checkbox"/> 1	Ruim ▼ <input type="checkbox"/> 2	Regular ▼ <input type="checkbox"/> 3	Bom ▼ <input type="checkbox"/> 4	Muito bom ▼ <input type="checkbox"/> 5	Excelente ▼ <input type="checkbox"/> 6	O melhor ▼ <input type="checkbox"/> 7
---	---	--	--	--	--	---

242 - Quanto cada uma das afirmações a seguir é verdadeira ou falsa?

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

243 - Horário de término da entrevista:

	:	
	Horário de término	

APÊNDICE D

Trabalho apresentado no XXIII Encontro da Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental

Título: Autopercepção de saúde em pacientes com insuficiência renal crônica terminal, no município de Belo Horizonte, MG.

Categoria: intermediário.

Área de submissão do trabalho: PA (pesquisa aplicada)/ SH (área da saúde e/ou hospitalar)

Modalidade da apresentação: comunicações orais.

Resumo: Por insuficiência renal crônica terminal se entende uma patologia caracterizada pela perda da capacidade excretória renal, o que resulta em danos severos à saúde e em modificações na qualidade de vida. Há tratamentos para casos como esse, porém paliativos. A terapêutica dialítica, um desses tratamentos, é o mais prevalente na população mundial. A autopercepção do estado geral de saúde é um aferidor confiável para avaliar o estado de saúde global e é construído a partir daquilo que o sujeito prioriza ao relatar sua saúde. Portanto, esse indicador tem como propósito revelar o estado de saúde de acordo com aspectos clínicos e a idiossincráticos. Um possível determinante da autopercepção é o suporte social, definido como a compreensão do contato do sujeito com outras pessoas e da forma como ele se percebe amparado nesse encontro. Esse apoio resulta em efeitos emocionais e comportamentais, incluindo em saúde. O objetivo desta pesquisa, de caráter transversal e parte de uma dissertação de mestrado, foi investigar a prevalência de fatores associados à autopercepção de saúde em pacientes com insuficiência renal crônica a partir de aspectos sócio-demográficos, econômicos, clínicos e relacionados ao suporte social. O levantamento dos dados foi obtido a partir de entrevista estruturada com todos os pacientes em diálise, elegíveis, segundo consentimento ético, a participar da pesquisa, no município de Belo Horizonte, em Minas Gerais. Pacientes que relataram boa autopercepção foram comparados aos demais e os fatores associados foram determinados a partir de uma análise univariada. No total, 698 pacientes sob tratamento dialítico participaram da pesquisa, dos quais 86,2% relataram sua saúde geral como “boa”. Como resultado da análise inferencial, foi identificada associação estatística significativa ($p \leq 0,05$) positiva entre a autopercepção boa e renda familiar, número de comorbidades e internações, mobilidade, satisfação com o apoio que recebe de familiares e amigos, e negativa entre dificuldade em conseguir medicamentos, informação recebida sobre hábitos alimentares e perda de peso. Percebe-se, portanto, que diversos fatores, além dos aspectos clínicos/orgânicos,

podem afetar a forma como o sujeito portador de insuficiência renal crônica descreve sua saúde, o que corrobora o aspecto multideterminado da autopercepção de saúde, assim como a importância de se perceber amparado socialmente para a saúde.



XXIII Encontro Brasileiro
de Psicologia e Medicina
Comportamental

24 a 27 de setembro de 2014
Fábrica de Negócios - Fortaleza - CE

C E R T I F I C A D O

A Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental certifica que:
EDMUNDO RINOLINO MAGALHÃES FLORES

Apresentou(ram) a(o) **COMUNICAÇÃO ORAL**

AUTOPERCEÇÃO DE SAÚDE E SUPORTE SOCIAL EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA TERMINAL

Durante o XXIII Encontro Brasileiro de Psicologia e Medicina Comportamental, realizado de 24 a 27 de setembro de 2014 em Fortaleza - CE.

Fortaleza, 27 de setembro de 2014



João Ilo Coelho Barbosa
Presidente da ABPMC



Denise de Lima Oliveira Vilas Boas
Presidente do Congresso



Realização:
Associação Brasileira de Psicologia
e Medicina Comportamental

ANEXO A

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG-COEP

UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP


Parecer nº. ETIC 492/06

Interessada: Profa. Mariângela Leal Cherchiglia
Depto. de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina-UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 14 de fevereiro de 2007, o projeto de pesquisa intitulado **"Equidade no acesso e utilização de procedimentos de alta complexidade/custo no SUS-Brasil: avaliação dos transplantes renais"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP-UFMG

ANEXO B

Comprovante de submissão do Artigo



Edmundo Magalhães <edmagalhaesf@gmail.com>

Novo artigo (CSP_0071/15)

4 mensagens

Cadernos de Saude Publica <cadernos@fiocruz.br>
Para: edmagalhaesf@gmail.com

21 de janeiro de 2015 20:13

Prezado(a) Dr(a) EDMUNDO RINOLINO MAGALHÃES FLORES:

Confirmamos a submissão do seu artigo "Autopercepção de saúde e suporte social em pacientes sob tratamento dialítico em Belo Horizonte, Minas Gerais" (CSP_0071/15) para Cadernos de Saúde Pública. Agora será possível acompanhar o progresso de seu manuscrito dentro do processo editorial, bastando clicar no link "Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos", localizado em nossa página <http://www.ensp.fiocruz.br/csp>.

Em caso de dúvidas, envie suas questões através do nosso sistema, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Profª. Marília Sá Carvalho
Profª. Claudia Travassos
Profª. Claudia Medina Coeli
Editoras



Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Fundação Oswaldo Cruz
Rua Leopoldo Bulhões 1480
Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil
Tel.: +55 (21) 2598-2511, 2508 / Fax: +55 (21) 2598-2737
cadernos@ensp.fiocruz.br
<http://www.ensp.fiocruz.br/csp>

Edmundo Magalhães <edmagalhaesf@gmail.com>
Para: Mariangela Cherciglia <cherchl@medicina.ufmg.br>

22 de janeiro de 2015 15:32