

COMPARANDO A QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE E PÓS-TRANSPLANTE RENAL PELO "WHOQOL-BREF"

COMPARING QUALITY OF LIFE OF PATIENTS IN HEMODIALYSIS AND POST-RENAL TRANSPLANT USING THE "WHOQOL-BREF"

COMPARACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS Y POST-TRASPLANTE RENAL POR EL "WHOQOL-BREF"

Glauceia Maciel de Farias¹
Ana Elza Oliveira de Mendonça²

RESUMO

Estudo exploratório descritivo, visando identificar a qualidade de vida (QV) de pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal medidos pelo "WHOQOL-bref". A população foi de 62 pacientes em hemodiálise e 58 transplantados, com dados coletados de fevereiro a março de 2006. Os resultados mostram predominância do sexo masculino tanto no grupo pós-transplante (55,17%) quanto no grupo em hemodiálise (51,61%), com faixa etária de 28 a 43 anos, sendo 53,45% de transplantados e 48,99% de indivíduos em hemodiálise. Quanto à descrição dos dados de QV, os escores médios do grupo pós-transplante foram (Q-1) 18,14 e (Q-2) 18,69, e 12,39 (Q-1) e 11,29 (Q-2) para o grupo em hemodiálise. Quanto aos aspectos que diferenciam a QV dos dois grupos observados por meio dos escores médios dos domínios, para o grupo pós-transplante foram: "domínio físico": 15,91; "domínio psicológico": 16,75; "domínio relações sociais": 17,79; "domínio meio ambiente": 14,16. Para o grupo em hemodiálise, foram: "domínio físico": 12,71; "domínio psicológico": 14,84; "domínio relações sociais": 16,58; "domínio meio ambiente": 12,38. Em todos os itens avaliados, o grupo pós-transplante apresenta melhor QV quando comparado ao grupo em hemodiálise. A diferença na QV das duas populações foi significativa em todos os itens avaliados com $p < 0,005$.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Transplante de Rim; Diálise Renal; Enfermagem.

ABSTRACT

This is an exploratory descriptive study with quantitative approach that aims to assess quality of Life (QOL) among transplanted and hemodialysis patients using the WHOQOL-BREF questionnaire. Sixty-two hemodialysis patients and 58 transplanted patients from the Onofre Lopes University Hospital of Natal, RN were evaluated between February and March, 2006. Result shows that male patients were most prevalent in both groups (post-transplant group 55.17%, hemodialysis group 51.61%); most patients were 28-43 years old, from which 53.45% were transplanted and 48.99% were hemodialysis patients. Analysis of the WHOQOL-BREF showed that average scores among post-transplant patients were 18.14 (Q-1) and 18.69 (Q-2), while mean scores among hemodialysis patients were 12.3 (Q-1) and 11.29 (Q-2). Aspects that differentiate QOL between the groups were obtained through the average scores of four major domains. For the post-transplant group, mean domain scores were: Physical 15.91; Psychological 16.75; Social Relations 17.79; and Environment 14.16. For the hemodialysis group, mean domain scores were: Physical 12.71; Psychological 14.84; Social Relations 16.58; and Environment 12.38. The post-transplant group achieved significantly higher scores in all the assessed items ($p < 0,005$).

Key words: Quality of Life; Kidney Transplantation; Renal Dialysis; Nursing.

RESUMEN

Estudio exploratorio descriptivo con miras a identificar la Calidad de Vida (CV) de pacientes en hemodiálisis y post-trasplante renal medidos por el WHOQOL-bref. La población fue de 62 pacientes en hemodiálisis y 58 trasplantados, con datos recogidos entre febrero y marzo de 2006. Los resultados muestran predominio del sexo masculino tanto en el grupo post-trasplante (55,17%) como en el grupo en hemodiálisis (51,61%), con edad entre 28 y 43 años, siendo 53,45% de trasplantados y 48,99% de individuos en hemodiálisis. En relación a la descripción de los datos de CV, los resultados medios del grupo post-trasplante han sido (C-1)18,14 y (C2)18,69, y 12,39(C-1) y 11,29(C-2) para el grupo en hemodiálisis. Respecto a los aspectos que diferencian la CV de los dos grupos observados por medio de resultados promedio de los Dominios, que para el grupo post-trasplante han sido: Dominio Físico 15,91; Dominio Psicológico 16,75; Dominio Relaciones Sociales 17,79; Dominio Medio Ambiente 14,16. Para el grupo en hemodiálisis han sido: Dominio Físico 12,71; Dominio Psicológico 14,84; Dominio Relaciones Sociales 16,58; Dominio Medio Ambiente 12,38. En todos los puntos evaluados, el grupo post-trasplante presenta mejor CV cuando comparado al grupo en hemodiálisis. La diferencia en la CV de las dos poblaciones ha sido significativa en todos los puntos evaluados con $p < 0,005$.

Palabras clave: Calidad de Vida; Trasplante de Riñón; Diálisis Renal; Enfermería.

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Graduação e Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: glauceamaciel@gmail.com.

² Enfermeira intensivista do Hospital Universitário Onofre Lopes e do Hospital Central Cel Pedro Germano. Mestre em Enfermagem pela UFRN. Professora da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: a.elza@uol.com.br. Endereço para correspondência – Glauceia Maciel de Farias: *Campus* Universitário Br 101, Lagoa Nova – Natal/RN. CEP: 59072-970. Fone/fax: (84) 3215-3196.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento técnico-científico tem possibilitado o diagnóstico precoce de várias doenças crônicas, como também o aperfeiçoamento das terapêuticas. Esse fato traz grandes benefícios no controle e evolução de várias patologias, proporcionando a diminuição da mortalidade e, conseqüentemente, a melhoria na qualidade de vida (QV) da população. Esse avanço é retratado nos renais crônicos quando a complexidade da doença, o tratamento, o uso e o acesso às tecnologias influenciam sobremaneira na trajetória dessa doença.¹

Constatamos, porém, que a insuficiência renal (IR) constitui causa significativa de morbimortalidade e é, sem dúvida, questão peculiar de saúde pública. Essa patologia acontece quando os rins perdem a capacidade de filtrar os líquidos do sangue e a manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico, permitindo o acúmulo de substâncias químicas resultantes do metabolismo celular.^{2,3}

A IR pode ser aguda e crônica; quando aguda (IRA), ocorre subitamente e, dependendo da etiologia, pode ser reversível. A crônica (IRC) tem desenvolvimento lento e progressivo e, muitas vezes, assintomático no início da doença, em razão dos mecanismos de adaptação do nosso corpo e também pelo fato de os rins terem capacidade funcional vastamente superior ao mínimo necessário.³

A IRC torna-se algo desagradável e de difícil aceitação, impondo limitações e desestruturação na vida do paciente e na de sua família. Esse processo depende da complexidade e gravidade da doença e dos mecanismos de enfrentamento disponíveis para satisfazer suas necessidades e readquirir o equilíbrio.^{2,3}

Conforme estudos recentes realizados pela SBN, aproximadamente 25 mil pessoas começam a fazer diálise por ano e somente 15% delas chegam a um transplante renal no Brasil, sendo as doenças renais responsáveis por 15 mil mortes por ano.⁴

Hoje, o transplante de órgãos sólidos representa a melhor opção terapêutica, considerando custos e melhoria na QV do paciente. Por essa razão, o transplante renal é o tratamento mais adequado para a IRC, tanto do ponto de vista médico quanto social e econômico.^{5,6}

Juntando-se o uso contínuo dos novos imunossuppressores e o crescente número de cirurgias realizadas, o manuseio clínico desse paciente passou a ser a etapa mais importante para garantir a sobrevida, em longo prazo, dos órgãos transplantados. Mesmo assim, complicações crônicas tendem a ser frequentes, com implicações sérias, como a perda ou a disfunção do órgão transplantado em cerca de 40% a 70%, mesmo na sobrevida do paciente.^{7,8}

A magnitude do problema dos renais crônicos e a importância atribuída a esse tipo de transplante, são de grande significância para o paciente, para sua família e, conseqüentemente, para a sociedade. Devemos, entretanto apreender como essa modalidade

terapêutica pode afetar a qualidade de vida. Nessa perspectiva, os profissionais de enfermagem devem identificar as áreas de intervenção e planejamento das suas ações e, dessa forma, desenvolver atividades educativas que visem aperfeiçoar os cuidados e contribuir para a melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

Nesse enfoque, ressalte-se que o fato de sobreviver às vezes por longos períodos não significa "viver bem". Esse problema, tão comum nos nossos dias, tem impulsionado a busca por respostas para as dúvidas sobre os avanços tecnológicos, em que o fato de simplesmente manter o paciente vivo já sana a responsabilidade do profissional no processo saúde/doença.

Sobre essa temática, pesquisadores afirmam que as implicações psicológicas e emocionais da doença crônica, e mais recentemente do transplante, enfatizaram a importância da capacitação e da qualificação dos enfermeiros que atuam nessa área. Não podemos pensar somente em aumentar a longevidade, mas também em dar melhor qualidade e esperança de vida.⁹

Baseados na importância atribuída aos tratamentos utilizados para os pacientes com IRC e sua QV, como profissionais de saúde, de cuja assistência, direta ou indiretamente, participamos, devemos ter como meta permanente manter-lhes a QV.

Nossa experiência profissional, atuando há quase seis anos com renais, tanto em hemodiálise como pós-transplante renal, e seus familiares, nos fez refletir sobre os seus problemas e no fato de que muitos deles não conhecem sequer os reais benefícios do transplante, suas complicações e, principalmente, se haverá melhoria na qualidade de vida após o procedimento. Vivenciamos, também, a luta constante para vencer as dificuldades e desafios contínuos, na tentativa de adaptar-se à realidade da doença crônica e do tratamento, que requer disciplina e comprometimento da parte de todos.

Ressalte-se, ainda, que, na busca por uma assistência de qualidade na enfermagem, devemos ter como base um relacionamento de confiança por meio do diálogo, no qual a comunicação deve acontecer pelo uso de uma linguagem acessível no nível de entendimento do paciente e seus familiares, levando em consideração suas opiniões, sentimentos e necessidades.

O processo de cuidar desses pacientes nos faz refletir que devemos estar aptos a acompanhar o paciente durante todo processo de sua doença com uma visão holística. Compreendemos que os procedimentos dialíticos e o pós-transplante trazem ansiedade e limitações originárias tanto da diálise como da operação cirúrgica, acrescidas do uso continuado de drogas imunossupressoras e dos exames laboratoriais, o que pode comprometer sua QV. Por essas razões, devemos buscar incessantemente promover um cuidado integral baseado no domínio técnico e da sistematização das ações de enfermagem, exercendo

nosso papel de educadores, e, assim, prevenindo o agravamento da doença e suas complicações.

Com o compromisso de corresponsabilidade na melhoria terapêutica do renal crônico perante os demais profissionais da saúde e na busca de atingir outro patamar nesse processo, é que nos propusemos realizar esta pesquisa, objetivando conhecer a QV das vítimas de IR, tanto em hemodiálise como no pós-transplante.

Para estudar essa temática, porém, é importante compreender que a QV possui aspectos múltiplos relacionados à saúde em várias perspectivas. Nessa avaliação, devemos incluir o funcionamento físico, psicológico, social e bem-estar total, levando em consideração o estado de saúde subjetivo dos pacientes.

A partir do pressuposto de que o transplante renal melhora a QV dos pacientes com IRC, quando comparados àqueles em hemodiálise, questionamos: O transplante renal melhora a QV dos renais crônicos? Quais os aspectos indicados como relevantes pelos pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal sobre a qualidade de vida, medidos pelo "WHOQOL-bref"? Existe diferença entre a QV dos pacientes em hemodiálise e a daqueles submetidos ao transplante renal medido por esse instrumento?

Com base nessas questões, traçamos os seguintes objetivos: identificar entre pacientes transplantados renais e em hemodiálise aspectos que digam respeito à sua qualidade de vida medida pelo "WHOQOL-bref" e descrever os aspectos que diferenciam a qualidade de vida dos pacientes renais transplantados em relação àqueles em hemodiálise, medidas pelo mesmo instrumento.

Ao realizarmos esta pesquisa, esperamos que os resultados venham subsidiar os profissionais que atuam com os pacientes renais, para que possam intervir positivamente nas complicações e sequelas com as quais irão conviver para o resto da vida, pois buscar meios para auxiliar na qualidade dos cuidados prestados à comunidade é uma necessidade técnica e social almejada por todas as áreas da saúde.

Especificando, aqui, nosso objeto de estudo, que é a qualidade de vida do paciente em hemodiálise e pós-transplante renal, mister que nos aprimorem em nossas abordagens técnico-científicas, incluindo uma comunicação efetiva com o paciente e seus familiares. Com isso, poderemos, direta e indiretamente, contribuir para a assistência prestada à comunidade, diminuindo complicações evitáveis e, conseqüentemente, a QV da população, especialmente daqueles com agravamento à saúde renal.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo é do tipo exploratório-descritivo-comparativo, com abordagem quantitativa e dados

prospectivos, realizado no ambulatório de Nefrologia do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN. O ambulatório de nefrologia funciona em prédio anexo ao hospital, no qual são atendidos pacientes de todo o Estado e dos Estados vizinhos. Nessa especialidade, são atendidos, em média, 137 pacientes/semana, de segunda a sexta-feira, sendo que para acompanhamento pré e pós-transplante temos uma média de 37 pacientes/semana. O ambulatório atende a casos de nefrologia clínica, biópsia renal e óssea, bem como faz acompanhamento pré e pós-transplante renal, com uma equipe formada por nove médicos, uma enfermeira especialista na área e uma assistente social.

A escolha desse campo se deu em virtude de ser o único hospital público a realizar o transplante renal e dispor de atendimento especializado para a população de pacientes renais de todo o Rio Grande do Norte. Funciona, também, como campo de estágio para alunos dos diversos cursos de graduação e pós-graduação do Centro de Ciências da Saúde.

A estrutura física é composta por 3 prédios interligados, dispondo, no momento, de 187 leitos, 85 salas ambulatoriais, 5 de cirurgia e 7 de pequena cirurgia, 6 leitos de terapia intensiva para adultos e setores de apoio, como laboratórios, radiologia, hemodinâmica e exames de alta complexidade.

A instituição está subordinada à gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e a demanda é proveniente ou referenciada por unidades básicas de saúde, por meio da central de marcação de consultas e de outras unidades hospitalares.

Participaram deste estudo duas populações distintas: a primeira constou de todos os pacientes transplantados, de ambos os sexos, que frequentaram o ambulatório de nefrologia do HUOL no período da coleta de dados, que concordaram em participar desta pesquisa; ter idade superior a 18 anos, por ser uma exigência do instrumento "WHOQOL-bref"; e tempo mínimo de seis meses pós-transplante.

Em relação aos pacientes em hemodiálise, fizeram parte do estudo aqueles que comparecerem para atendimento no período da coleta de dados e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: estar em acompanhamento ambulatorial na unidade de nefrologia do HUOL, em processo de hemodiálise por um tempo mínimo de seis meses; ter idade superior a 18 anos, de ambos os sexos e que aceitaram participar da pesquisa, totalizando 62. Assim, a população total do estudo foi de 120 pacientes.

Utilizamos para coleta de dados o "WHOQOL-bref", um questionário com perguntas fechadas sobre a QV nos domínios "físico", "psicológico", "relações sociais" e "meio ambiente". Esse questionário é a versão abreviada do instrumento de avaliação de QV da OMS, WHOQOL-100, traduzido para a língua portuguesa, no Brasil, e para mais de 20 idiomas.¹⁰

Mesmo tendo conhecimento sobre questionários específicos para estudar a QV dos pacientes em diálise como o *Kidney Disease of Life Questionnaire* (KDQOL), optamos por utilizar o "WHOQOL-bref", por ser genérico, curto, de fácil administração e compreensão, no formato de 26 questões. Esse instrumento foi traduzido, validado e adaptado culturalmente para a população brasileira de acordo com metodologia internacionalmente aceita pelo grupo de estudos multicêntrico da Organização Mundial de Saúde (OMS) no Brasil.¹⁰

A primeira parte do instrumento consta de dados de caracterização e uma questão sobre o tempo (em meses/anos) do paciente em hemodiálise ou pós-transplante renal; a segunda é composta por 26 questões distribuídas numa escala do tipo Likert para avaliar a QV dos sujeitos, que vai de 1 a 5, no qual 1 é o extremo negativo (0%), e 5 o positivo (100%).

Inicialmente, há duas questões gerais abordando a percepção do entrevistado sobre a sua QV e com o seu estado de saúde, e após 24 questões que abrangem os quatro domínios da QV e suas respectivas facetas, medindo o grau de satisfação do paciente em relação a cada um dos componentes: "Domínio I – físico"; "Domínio II – psicológico"; "Domínio III – relações sociais"; "Domínio IV – meio ambiente".¹⁰

A coleta dos dados foi realizada no ambulatório de nefrologia do HUOL, de 3 de fevereiro a 27 de março de 2006, durante o turno vespertino, nas segundas-feiras, das 13 às 17 horas, e, no turno matutino, nas quintas e sextas-feiras, das 8 às 11 horas.

Para tanto, seguimos os princípios éticos e legais que regem a pesquisa em seres humanos, preconizados na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96, manifestada pela aprovação do protocolo registro do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) 171-05 da UFRN.¹¹

Para que esse processo acontecesse, foram seguidos os princípios éticos e legais que regem a pesquisa ética e científica em seres humanos, preconizada na Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, com publicação em abril de 1997, do Conselho Nacional de Saúde.¹¹

A segunda etapa foi a coleta dos dados propriamente dita, que se realizou durante a consulta de enfermagem, em uma sala específica para esse fim, nos dias e horários preestabelecidos. Essa coleta ocorreu seguindo os seguintes passos: antes do início das atividades do ambulatório, verificávamos a lista dos pacientes que seriam atendidos e os abordávamos para identificar aqueles que atendiam aos critérios de inclusão do nosso estudo. A seguir, durante a consulta de enfermagem, nos apresentávamos como pesquisadoras, falávamos dos nossos objetivos e pedíamos-lhes a aquiescência para participar da pesquisa.

Os dados obtidos foram categorizados e processados eletronicamente por meio do programa para base de dados Microsoft-Excel XP, Statistica 6.0 e SPSS 13.0.

Para as respostas que dizem respeito aos dados sociodemográficos dos pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal, utilizamos a estatística descritiva. Esses dados foram dispostos em forma de tabelas, quadros e gráficos do tipo coluna e pizza.

Quanto aos aspectos relacionados à qualidade de vida, medidos pelo "WHOQOL-bref", utilizamos a estatística descritiva univariada, e os dados foram organizados em forma de frequência, média e desvio-padrão para as variáveis contínuas.

Foi utilizado o teste U de Mann-Whitney para verificar se havia diferença significativa entre as duas amostras independentes. No teste U de Mann-Whitney compara-se se dois grupos (X e Y) independentes foram ou não extraídos de uma mesma população, bem como as observações de X com as de Y. Primeiro, porém, é preciso estabelecer o nível de significância, que é indicado pela letra grega α (alfa). O próximo passo foi a definição das hipóteses H_0 e H_1 .

Para medir a confiabilidade, isto é, a consistência interna ou homogeneidade do instrumento, utilizou-se o Alfa de Cronbach e quanto à validade, a análise fatorial.

Mediante a determinação do Coeficiente Alfa de Cronbach, ou seja, índices de estimativa de homogeneidade, foram analisadas as correlações entre os itens e domínios. Para isso, os itens pertencentes ao mesmo domínio foram agrupados e suas correlações calculadas. Não foram identificadas correlações negativas, sugestivas de inconsistência interna, sendo, portanto, mantidos todos os itens.

Os valores para o Alfa de Cronbach variam de 0 a 1, sendo que quanto mais próximo de 1 é o coeficiente, mais aceitável é o instrumento. Em nossa pesquisa, o Alfa de Cronbach total da escala foi igual a 0,8816, significando que a variação de erro é pequena, atestando uma boa consistência interna do instrumento.

RESULTADOS

Inicialmente, apresentamos os dados sociodemográficos de caracterização dos 120 pacientes atendidos no ambulatório de transplante renal do Hospital Universitário Onofre Lopes, durante o período de coleta de dados. Os indivíduos foram divididos em dois grupos distintos; o primeiro era composto por 62 pacientes em atendimento preparatório para o transplante em programa hemodialítico há mais de seis meses e o segundo, por 58 transplantados com tempo igual ou superior a seis meses com enxerto funcional, de acordo com os objetivos propostos.

Quanto à faixa etária, prevaleceu, nas duas populações o intervalo entre 28 a 43 anos, sendo 31 (53,45%) transplantados renais e 30 (48,99%) em hemodiálise, seguidos pelo intervalo 18 a 27 anos, no qual 16 (25,81%) eram pacientes em hemodiálise e 14 (24,14%) transplantados. Podemos inferir que as duas

populações que participaram deste estudo foram compostas, em sua grande maioria, por adultos jovens, com uma média de idade de 35,78 anos com um desvio-padrão de 11,34.

Quanto à procedência, houve predomínio de pacientes oriundos do interior do Estado do Rio Grande do Norte-RN, sendo 49 (79,03%) de pacientes em hemodiálise e 39 (62,07%) de transplantados renais; 13 (22,41%) dos transplantados e 10 (16,13%) de pacientes em hemodiálise eram oriundos de Natal-RN. Em relação às cidades do interior, Mossoró, Santo Antônio do Salto da Onça e São Bento do Norte foram as que tiveram maior representatividade de pacientes, com 5 (4,17%) em cada município.

Em relação ao estado civil dos entrevistados, observamos que a maioria dos pacientes em hemodiálise era casada: 37 (59,68%), seguido de solteiros 23 (37,10%); no grupo de transplantados 28 (48,28%) dos pacientes eram solteiros e 27 (46,55%) casados. Vale aqui salientar que, para efeito deste estudo, consideramos casadas todas as pessoas que informaram união consensual independentemente de formalização legal do casamento, porém não houve significância estatística quando cruzamos as variáveis estado civil e QV.

Quanto ao número de filhos, houve maior frequência de pacientes com prole de 1 a 3 filhos na população de pacientes em hemodiálise – 36 (58,06%) –, seguidos dos transplantados – 24 (41,38%). Entretanto, entre os pacientes transplantados, predominou aqueles que informaram que não tinham filhos – 26 (44,83%) –, seguidos pelos pacientes em hemodiálise – 17 (27,42%).

Quanto ao *status* profissional, 61 (98,39%) pacientes em hemodiálise e 44 (75,86%) transplantados não estavam trabalhando no momento da entrevista. Observamos que, entre aqueles que afirmaram estar trabalhando, houve maior participação de transplantados (24,15%), em comparação com os pacientes em hemodiálise, em que apenas 1 (1,61%) afirmou estar trabalhando.

Com relação à renda familiar mensal, que predominou até 2 salários-mínimos, tanto na população em hemodiálise – 39 (62,90%) – quanto nos transplantados – 33 (56,90%) –, totalizando 68 (56,7%) dos participantes do estudo que informaram renda familiar de até dois salários mínimos. Acima de 2 a 5 salários, tivemos 23 (39,66%) transplantados e 21 (33,87%) pacientes em hemodiálise.

Quanto ao tempo de tratamento, 39 (62,90%) dos pacientes em hemodiálise tinham entre de 1 e 4 anos, e mesma situação foi observada para o grupo de transplantados, em que 31 (53,45%) informaram estar, também, nesse mesmo intervalo de tempo.

Os dados referentes à avaliação de qualidade de vida, apresentados a seguir, foram obtidos mediante a aplicação do instrumento "WHOQOL-bref" a 62 pacientes em hemodiálise e 58 transplantados renais em acompanhamento ambulatorial na Unidade de Nefrologia do HUOL. Estes foram solicitados a indicar sua resposta em uma escala que varia de **muito boa** a **muito ruim** e de **muito insatisfeito** a **muito satisfeito**, tomando como referência as duas últimas semanas de acordo com o "WHOQOL-bref".

Foram calculados o desvio-padrão e o p-valor dos escores médios das questões gerais e dos domínios de ambas as populações do estudo (TAB 1).

TABELA 1 – Apresentação dos escores médios, na escala de 4 a 20, desvio-padrão e p-valor obtido para questões gerais e domínios. Huol-Natal/Rn, 2006

Questões gerais Domínios	WHOQOL-BREF Escore Médio (Escala 4-20)		Desvio-padrão		P-valor*
	Hemodiálise	Pós-transplante	Hemodiálise	Pós-transplante	
Questão geral 1: <i>Como você avaliaria sua QV?</i>	12,39	18,14	3,37	2,15	0,0001
Questão 2: <i>Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?</i>	11,29	18,69	4,26	2,41	0,0001
Domínio físico	12,71	15,91	2,01	2,06	0,0001
Domínio psicológico	14,84	16,75	2,21	1,73	0,0001
Domínio relações sociais	16,58	17,79	2,79	2,72	0,0054
Domínio meio ambiente	12,38	14,16	1,89	2,01	0,0001

Fonte: Dados da pesquisa.

*Este número é significativo quando seu resultado é inferior a 0,05.

Na TAB. 1, observamos que os resultados dos escores médios das duas populações que apresentaram maiores diferenças foram aqueles relacionados às questões gerais. A satisfação com a QV geral (Questão 1 – *Como você avaliaria a sua QV?*) no "WHOQOL-bref" (escala de 4-20) o grupo pós-transplante obteve escore médio de 18,14 e no grupo em hemodiálise esse escore foi de 12,39.

Na Questão 2 (*Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?*), que avalia a satisfação com a saúde, o escore médio do grupo pós-transplante, no "WHOQOL-bref" (escala de 4-20) foi de 18,69 e do grupo em hemodiálise 11,29. Este último foi o menor escore médio observado entre os resultados deste estudo, demonstrando, assim, a insatisfação dos pacientes em terapia hemodialítica com a própria saúde.

As médias do grupo de transplantados foram mais elevadas que o grupo em hemodiálise, estatisticamente comprovado pelo p-valor, pois os resultados foram inferiores a 0,05. Com base nesses achados, podemos inferir que a QV identificada foi melhor no grupo de pacientes submetidos ao transplante renal do que no grupo em hemodiálise.

Em relação ao "domínio físico", observamos que o escore médio no "WHOQOL-bref" (escala de 4-20) foi de 15,91 para o grupo pós-transplante e 12,71 para o grupo em hemodiálise. Nesse domínio, foi observada a maior diferença entre os escores médios dos dois grupos estudados.

Quanto ao escore médio do "domínio psicológico", nos dois grupos, obtivemos no "WHOQOL-bref" um escore de 16,75 para o grupo pós-transplante e 14,84 para o grupo em hemodiálise. Diante desse resultado, podemos inferir que os sentimentos, emoções, medos e sofrimentos foram comuns aos membros dos dois grupos pesquisados, influenciando, dessa forma, a percepção deles quanto aos aspectos psicológicos. Semelhantemente aos outros domínios, no domínio "psicológico" também observamos diferença significativa entre as duas populações com o valor do $p=0,0001$.

Em relação ao escore médio do domínio "relações sociais" pelo "WHOQOL-bref" (escala de 4–20), detectamos que os maiores valores estão centrados no grupo pós-transplante com um escore de 17,79.

No domínio "meio ambiente" foram encontrados os escores médios mais baixos do estudo em ambas as populações – 14,16 no grupo pós-transplante e 12,38 no grupo em hemodiálise (WHOQOL-bref, escala de 4-20). Apesar dos baixos escores nesse domínio, as duas populações ficaram numa faixa de neutralidade em relação à satisfação.

Um estudo nacional avaliou a QV de 169 agentes comunitários de saúde utilizando o questionário "WHOQOL-bref," no qual o domínio "meio ambiente" também obteve o menor escore médio (54,1), como neste estudo.¹²

DISCUSSÃO

Demonstrou-se neste estudo que pacientes submetidos a hemodiálise e transplante renal apresentam percepções diferentes quanto à QV em todas as dimensões avaliadas pelo WHOQOL-bref.

A faixa etária prevalente nas duas populações foi de adultos jovens. Resultado semelhante foi observado por Kusumota.¹³ Quando comparou a variável idade entre adultos e idosos submetidos a hemodiálise por meio do SF-36, evidenciou que no domínio "sobrecarga da doença" os idosos tiveram piores escores, indicando que a idade influencia negativamente a QV desses indivíduos.¹³ Com o aumento da idade, há piores resultados na QV, principalmente relacionada aos aspectos físicos e ao maior impacto das enfermidades crônicas.¹⁴

A doença renal atinge um grande número de pessoas em idades economicamente ativas, onerando, assim, o sistema de saúde e a família, pela potencial perda da força produtiva causada pela doença e pelo seu tratamento.^{15,16}

Quanto à procedência, houve predomínio de pacientes oriundos do interior do Estado do Rio Grande do Norte-RN. Esse fato se justifica por ser o local da realização da pesquisa a única unidade de referência em transplantes renais e que possui serviço de hemodiálise, sendo também o único hospital público a disponibilizar essa especialidade para todo o Rio Grande do Norte. Essa variável foi pesquisada por julgarmos relevante conhecer a procedência dos pacientes da população estudada. No entanto, o fato de residirem no interior ou na capital do Rio Grande do Norte ou procederem de outros Estados não apresentou relevância significativa na população estudada.

Em relação ao estado civil dos entrevistados, observamos que a maioria dos pacientes em hemodiálise era casada. Esses dados estão de acordo com os achados,¹⁷ quando constatamos, ao trabalhar com pacientes renais em Campinas-SP, que 580 (58%) declaravam-se casados ou em união estável, seguidos de 390 (39%) solteiros. O mesmo ocorreu em pesquisa^{17,18} realizada com pacientes renais crônicos em diálise peritoneal em Fortaleza-CE, em que 13 (61,9%) indivíduos eram casados e 8 (38,1%) solteiros. As autoras relataram, ainda, que a doença atrapalhou os relacionamentos sociais, contribuindo para o desequilíbrio e desajuste, levando ao surgimento de novos arranjos familiares.

Quanto ao número de filhos, houve maior frequência de pacientes com prole de um a três filhos na população de pacientes em hemodiálise. Já entre os pacientes transplantados, predominou aqueles que informaram não ter filhos.

Confrontando esses dados com as estatísticas brasileiras, detectamos que os resultados encontrados são também da redução progressiva das taxas de fecundidade em nosso país, que registrou no último

censo demográfico, realizado em 2000, uma média de 2,38 filhos por mulher, quando há 40 anos essa taxa era de 6,2 filhos. Nesse mesmo censo concluiu-se que mulheres com oito anos ou mais de estudo têm menor número de filhos, se comparadas com aquelas com menos de quatro anos, sendo essa influência da escolaridade na fecundidade observada em todas as regiões do País.¹⁹

Em relação a ter ou não filhos, observamos, em nosso estudo, que essa variável influenciou positivamente na percepção sobre a QV desses pacientes, no entanto não houve diferenças estatisticamente significativas.

Dados semelhantes,^{13,15} no que se refere à quantidade de filhos e à presença de um companheiro, foram achados que influenciaram favoravelmente as respostas dos pacientes renais pesquisados e se refletiram na QV percebida por eles.

Estudos em relação à doença renal crônica destacam que essa patologia contribui para diminuição ou a perda da fertilidade, impotência sexual e manutenção da gestação, que são eventos decorrentes de perturbações no eixo hipotalâmico-pituitário-ovariano. São comuns, também, ciclos anovulatórios e infertilidade em 40% das mulheres em diálise, sem mencionar que 56% das gestações malsucedidas resultam em abortos espontâneos e terapêuticos, natimortos e mortes neonatais.^{13,20}

Em relação aos pacientes transplantadas renais, acompanhados no pré-, no trans- e no pós-gestação, estudos apontam que as únicas intercorrências detectadas são atribuídas a complicações próprias da gravidez, e não do transplante em si. Dentre as complicações obstétricas nesses pacientes, a pré-eclâmpsia foi a mais comum e surgiu em decorrência de problemas como diabetes, vasculopatias e nefropatias, sendo causa de elevada morbidade materna e perinatal nessa população. É importante ressaltar que a pré-eclâmpsia é de difícil diagnóstico nessas pacientes, já que a maioria possui hipertensão arterial crônica e frequentemente apresentam proteinúria.^{13,20}

Quanto ao *status* profissional, observamos que em ambas as populações houve maior predomínio daqueles que não estavam trabalhando no momento da entrevista. Já entre aqueles que afirmaram estar trabalhando, houve maior participação de transplantados, em comparação aos pacientes em hemodiálise. Apesar de estatisticamente não ter apresentado significância em nossa população, consideramos extremamente relevante a investigação dessa variável, por ser um dos aspectos que podem influenciar direta e indiretamente a QV das pessoas.

Trabalhando com pacientes em hemodiálise, Kusumota¹³ também observou que em sua população, grande número de pacientes 137 (70,6%) não estava trabalhando.^{13,17} Ao analisar as falas dos pacientes em hemodiálise, ressalta que observou certo descontentamento diante da impossibilidade de voltar a trabalhar, traduzido pela dependência do tratamento,

rigor de horários, distância percorrida entre o local de residência até os centros de diálise e incapacidade física.¹⁷

Com relação à renda familiar mensal, predominou até dois salários-mínimos, tanto na população em hemodiálise quanto nos transplantados. No tocante à renda familiar mensal, as duas populações se encontram no mesmo patamar. Esse fato justifica-se, em parte, pelo grande número de pessoas afastadas do trabalho, recebendo benefício do INSS, com valor inferior ou igual ao salário mínimo.

Essa variável sociodemográfica, a exemplo das demais, mesmo sendo considerada muito importante quando estudamos a QV, não foi significativa estatisticamente quando fizemos o cruzamento entre renda mensal e QV.

Quanto ao tempo de tratamento, a maioria dos pacientes em hemodiálise, bem como do grupo de transplantados, tinha entre um e quatro anos.

Observamos que houve uma diferença entre o menor e o maior tempo de tratamento, ao compararmos as duas populações estudadas, de 6 meses a 24 anos nos pacientes em terapia hemodialítica, e de 6 meses a 11 anos o tempo decorrido após o transplante renal. Apesar de a unidade de transplante renal do HUOL estar em funcionamento somente há oito anos, encontramos pacientes com tempo superior de pós-operatório, fato justificado por terem sido transplantados em outros centros e estarem em acompanhamento ambulatorial aqui no Rio Grande do Norte.

Dados semelhantes foram encontrados em estudo realizado em Ribeirão Preto-SP.¹³ Kusumota¹³ encontrou grande diferença entre o menor e o maior tempo de tratamento hemodialítico, variando de 6 meses a 22 anos, compatível com a do nosso estudo. Com base nesse achado, observamos que é considerável o aumento da sobrevida dessa população decorrente dos avanços científicos, tecnológicos e das leis que regulamentam o funcionamento das unidades de diálise.

Em uma pesquisa realizada no México, para avaliar a QV de pacientes diabéticos, utilizando o "WHOQOL-bref", observou-se que aqueles com menor tempo de evolução da doença apresentaram melhor QV, constatando que o impacto da enfermidade foi maior no grupo com tempo de evolução superior a cinco anos.¹⁴

Ao comentarmos os aspectos referentes à QV das duas populações estudadas, conforme dados apresentados na TAB. 1, observamos que os resultados dos escores médios das duas populações que apresentaram maiores diferenças foram aqueles relacionados às questões gerais. A satisfação com a QV geral (Questão 1 – *Como você avaliaria a sua QV?*) no "WHOQOL-bref", onde o grupo pós-transplante obteve escore médio superior ao grupo em hemodiálise.

Na Questão 2 [*Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?*], que avalia a satisfação com a saúde, o escore

médio do grupo pós-transplante foi superior no "WHOQOL-bref", quando comparado ao grupo em hemodiálise. Observamos que o menor escore médio observado entre os resultados deste estudo foi da população em hemodiálise, demonstrando, assim, a insatisfação dos pacientes em terapia hemodialítica com sua saúde.

As médias do grupo de transplantados foram mais elevadas que o grupo em hemodiálise, estatisticamente comprovado pelo p-valor, pois os resultados foram inferiores a 0,05. Com base nesses achados, podemos inferir que a QV identificada foi melhor no grupo de pacientes submetidos ao transplante renal do que no grupo em hemodiálise.

Em relação ao "domínio físico", observamos que o escore médio no "WHOQOL-bref" para o grupo pós-transplante também foi superior quando comparado ao grupo em hemodiálise. Nesse domínio, foi observada a maior diferença entre os escores médios dos dois grupos estudados.

Podemos, com base nesses resultados, inferir que os transplantados apresentaram melhores escores médios que o grupo de pacientes renais em hemodiálise, representando melhor QV no "domínio físico" para aqueles indivíduos que realizaram transplante renal. Esses dados foram confirmados pelo valor do $p=0,0001$.

Um estudo comparativo realizado por Bittencourt¹⁷ com um grupo de transplantados renais com enxerto funcionante e aqueles que retornaram à hemodiálise obteve resultados semelhantes ao do nosso estudo. A autora encontrou que o "domínio físico" obteve escores médios mais baixos para o grupo em hemodiálise, sendo essa diferença significativa com um p -valor < 0,05.

O mesmo ocorreu em estudo realizado no México, ao se pesquisar a QV de pacientes diabéticos, no qual o escore médio do "domínio físico" foi de 56,9, sendo este o segundo menor escore observado nessa população.¹⁴

Em pesquisa sobre a QV de idosos, observou-se que aqueles indivíduos com afecções crônico-degenerativas apresentaram maior comprometimento das atividades e do funcionamento físico, sendo o escore médio desse domínio (63,79) o que obteve a segunda menor pontuação em relação aos demais.¹⁵

Ainda sobre esse assunto, em estudo sobre a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) de pacientes renais em hemodiálise, observou-se correlação negativa entre a presença de comorbidade e a dimensão física, com escore médio de 38,3. Percebeu-se, também, nesse grupo de pacientes, que a situação de trabalho e atividades diárias foram as dimensões mais afetadas, isto é, apresentaram menores escores médios.¹³

Em estudo sobre a QV de transplantados renais utilizando o SF-36, observou-se que os escores médios da dimensão capacidade funcional dos transplantados

foi de 74,4 e daqueles em hemodiálise totalizou 58,9. Houve, portanto, uma diferença significativa entre os dois grupos o valor do $p=0,0001$.²⁰

Quanto ao escore médio do "domínio psicológico" nos dois grupos, houve no "WHOQOL-bref" um escore superior para o grupo pós-transplante em relação ao grupo em hemodiálise, com diferença significativa entre as duas populações com o valor do $p=0,0001$.

Ainda sobre a satisfação em relação ao "domínio psicológico", Queiroz¹⁵ encontrou em seu estudo um escore médio de 65,08 numa população de idosos, considerando como satisfatória a percepção desses sujeitos apesar das restrições impostas pela idade. A autora atribuiu esse resultado à participação deles em grupos sociais que favoreciam melhoria do estado emocional.

Os aspectos emocionais dos pacientes renais em terapia dialítica não podem ser desconsiderados, visto que, durante a convivência com o tratamento, costumam surgir sintomas que progridem ao longo do tempo, tornando-se fatores limitantes das atividades de vida diária que acarretam comprometimento tanto de ordem pessoal quanto emocional em fases mais tardias, influenciando-lhes negativamente a percepção de QV.^{17,19}

Em relação ao escore médio do domínio "relações sociais" pelo "WHOQOL-bref", detectamos que os maiores valores estão centrados no grupo pós-transplante.

Resultado semelhante foi encontrado também no grupo de pacientes em hemodiálise, no qual o maior escore médio observado nesse domínio foi 16,58 pelo "WHOQOL-bref" (escala de 4-20). Ao fazermos a transformação para o WHOQOL-100 (escala de 0-100), o resultado desse domínio foi de 78,6. No entanto, ao serem comparados nas duas populações, houve diferenças significativas entre os dois grupos, comprovadas pelo valor do $p=0,0054$.

Em estudo¹³ desenvolvido para avaliar a QV de renais em hemodiálise utilizando o instrumento KDQOL-SF, semelhante ao nosso, observou-se, também, maior escore médio para a dimensão suporte social (82,3), composta por dois itens que avaliam o grau de satisfação com o tempo junto aos familiares e amigos e o apoio recebido por eles. Kusumota¹³ considera essa dimensão de extrema relevância para os pacientes com IRC, em virtude da dependência física e emocional que desenvolvem no decorrer do processo adoecer e na manutenção da vida.

A dimensão social interfere na saúde, no bem-estar e na susceptibilidade ao processo adoecer.²⁰ Complementando esse pensamento, outros autores acrescentam que, apesar das diversas modificações que a estrutura familiar vem sofrendo nos últimos anos, esta tem demonstrado enorme capacidade de adaptação, sendo espaço para troca de experiências, desenvolvimento de possibilidades e de proteção social.¹⁶

No domínio "meio ambiente", foram encontrados os escores médios mais baixos do estudo em ambos os grupos estudados. Observou-se que as duas populações ficaram numa faixa de neutralidade em relação à satisfação.

Um estudo nacional avaliou a QV de 169 agentes comunitários de saúde utilizando o questionário "WHOQOL-bref", no qual o domínio "meio ambiente" também obteve o menor escore médio (54,1), como neste estudo.¹²

Ao compararmos os dados dos transplantados e dos pacientes em hemodiálise, observamos uma diferença significativa no valor do $p=0,001$ em relação à percepção de QV em todas as dimensões avaliadas, o mesmo acontecendo nas duas questões gerais.

Os resultados obtidos nos permitem dizer que o grupo de transplantados obteve escores médios superiores aos pacientes em hemodiálise em todas as dimensões avaliadas pelo "WHOQOL-bref".

Semelhantemente ao nosso estudo, em pesquisa sobre a QV no pós-transplante renal em comparação com os resultados de pacientes em hemodiálise, Pereira et al. observaram que a QV percebida por esses indivíduos foi inferior ao grupo transplantado em todas as dimensões avaliadas.²⁰

CONCLUSÃO

A realização deste estudo oportunizou identificar aspectos que dizem respeito à QV de pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal que frequentam o ambulatório de nefrologia do HUOL. Podemos também descrever aspectos que diferenciam a QV entre os dois grupos estudados.

No que se refere à caracterização sociodemográfica da população em hemodiálise, predominou o sexo masculino (51,61%), com faixa etária de 28 a 43 anos (48,99%); 79,03% eram procedentes do interior Estado do Rio Grande do Norte; casados (59,68%); prole de 1 a 3 filhos (58,6%); ensino fundamental incompleto (46,6%); a maioria, 98,39%, informou que não estava trabalhando; 62,90% tinham entre um e quatro anos de tempo de tratamento. Já no grupo pós-transplante predominou o sexo masculino (55,17%), com faixa etária entre 28 e 43 anos (53,45%); 62,07% eram procedentes do interior do Estado do Rio Grande do Norte; 48,28% eram solteiros; 44,83% não tinham filhos; 62,9% tinham ensino fundamental incompleto; 75,86% não estavam trabalhando; 53,45% tinham entre um e quatro anos de tempo de tratamento.

No que se refere à identificação dos aspectos que dizem respeito à QV de pacientes transplantados renais e em hemodiálise medida pelo "WHOQOL-bref", a Questão 1 – *Quão satisfeito você está com a sua saúde?* – obteve no grupo pós-transplante um escore médio de 18,14 e no grupo em hemodiálise esse escore foi de 12,39. Já

na Questão 2 – *Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?* –, o escore médio do grupo pós-transplante foi de 18,69, e do grupo em hemodiálise 11,29. Esse último foi o menor escore médio observado entre os resultados desse estudo, demonstrando, assim, a insatisfação dos pacientes em terapia hemodialítica com a sua saúde.

No que se refere à descrição dos aspectos que diferenciam a QV dos renais transplantados em relação àqueles em hemodiálise medidos pelo mesmo instrumento, no domínio físico, observamos que o escore médio foi de 15,91 para o grupo pós-transplante e 12,71 para o grupo em hemodiálise. Nesse domínio, foi observada a maior diferença entre os escores médios dos dois grupos estudados. Podemos, a partir desses resultados, inferir que os transplantados apresentaram melhores escores médios que o grupo em hemodiálise, representando melhor QV no domínio físico para aqueles indivíduos que realizaram transplante renal. Esses dados foram confirmados pelo valor do $p=0,0001$.

No domínio psicológico, o escore médio para o grupo pós-transplante foi de 16,75 e 14,84 para o grupo em hemodiálise. Diante desses resultados, concluímos que também nesse domínio houve diferença significativa entre as duas populações com o valor do $p=0,0001$.

No domínio relações sociais, os maiores valores estão centrados no grupo pós-transplante com um escore de 17,79, e 16,58 no grupo de pacientes em hemodiálise, demonstrando, assim, satisfação nesse domínio. No entanto, ao serem comparados nas duas populações, houve diferenças significativas entre os dois grupos, comprovadas pelo valor do $p=0,0054$.

No domínio "meio ambiente", o escore médio no grupo pós-transplante foi de 14,16, e 12,38 no grupo em hemodiálise. Apesar dos baixos escores nesse domínio, as duas populações ficaram numa faixa de neutralidade em relação à satisfação.

A análise da confiabilidade do "WHOQOL-bref" pelo Alfa de Cronbach teve como valor total 0,8816, atestando a boa confiabilidade do instrumento para avaliar a QV de pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal.

A aplicação do instrumento "WHOQOL-bref" para avaliar a QV dos pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal nos permitiu compreender a complexidade que envolve a percepção dos indivíduos e seu despreparo em refletir sobre detalhes da vida deles. Sentimos que as questões abordadas no instrumento fizeram com que os pacientes analisassem o grau de satisfação consigo mesmos, com a aparência física, com sentimentos em relação às pessoas e muitos outros aspectos da vida deles. Sentimos, também, que ele pode auxiliar os profissionais a diagnosticar condições de saúde, permitindo conhecer a percepção dos pacientes sobre as intervenções desenvolvidas para sua recuperação, além de servir de subsídio para

o planejamento de metas de acordo com uma visão holística no seu processo cuidar, proporcionando, assim, melhor QV.

A melhor e maior e mais sublime lição que essa pesquisa deixa para nós pesquisadores, porém, é a busca incessante pela qualidade de vida do homem. Que ele possa ter prazer em todos os momentos da sua vida e da sua morte. Nesse contexto, esperamos que possamos, como sociedade, mensurar com atitude qual é o real valor da doação de um órgão de um

ente querido no seu leito de morte. Que possamos compreender que a dor da perda inevitável de um seja a melhoria na qualidade de vida do outro.

Com esses termos, propomos a mobilização da sociedade, dos profissionais de saúde perante os dirigentes do nosso País para que sejam estabelecidas políticas públicas voltadas para a captação e o transplante de órgãos, melhorando, assim, a QV de pacientes com doenças crônicas.

REFERÊNCIAS

1. Ianhez LE. Transplante renal no Brasil: história, evolução e problemas atuais. *J Bras Nefrol.* 1994 mar; 16(1):5-16.
2. Barros E, Thomé FS. Prevenção das doenças renais. In: Barros E, Manfro R, Thomé E, Gonçalves LF. *Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento.* 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 1999. p.55-67.
3. Fermi MRV. Manual de diálise para enfermagem. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.
4. Pacheco A, Silva Filho. O transplante no tempo ideal. *Unifesp Reportagens.* São Paulo, 2004 jan./mar; 4(12). [Citado em 2005 mar. 27]. Disponível em: <saudepaulista.jpata@midia.epm.br>
5. Riella MC, Pecoits Filho R. Insuficiência renal crônica: fisiopatologia da uremia. In: Riella MC. *Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólitos.* 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p.661-90.
6. Salomão Filho A. Transplante renal. In: Pereira WA. *Manual de transplante de órgãos e tecidos.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p.268-98.
7. Veronese EV, Centero AD, Almeida AG, Fritsch A, Mello AG, Webber A. Biópsia percutânea do enxerto renal: para onde vamos? *Rev Assoc Med Bras.* 1999 abr./jun; 45(2):169-74.
8. Camara NOS, Pacheco-Silva A. Insuficiência renal crônica em transplante de órgão não renal. *Rev Assoc Med Bras.* 2004 jan./mar; 50(1). [Citado em 2005 mar. 27]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302004000100004&script=sci_arttext
9. Duarte MMF, Salviano MEM, Gresta MM. Assistência de enfermagem. In: Pereira WA. *Manual de transplante de órgãos e tecidos.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
10. Fleck MPA, Fachel O, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida «WHOQOL-bref». *Rev Saúde Pública.* 2000 abr; 34(2):178-83.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Normas para pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução CNS 196/1996 e outras). Brasília; 2000. (Séries Cadernos Técnicos).
12. Kluthcovski ACGC. Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná [dissertação]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto; 2005. 127 f.
13. Kusumota L. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise [tese]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto; 2005. 150f.
14. Gómez PISA. Qualidade de vida de pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 [tese]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2004. 197 f.
15. Queiróz RF. Reflexos do andar a vida: percepções dos idosos de grupos comunitários acerca de sua qualidade de vida em Rio Branco/AC [dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal (RN); 2000. 90 f.
16. Carvalho IMMC, Almeida PH. Família e proteção social. *São Paulo Perspect.* 2003 abr./jun; 17(2):109-22.
17. Bittencourt ZZLC. Qualidade de vida e representações sociais em portadores de patologias crônicas: estudo de um grupo de renais crônicos transplantados [tese]. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP); 2003. 156 f.
18. Silva HG, Silva JS. Motivações do paciente renal para a escolha a diálise peritoneal ambulatorial contínua. *Rev Eletrônica Enferm.* 2003 jan./jun; 5(1):10-14. [Citado em 2006 abr. 12]. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>
19. Zimmermann PR, Carvalho JO, Mari JJ. Impacto da depressão e outros fatores psicossociais no prognóstico de pacientes renais crônicos. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2004 set./dez; 26(3):312-8.
20. Pereira LC, Chang J, Fadi-Romão MA, Abensur H, Araújo MRT, Noronha IL, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes transplantados renais. *J Bras Nefrol.* 2003 mar; 25(1):10-16.

Data de submissão: 14-10-2008

Data de aprovação: 21-1-2010