

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

AVALIAÇÃO DO ESTADO DE HUMOR, DA FUNÇÃO
SEXUAL E DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES
COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA SUBMETIDOS À
HEMODIÁLISE

THALES WEBER GARCIA

Brasília
2006

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

AVALIAÇÃO DO ESTADO DE HUMOR, DA FUNÇÃO
SEXUAL E DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES
COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA SUBMETIDOS À
HEMODIÁLISE

Dissertação apresentada ao curso de
pós-graduação de Ciências Médicas da
Faculdade de Medicina da
Universidade de Brasília como requisito
para obtenção do título de Mestre.

Brasília
2006

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

AVALIAÇÃO DO ESTADO DE HUMOR, DA FUNÇÃO
SEXUAL E DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES
COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA SUBMETIDOS À
HEMODIÁLISE

Dissertação aprovada pelo programa de pós-graduação de Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília como requisito para obtenção do título de Mestre, pela comissão formada pelos professores.

Orientador: Dr. Luiz Augusto Casulari da Motta

Prof^a. Lucilia Domingues Casulari da Motta

Prof. Elioenai Dornelles Alves

Suplente: Prof. Raimundo Nonato Delgado Rodrigues

Agradecimentos

Agradeço a valiosa colaboração das psicólogas que prestam assistência nos serviços em que foi realizado o estudo, Roberta Marchini Loureiro, Janaina Couvaneiro, Ludmila D'Avila e Silva e Karin Ribeiro P. de Castro. Assim como dos médicos Álvaro Malega, Flávio José de Moura, Joaquim Carlos Barros Neves e Maria Tereza Vargas. A enfermeira Sônia Alves de Aquino, ao nutricionista Vinícius Barbosa Brito, a assistente social Danielly Oliveira Grance. Ao Prof. David Duarte, a quem fico muito agradecido por nos indicar Gustavo Alvarenga pela “máscara” e transposição para o SPSS. À Prof^a Priscila Duarte, que validou o questionário de avaliação de qualidade de vida relacionado à saúde de pacientes com insuficiência renal crônica terminal.

Os colegas e amigos que muito me auxiliaram como o Dr. João Filinto de Oliveira Neto que colaborou com trabalhos científicos no tema da pesquisa. À minha amiga Maria das Dores Medina pelo seu estímulo. Ao Prof. Raimundo Nonato Delgado Rodrigues da neurologia, que com paciência me orientava prontamente quando era solicitado. Ao professor e amigo Ives Chaloult, da sociologia, que também se dispôs a me ouvir. Ao meu orientador, que com competência, liberdade e consideração me ajudou a chegar ao final deste trabalho, Prof. Luiz Augusto Casulari Roxo da Motta. Ao Prof. Joel Paulo Russomano Veiga, ao Prof. Elioenai Dornelles Alves, à Prof^a Lucilia Domingues Casulari Roxo da Motta os quais muito gentilmente abriram espaço em suas atividades para conversas proveitosas e me ajudaram a dar a forma e o conteúdo adequados a esta dissertação.

Aos funcionários da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília na pessoa do secretário de Pós-Graduação Gledson Alessandro Ribeiro da Silva.

A minha filha Vera e meu filho Pedro e sua esposa Carolina, que sempre estavam me apoiando e facilitando o desenvolvimento deste projeto. À minha irmã Thea que se dispôs a ajudar na revisão ortográfica. À minha companheira Márcia que sempre solícita e disponível buscava contribuir de toda forma para tornar esta tarefa mais fácil.

Agradeço por muitos textos ao Marcus Jessé Moreira e ao Murilo Furtado Coura.

Um agradecimento muito especial aos pacientes que consentiram participar deste trabalho e a todos os funcionários dos serviços pesquisados que me receberam de forma acolhedora e gentil.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	II
RESUMO	IX
ABSTRACT	XIV
1 INTRODUÇÃO	1
1.1. DOENÇA RENAL CRÔNICA	4
1.2. HEMODIÁLISE	6
1.3. QUALIDADE DE VIDA	7
1.4. ALTERAÇÃO DO HUMOR E DOENÇA RENAL CRÔNICA	8
1.5. ESCALA DE AVALIAÇÃO PARA A DEPRESSÃO DE HAMILTON	11
1.6. KIDNEY DISEASE AND QUALITY-OF-LIFE-SHORT-FORM (KDQOL-SF™)	12
1.7. DISFUNÇÃO SEXUAL E DOENÇA RENAL CRÔNICA	13
1.8. ÍNDICE INTERNACIONAL DE FUNÇÃO ERÉTIL	15
2 OBJETIVOS	17
2.1 GERAL	17
2.2 ESPECÍFICOS	17
3 MÉTODOS	18
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	18
3.2 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA	18
3.2.1 Critérios de inclusão	18
3.2.2 Critérios de exclusão	19
3.3 INSTRUMENTOS DE PESQUISA E MÉTODO DE APLICAÇÃO	19
3.3.1 Escala de avaliação de depressão de Hamilton	20
3.3.2 Kidney Disease and Quality-of-Life-Short-Form (KDQOL-SF™)	20
3.3.3 Índice Internacional de Função Erétil (IIEF)	23
3.4 QUANTIFICAÇÃO DA HEMODIÁLISE EM KT/V	24
3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA	24
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	25
4 RESULTADOS	26
4.1 CASUÍSTICA	26
4.2 AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO	26
4.3 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE AVALIADA PELO KDQOL – SF™	27
4.4 DISFUNÇÃO SEXUAL AVALIADA PELO ÍNDICE INTERNACIONAL DE FUNÇÃO ERÉTIL (IIEF)	40
5 DISCUSSÃO	56
5.1 DEPRESSÃO EM INDIVÍDUOS COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE	56
5.2 QUALIDADE DE VIDA E ALTERAÇÃO DO HUMOR EM INDIVÍDUOS COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE	60
5.3 DISFUNÇÃO ERÉTIL E ALTERAÇÃO DO HUMOR EM INDIVÍDUOS COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE	65
5.4 PAPEL DA DISFUNÇÃO SEXUAL NOS DIFERENTES DOMÍNIOS DA QVRS	68
6 CONCLUSÕES	72
7 AGENDA DE PESQUISA	72
8 REFERÊNCIAS	74
ANEXO I - ESCALA DE HAMILTON COM GUIA DE ENTREVISTA ESTRUTURADA PARA A ESCALA	87
ANEXO II- KDQOL-SF™	98
ANEXO III – IIEF	109

ANEXO IV - TERMO DE APROVAÇÃO-----	113
ANEXO V - TERMO DE CONSENTIMENTO -----	115
ANEXO VI – AMOSTRA DA PESQUISA ALTERAÇÃO DO HUMOR, FUNÇÃO SEXUAL E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE.-----	117
ANEXO VII - FORMULÁRIO DE DADOS DE EXAMES DOS PACIENTES DA AMOSTRA--	121
ANEXO VIII – ESCORES OBTIDOS NOS DOMÍNIOS DO ÍNDICE INTERNACIONAL DE FUNÇÃO ERÉTIL E DA ESCALA DE HAMILTON DOS 47 PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA TERMINAL SUBMETIDOS À HEMODIALISE -----	126
ANEXO IX - ESCORES CALCULADOS DOS 11 DOMÍNIOS ESPECÍFICOS DO QUESTIONÁRIO DE QVRS (KDQOL-SFTM) PARA 47 PACIENTES EM HEMODIÁLISE CRÔNICA. -----	130
ANEXO X -ESCORES CALCULADOS DOS 8 DOMÍNIOS GENÉRICOS DO QUESTIONÁRIO DE QVRS (KDQOL-SFTM) DE 47 PACIENTES EM HEMODIÁLISE CRÔNICA -----	135
ANEXO XI – CORRELAÇÕES ENTRE OS ESCORES DO IIEF, ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QVRS KDQOL-SFTM E A ESCALA DE HAMILTON, PARA 47 PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE.-----	139

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - COMPORTAMENTO DOS 47 PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA, EM HEMODIÁLISE, AVALIADOS PELA ESCALA DE DEPRESSÃO DE HAMILTON, EM PORCENTAGEM. -----	27
FIGURA 2 - DISTRIBUIÇÕES DOS ESCORES DE QVRS NAS 11 DIMENSÕES ESPECÍFICAS DO KDQOL-SF™ APRESENTADAS NO ANEXO IX, PARA OS 47 PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE. -----	29
FIGURA 3 - DISTRIBUIÇÕES DOS ESCORES DE QVRS NAS 8 DIMENSÕES GENÉRICAS DO KDQOL-SF™ APRESENTADAS NO ANEXO X, PARA OS 47 PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE. -----	30
FIGURA 4 – ESCORES DE SAÚDE GERAL DO KDQOL-SF™ EM PACIENTES COM E SEM ALTERAÇÃO DO ESTADO DO HUMOR. -----	33
FIGURA 5 - CORRELAÇÃO ENTRE OS ESCORES OBTIDOS COM A ESCALA DE HAMILTON E O DOMÍNIO DE BEM-ESTAR EMOCIONAL DO KOQOL-SF™ -----	34
FIGURA 6 - ESCORES DE BEM-ESTAR EMOCIONAL DO KDQOL-SF™ EM PACIENTES COM E SEM ALTERAÇÃO DO ESTADO DO HUMOR. -----	35
FIGURA 7 - CORRELAÇÕES OBTIDAS NA ESCALA DE HAMILTON E DOMÍNIO SONO DO KDQOL-SF™ TESTE DE SPEARMAN. DADOS APRESENTADOS COMO MEDIANA. -----	36
FIGURA 8 ESCORES DO DOMÍNIO SONO DO KODQOL-SF™ EM PACIENTES, COM E SEM ALTERAÇÃO DO ESTADO DE HUMOR. P=0.001, TESTE T DE STUDENT. VALORES EXPRESSOS COMO MÉDIA E DESVIO PADRÃO. -----	37
FIGURA 9 - CORRELAÇÕES OBTIDAS NA ESCALA DE HAMILTON E NO DOMÍNIO ENERGIA/FADIGA DO KDQOL-SF™ TESTE DE SPEARMAN. DADOS APRESENTADOS COMO MEDIANA. -----	38
FIGURA 10 - ESCORES DE ENERGIA/FADIGA DO KDQOL-SF™ EM PACIENTES COM E SEM ALTERAÇÃO NO ESTADO DE HUMOR. -----	39
FIGURA 11 - PORCENTAGEM DE PACIENTES SEM DISFUNÇÃO ERÉTIL COM UM ESCORE ACIMA DE 26 E PORCENTAGEM DE PACIENTES COM ESCORE IGUAL OU ABAIXO DE 25 COM DISFUNÇÃO ERÉTIL. -----	40
FIGURA 12 - CORRELAÇÕES OBTIDAS NO DOMÍNIO FUNÇÃO SEXUAL DO KDQOL-SF™ E NO DOMÍNIO FUNÇÃO ORGÁSTICA DO IIEF. TESTE SPEARMAN. -----	42
FIGURA 13 - CORRELAÇÕES OBTIDAS NO DOMÍNIO DESEJO SEXUAL DO IIEF E NO DOMÍNIO BEM-ESTAR EMOCIONAL DO KDQOL-SF™.TESTE DE SPEARMAN. -----	43
FIGURA 14 - CORRELAÇÕES OBTIDAS NO DOMÍNIO FUNÇÃO FÍSICA DO KDQOL-SF™ E NO DOMÍNIO DESEJO SEXUAL DO IIEF. TESTE DE SPEARMAN-----	44
FIGURA 15 – CORRELAÇÕES OBTIDAS NO DOMÍNIO SATISFAÇÃO NA RELAÇÃO SEXUAL DO IIEF E NO DOMÍNIO FUNÇÃO SEXUAL DO KDQOL-SF™. TESTE DE SPEARMAN-----	45
FIGURA 16 - CORRELAÇÕES OBTIDOS NO DOMÍNIO SATISFAÇÃO NA RELAÇÃO SEXUAL DO IIEF E NO DOMÍNIO SAÚDE GERAL DO KDQOL-SF™. TESTE DE SPEARMAN-----	46
FIGURA 17 – CORRELAÇÕES OBTIDAS NO DOMÍNIO SATISFAÇÃO COM A VIDA SEXUAL DO IIEF E NO DOMÍNIO FUNÇÃO SEXUAL DO KDQOL-SF™. TESTE DE SPEARMAN-----	47
FIGURA 18 - CORRELAÇÕES OBTIDAS COM O DOMÍNIO FUNÇÃO ERÉTIL DO IIEF E O DOMÍNIO DE FUNÇÃO SEXUAL OBTIDO COM O KDQOL-SF™. TESTE DE SPEARMAN-----	48
FIGURA 19 - CORRELAÇÕES OBTIDAS NA SOMA TOTAL DO IIEF E NO DOMÍNIO FUNÇÃO SEXUAL DO KDQOL-SF™. TESTE DE SPEARMAN-----	49
FIGURA 20 - ESCORES DA FUNÇÃO SEXUAL DO KDQOL-SF™ EM PACIENTES COM E SEM ALTERAÇÃO DA FUNÇÃO ERÉTIL DO IIEF .P=0,035, TESTE DE MANN-WHITNEY. -----	50
FIGURA 21 – ESCORES OBTIDOS NOS DOMÍNIOS DO IIEF. VALORES REPRESENTADOS COMO MEDIANA E VALORES EXTREMOS. -----	51

FIGURA 22 - ESCORES DO DOMÍNIO SONO DO KDQOL-SF EM PACIENTES COM OU SEM DISFUNÇÃO ERÉTIL. P= 0,024,TESTE T DE STUDENT. DADOS APRESENTADOS COMO MÉDIA E DESVIO PADRÃO. -----	52
FIGURA 23 - RELAÇÃO ENTRE A PRESENÇA E AUSÊNCIA DE ALTERAÇÃO DO HUMOR E O ESCORE DA FUNÇÃO ERÉTIL. -----	54
FIGURA 24 - INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA TERMINAL E INFLUENCIA DAS VARIÁVEIS-----	55

LISTA DE TABELAS

TABELA I - ESCORES DOS DIVERSOS PARÂMETROS DA ESCALA KDQOL-SF™ E AS CORRELAÇÕES COM O ESCORE DE DEPRESSÃO DE HAMILTON, EM 47 PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA, SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE. -----	32
TABELA II - PACIENTES DA AMOSTRA DA PESQUISA ALTERAÇÃO DO HUMOR, FUNÇÃO SEXUAL E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE ----	120
TABELA III - ESCORES OBTIDOS NOS DOMÍNIOS DO ÍNDICE INTERNACIONAL DE FUNÇÃO ERÉTIL E DA ESCALA DE HAMILTON DOS 47 PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA TERMINAL SUBMETIDOS À HEMODIALISE -----	129
TABELA IV - ESCORES CALCULADOS DOS 11 DOMÍNIOS ESPECÍFICOS DO QUESTIONÁRIO DE QVRS (KDQOL-SF™) PARA 47 PACIENTES EM HEMODIÁLISE CRÔNICA. -----	134
TABELA V - ESCORES CALCULADOS DOS 8 DOMÍNIOS GENÉRICOS DO QUESTIONÁRIO DE QVRS (KDQOL-SF™) DE 47 PACIENTES EM HEMODIÁLISE CRÔNICA. -----	138
TABELA VI - CORRELAÇÕES ENTRE OS ESCORES DO IIEF, ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QVRS KDQOL-SF™ E A ESCALA DE HAMILTON, PARA 47 PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE. -----	141

RESUMO

Introdução: A prevalência da doença renal crônica tem aumentado nos últimos anos, tornando-se um problema de saúde pública no mundo. O tratamento dialítico, empregado na fase mais avançada da doença, aumenta a sobrevivência dos pacientes e é necessário que essa tenha boa qualidade. Alterações no estado de humor parecem ser muito comuns nos pacientes hemodialisados e permanecem sub-diagnosticadas nesse grupo de pacientes. O estado depressivo parece prejudicar a qualidade de vida e a função sexual.

Objetivos: O objetivo geral foi de avaliar parâmetros relacionados ao estado emocional, sexualidade e qualidade de vida em doentes portadores de doença renal crônica recebendo tratamento de hemodiálise. Os objetivos específicos foram estabelecer se há alteração do humor; identificar possível disfunção erétil; avaliar qualidade de vida nesses pacientes; correlacionar alteração do humor com a qualidade de vida referida; correlacionar alteração do humor e disfunção erétil.

Métodos: Quarenta e sete pacientes adultos, masculinos, submetidos ao procedimento de hemodiálise há mais de seis meses, foram avaliados em relação ao estado de humor, empregando-se a escala de depressão de Hamilton. A qualidade de vida foi avaliada utilizando o questionário *Kidney Disease and Quality of Life Short Form* (KDQOL-SF™) e a função sexual o Índice Internacional de Função Erétil (IIEF). Dados clínico-laboratoriais como hemoglobina, hematócrito, albumina, ferritina e dose de diálise (Kt/v) foram

obtidas nos prontuários dos pacientes. As análises estatísticas foram realizadas pelo teste exato de Fisher para comparação entre frequências e o teste de correlação de Spearman para analisar as correlações entre as pontuações obtidas na escala de Hamilton, nos domínios do KDQOL-SF™ e do IIEF. O nível de significância de $p < 0.05$ foi adotado.

Resultados: Em relação à escala de depressão de Hamilton, 32 (68 %) pacientes tinha alteração no humor (score ≥ 7) e 15 (32 %) não apresentaram esta alteração. (score ≤ 6). Encontramos correlação, significativa e negativa, entre o score de depressão de Hamilton e os seguintes parâmetros da escala KDQOL-SF™: Lista de “sintomas e problemas” ($r_s = -0.399$, $p = 0.005$) “qualidade da interação social” ($r_s = -0.433$, $p = 0.002$), “sono” ($r_s = -0.585$, $p = 0.000$), “saúde geral” ($r_s = -0.475$, $p = 0.000$), “bem-estar emocional” ($r_s = -0.582$, $p = 0.000$), “função social” ($r_s = -0.354$, $p = 0.015$) e “energia/fadiga” ($r_s = -0.518$, $p = 0.000$). Os valores obtidos na Escala de Hamilton não apresentaram correlações significativas com os domínios do IIEF ($p > 0.05$). Os scores obtidos nos domínios do IIEF mostraram correlações positivas e significativas com os seguintes domínios do KDQOL-SF™: A função erétil correlacionou-se com “efeitos da doença renal” ($r_s = 0.340$, $p = 0.019$), com a “qualidade da interação social” ($r_s = 0.328$, $p = 0.024$), com a “função sexual” ($r_s = 0.583$, $p = 0.000$), com “sono” ($r_s = 0.343$, $p = 0.018$), com o “funcionamento físico” ($r_s = 0.391$, $p = 0.006$), com “saúde geral” ($r_s = 0.362$, $p = 0.012$), com a “função emocional” ($r_s = 0.286$, $p = 0.005$) e com a “energia/fadiga” ($r_s = 0.365$, $p = 0.011$). A função orgástica apresentou correlações com a “sobrecarga da doença renal” ($r_s = 0.321$, $p = 0.028$), com “função sexual”

($r_s=0.508, p=0.000$), com “funcionamento físico” ($r_s=0.384, p=0.007$) com a “função física” ($r_s=0.363, p=0.012$) com a “saúde geral” ($r_s=0.349, p=0.016$), com o “bem-estar emocional” ($r_s=0.324, p=0.026$), com “função emocional” ($r_s=0.321, p=0.028$) e com “energia/fadiga” ($r_s=0.281, p=0.005$). O domínio desejo sexual do IIEF apresentou correlação com “efeitos da doença renal” ($r_s=0.312, p=0.033$), com “função sexual” ($r_s=0.394, p=0.006$), com “sono” ($r_s=0.393, p=0.006$), com “funcionamento físico” ($r_s=0.422, p=0.003$), com “saúde geral” ($r_s=0.302, p=0.038$), com “bem-estar emocional” ($r_s=0.422, p=0.003$) e com “energia e fadiga” ($r_s=0.398, p=0.005$). O domínio satisfação na relação sexual do IIEF apresentou correlação significativa e positiva com “lista de sintomas e problemas” ($r_s=0.326, p=0.025$), com “efeitos da doença renal” ($r_s=0.369, p=0.010$), com “função sexual” ($r_s=0.696, p=0.000$), com “funcionamento físico” ($r_s=0.414, p=0.003$), com “saúde geral” ($r_s=0.412, p=0.004$), com “bem-estar emocional” ($r_s=0.334, p=0.022$), com “função emocional” ($r_s=0.299, p=0.041$) e com “energia/fadiga” ($r_s=0.370, p=0.010$). O domínio satisfação com a vida sexual do IIEF apresentou correlações positivas e significativas com “lista de sintomas e problemas” ($r_s=0.403, p=0.005$), com “efeitos da doença renal” ($r_s=0.345, p=0.017$), com “sobrecarga da doença renal” ($r_s=0.343, p=0.018$), com “qualidade da interação social” ($r_s=0.302, p=0.039$), com “função sexual” ($r_s=0.695, p=0.000$), com o “sono” ($r_s=0.288, p=0.049$), com “funcionamento físico” ($r_s=0.331, p=0.023$), com “saúde geral” ($r_s=0.444, p=0.001$), com “bem-estar emocional” ($r_s=0.306, p=0.036$), com “energia e fadiga” ($r_s=0.314, p=0.032$). A soma da pontuação de todos os domínios do IIEF refletindo a função sexual como um todo apresentou correlações positivas e significativas com a “lista de sintomas e problemas” ($r_s=0.329, p=0.024$), com

“efeitos da doença renal” ($r_s=0.369, p=0.010$), com “qualidade de interação social” ($r_s=0.288, p=0.049$), com a “função sexual” ($r_s=0.670, p=0.000$), com o “sono” ($r_s=0.336, p=0.21$), com “funcionamento físico” ($r_s=0.429, p=0.002$), com a “saúde geral” ($r_s=0.454, p=0.001$), com o “bem-estar emocional” ($r_s=0.371, p=0.010$), com a “função emocional” ($r_s=0.302, p=0.039$), e com “energia/fadiga” ($r_s=0.405, p=0.004$)

Utilizando o domínio erétil do IIEF observou-se que 38 dos 47 pacientes apresentaram disfunção erétil (80,8%). Apesar do grande número de pacientes que apresentaram disfunção erétil e alteração no estado de humor pela escala de Hamilton, não houve associação entre depressão e disfunção erétil. ($p > 0.05$, Teste exato de Fisher)

Conclusões: Observamos alto índice de alteração do estado de humor e de disfunção sexual nos pacientes em hemodiálise crônica. As pontuações obtidas na escala de Hamilton apresentaram correlações negativas com vários domínios do questionário de qualidade de vida relacionada à saúde (KDQOL-SF™), sugerindo que o estado depressivo está associado com menores escores de qualidade de vida nos pacientes hemodialisados. Por outro lado, a função sexual, avaliada pelos diferentes domínios do questionário internacional de função erétil (IIEF) apresentou correlações positivas com diferentes domínios do KDQOL-SF™, sugerindo que a disfunção sexual está correlacionada com escores mais baixos de qualidade de vida nos pacientes estudados. Os principais domínios do KDQOL-SF™ que apresentaram relações mais fortes e significativas com a função sexual avaliada pelo IIEF

foram: função sexual, sono, funcionamento físico, saúde geral, bem estar - emocional e energia/fadiga. Podemos concluir que os pacientes com insuficiência renal crônica, em hemodiálise, apresentam: alto índice de alteração do humor, a maioria na faixa de depressão leve e distímia; alto índice de disfunção erétil e deterioração da qualidade de vida. Devemos encorajar novos estudos que busquem quantificar a presença de alterações do estado de humor e da disfunção sexual nos pacientes com insuficiência renal crônica, buscando realizar intervenções que visem atenuar esses fatores, tendo em vista as possíveis influências que estas alterações provocam na qualidade de vida dos indivíduos, contribuindo para maior morbidade e mortalidade.

Palavras-Chave: Doença renal crônica; hemodiálise; função sexual; humor; escala de depressão de Hamilton; Índice Internacional de Função Erétil; Qualidade de vida relacionada á saúde, KDQOL-SF™

ABSTRACT

Introduction: The prevalence of chronic renal disease has increased in recent years, and disease has become a public health issue worldwide. The dialysis treatment, used in the most advanced stage of the disease, increases the patients' life expectancy and improves their quality of life. Patients under hemodialysis treatment commonly have mood swings, but these changes are not properly diagnosed. Depression appears to affect their quality of life and sexual function.

Objectives: The general objective was to evaluate parameters related to emotional state, sexuality and quality of life in chronic renal disease patients receiving hemodialysis treatment. The specific objectives were: to determine if there were mood swing; to identify possible erectile dysfunction; to evaluate quality of life in these patients; to correlate mood shift with quality of life; and to correlate mood swings with erectile dysfunction.

Methods: Forty seven adult male patients who underwent hemodialysis procedure for over six months were evaluated in relation to mood state, using the Hamilton depression scale. The life quality was evaluated using the questionnaire "Kidney Disease and Quality of Life Short Form" (KDQOL-SF™) questionnaire, and the sexual function was assessed using the "International Index of Erectile Function" (IIEF). Laboratorial data, such as hemoglobin, hematocrit, albumin, ferritin and dialysis dose of (Kt/v), were obtained from the patients files. Statistical analyses were conducted using Fisher's test for

comparison frequencies, and the Spearman's correlation test was used to evaluate the correlation among the results obtained from Hamilton scale over the KDQOL-SF™ and the IIEF domains. The significance level $p < 0.05$ was adopted

Results: Based on the Hamilton Depression Scale, 32 (68%) patients had mood shifts and swings (score ≥ 7) and 15 (32%), didn't (score ≤ 6). We found significant negative correlations among the scores obtained from the Hamilton Depression Scale and the following parameters of KDQOL-SF™ scale: "list of symptoms and problems" ($r_s = -0.399$, $p = 0.005$) "quality of social interaction" ($r_s = -0.433$, $p = 0.002$), "sleep" ($r_s = -0.585$, $p = 0.000$), "general health" ($r_s = -0.475$, $p = 0.000$), "emotional well-being" ($r_s = -0.582$, $p = 0.000$), "social function" ($r_s = -0.354$, $p = 0.015$) and "energy/fatigue" ($r_s = -0.518$, $p = 0.000$). We did not find a significant correlation between the score obtained from the Hamilton Depression Scale and the IIEF domains ($p > 0.05$). However, we found a significant positive among IIEF domains and the following KDQOL-SF™ domains: erectile function was correlated with "effects of renal disease" ($r_s = 0.340$, $p = 0.019$), with "quality of social interaction" ($r_s = 0.328$, $p = 0.024$), with "sexual function" ($r_s = 0.583$, $p = 0.000$), with "sleep" ($r_s = 0.343$, $p = 0.018$), with "physical functioning" ($r_s = 0.391$, $p = 0.006$), with "general health" ($r_s = 0.362$, $p = 0.012$), with "emotional function" ($r_s = 0.286$, $p = 0.005$) and with "energy/fatigue" ($r_s = 0.365$, $p = 0.011$). The orgasmic function showed correlations with "overload of renal disease" ($r_s = 0.321$, $p = 0.028$), with "sexual function" ($r_s = 0.508$, $p = 0.000$), with "physical functioning" ($r_s = 0.384$, $p = 0.007$) with "physical function" ($r_s = 0.363$, $p = 0.012$) with "general health" ($r_s = 0.349$, $p = 0.016$), with

"emotional well-being" ($r_s=0.324$, $p=0.026$), with "emotional function" ($r_s= 0.321$, $p=0.028$) and with "energy/fatigue" ($r_s= 0.281$, $p=0.005$). The sexual domain desire of the IIEF was correlated with "effect of renal disease" ($r_s= 0.312$, $p=0.033$), with "sexual function" ($r_s= 0.394$, $p= 0,006$), with "sleep" ($r_s= 0.393$, $p=0.006$), with "physical functioning" ($r_s= 0.422$, $p=0.003$), with "general health" ($r_s= 0.302$, $p=0.038$), with "emotional well-being" ($r_s= 0.422$, $p=0.003$), and with "energy/fatigue" ($r_s= 0.398$, $p=0.005$). The satisfaction in the sexual intercourse domain of the IIEF showed a significant positive correlation with "list of symptoms and problems" ($r_s= 0.326$, $p=0.025$), with "effect of renal disease" ($r_s= 0.369$, $p=0.010$), "sexual function" ($r_s= 0.696$, $p=0.000$), "physical functioning" ($r_s=0.414$, $p=0.003$), "general health" ($r_s=0.412$, $p=0.004$), "emotional well-being" ($r_s=0.334$, $p=0.022$), "emotional function" ($r_s= 0.299$, $p= 0.041$) and with "energy /fatigue" ($r_s=0.370$, $p=0.010$). The satisfaction with sexual life domain of the IIEF had significant positive correlations with "list of symptoms and problems" ($r_s= 0.403$, $p=0.005$), "effect of renal disease" ($r_s=0.345$, $p=0.017$), "overload of the renal disease" ($r_s=0.343$, $p=0.018$), "quality of the social interaction" ($r_s=0.302$, $p=0.039$), "sexual function" ($r_s=0.695$, $p=0.000$), "sleep" ($r_s= 0.288$, $p=0.049$), "physical functioning" ($r_s=0.331$, $p=0.023$), "general health" ($r_s=0.444$, $p=0.001$), "emotional well-being" ($r_s=0.306$, $p=0.036$), and with "energy/fatigue" ($r_s=0.314$, $p=0.032$). The IIEF total score reflecting the sexual function as a whole had significant positive and correlations with the "list of symptoms and problems" ($r_s=0.329$, $p=0.024$), "effect of renal disease" ($r_s= 0.369$, $p=0.010$), "quality of social interaction" ($r_s=0.288$, $p=0.049$), "sexual function" ($r_s=0.670$, $p=0.000$), "sleep" ($r_s= 0.336$, $p=0.21$), "physical functioning" ($r_s=0.429$, $p=0.002$), "general health" ($r_s=$

0.454, $p=0.001$), "emotional well-being" ($r_s=0.371$, $p=0.010$), "emotional function" ($r_s=0.302$, $p=0.039$), and with "energy/fatigue" ($r_s=0.405$, $p=0.004$).

The erectile domain of the IIEF showed that 38 of the 47 patients (80.8%) had erectile dysfunction. Although most patients presented erectile dysfunction and mood shift and swings according to the Hamilton Scale, no correlation between depression and erectile dysfunction was found. ($p > 0.05$, accurate Fisher's test).

Conclusions: We found a high index of mood shift and sexual dysfunction in patients with chronic renal disease under hemodialysis treatment. The scores obtained in the Hamilton Scale showed a negative correlation with some domains of the questionnaire of quality of life related to health (KDQOL-SF™). This suggests that the depressive is associated with a lower score in quality of life for patients under hemodialysis treatment. In contrast sexual function, evaluated by different domains of the international questionnaire of erectile function (IIEF), showed positive correlations with different domains of the KDQOL-SF™, suggests that the sexual dysfunction is correlated with lower scores in quality of life of the patients studied. The main domains of the KDQOL-SF™ that showed stronger correlations with the mood state were: sleep, general health, emotional well-being and energy /fatigue. The main domains of the KDQOL-SF™ that had stronger and more significant correlations with the sexual function evaluated by the IIEF were: sexual function, sleep, physical functioning, general health, emotional well-being and energy/fatigue. We can conclude that the patients with chronic renal

insufficiency, under hemodialysis treatment, present: high index of mood shifts, and swings, most having mild depression and dysthymia; high index of erectile dysfunction and poor life quality. These data suggest that these patients life quality is negatively affected by depression.

Further studies should be encouraged to measure the degree of conditions such as mood shifts and swings and sexual dysfunction in the patients with chronic renal insufficiency. Well-thought-of interventions seeking to minimize patients' morbidity and-mortality, may be to minimize the harmful effects of those conditions and consequently improve the patients' quality of life.

Key words: Chronic renal disease; hemodialysis; sexual function; mood; Hamilton depression scale; International Index of Erectile Function; Quality of life related to the health, KDQOL-SF™

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a qualidade de vida relacionada à saúde nos pacientes com doença renal crônica tem sido bastante enfatizada. Existem preocupações constantes para identificar entre os pacientes submetidos a procedimentos de substituição da função renal, aqueles que apresentam fatores predisponentes para pior adaptação à nova situação de vida e à dependência ao tratamento prolongado.

Diversas causas podem levar um indivíduo a desenvolver insuficiência renal crônica. As causas mais comuns são a hipertensão arterial, o *diabetes mellitus* e o envelhecimento da população com conseqüente aumento na prevalência de doenças crônico-degenerativas responsáveis por mais de 60% dos casos (ROMÃO Jr., 2004).

Com o desenvolvimento tecnológico e terapêutico na área médica, a sobrevida dos indivíduos portadores de insuficiência renal crônica tem aumentado muito pela utilização de diálise, seja peritoneal automatizada contínua (DPAC), peritoneal ambulatorial automatizada (DPA) ou peritoneal intermitente (DPI), ou por meio da hemodiálise (HD) ou transplante renal (TX). Porém, nenhuma dessas terapêuticas leva à cura, tornando patente a limitação que advém dessa patologia não só no cotidiano desses indivíduos, como nas muitas perdas que vivenciam, desde o esquema corporal, biopsicossociais, restrições dietéticas e hídricas (SHILDLER et al., 1998; LAW, 2002).

O procedimento hemodialítico, que tem aumentado 8% ao ano no Brasil (ROMÃO Jr, 2004), coloca o indivíduo em situação muito especial em termos de seu cotidiano, de sua vida familiar, sexual, profissional e de projetos

de vida. O tratamento provoca real limitação, que vai da dependência a uma máquina de hemodiálise, às complicações advindas do uso continuado de membranas sintéticas e de substâncias no processamento de seu volume sanguíneo extra-corpóreo.

Contribuem, também, para ampliar o seu sofrimento as alterações corporais provocadas pela confecção de fístulas artério-venosas e a colocação de cateteres para a manutenção de acesso vascular necessário à execução do procedimento. Esse sofrimento, inevitável no momento, prolonga a vida do paciente, mas a qualidade de vida desse indivíduo oscila em função dos fatores físicos e emocionais próprios da personalidade de cada paciente, bem como da dinâmica sócio-cultural e familiar da qual provém.

Por outro lado, contribuem para melhor adaptação à condição de doente renal a qualidade da assistência oferecida pelo serviço de saúde, o acesso às medicações e os cuidados ofertados pelos profissionais da saúde envolvidos na assistência.

Desde a metade do século passado, a medicina vem tendo um desenvolvimento extraordinário, conduzindo o debate e ao aprofundamento do que vem a ser ético. Com o surgimento da Bioética, na segunda metade do século XX, essa ciência vem contribuindo com princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, na melhoria da atenção ao paciente e à sua qualidade de vida. Torna-se imperativo no cuidado ao enfermo (do latim *in-firmus*, sem firmeza física ou moral) observar, não só os aspectos físicos e de capacidade funcional, como o estado psicológico e do bem-estar, mas também suas interações sociais e condições socioeconômicas, no sentido de

caminhar para posição de que não basta preservar a vida do enfermo, mas dar uma vida com significado (HERNANDEZ, 2003).

A doença renal crônica causa elevadas taxas de morbidade e mortalidade, além de propiciar qualidade de vida questionável em muitos aspectos, principalmente no que se refere ao que entendemos por saúde. Entendendo qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) como a percepção de sua saúde por meio da avaliação subjetiva de seus sintomas, satisfação e adesão ao tratamento (MARTINS & CESARINO, 2005).

Quem sofre de insuficiência renal crônica ou tem familiares que são portadores desse tipo de doença, têm pela frente grandes desafios a enfrentar, vencer e em descobrir a cada segundo da vida um momento para refletir sobre a existência, sem querer com isso desmerecer os portadores de outras doenças agudas e crônicas que fazem sofrer e limitam os seus portadores e familiares.

Entre os múltiplos fatores que contribuem para pior qualidade de vida dos pacientes renais em tratamento dialítico, podem ser citadas a presença de alterações do estado de humor e disfunção sexual (UNRUH et al., 2003; DEVINE, 2003), que exigem do paciente grande capacidade de aceitação e, algumas vezes, conformismo para enfrentar e até desfrutar da vida possível de ser vivida.

Pretendo como questão norteadora deste estudo, avaliar se o estado de ânimo (humor) está correlacionado com a disfunção erétil e com a qualidade de vida de pacientes hemodialisados.

1.1. Doença renal crônica

Para a existência adequada de homeostase é necessário que todos os órgãos do corpo humano estejam funcionando adequadamente, exercendo a sua função de maneira satisfatória para que o indivíduo possa viver plenamente no estado que chamamos saúde. Com isso, o funcionamento de qualquer órgão, como pele, vísceras, cérebro, glândulas, entre outros que, sofrendo algum dano que afete seu desempenho, venha a alterar a relação do indivíduo consigo mesmo e com o mundo que o cerca. Por isso mesmo, é difícil afirmar que se tem saúde, principalmente a partir da definição da Organização Mundial de Saúde que diz ser “um completo bem estar físico, mental, social e espiritual, e não apenas a ausência ou presença de doença” (FLECK et al., 1999).

A doença renal crônica é dividida em seis estágios independentes da causa que a determinou. Utiliza-se a taxa de filtração glomerular como um dos critérios de gravidade, apesar de existirem ainda preocupações acerca dos métodos utilizados para estimar essa taxa e determinar a proteinúria (ROMÃO Jr., 2004; EKNOYAN et al., 2004)..

Iniciando pela fase terminal de insuficiência renal crônica, que aponta para as mais graves alterações nas quais os dois órgãos perderam todo o controle do meio interno. Nessa fase a taxa de filtração glomerular é inferior a 15 ml/min/1,73m², valor considerado incompatível com a manutenção da vida, a não ser que opções terapêuticas, como a diálise peritoneal, a hemodiálise ou o transplante renal sejam efetuados.

A fase de insuficiência renal clínica ou severa corresponde à taxa de filtração glomerular entre 15 a 29 ml/min/1,73m², com sinais e sintomas como anemia, hipertensão arterial, edema, fraqueza, mal-estar, além de sintomas digestivos que surgem precocemente.

Na fase de insuficiência renal laboratorial ou moderada os sinais e sintomas podem ser discretos. Apesar do quadro urêmico, o paciente mantém-se clinicamente bem apresentando alterações relacionadas à doença de base, tais como lúpus eritematoso sistêmico, hipertensão arterial, *diabetes mellitus*, infecção urinária, entre outras. A taxa de filtração glomerular encontra-se entre 30 e 59 ml/min/1,73m² e os níveis de uréia e creatinina encontram-se quase sempre elevados.

Na fase de insuficiência renal funcional ou leve a taxa de filtração glomerular encontra-se entre 60 e 89 ml/min/1,73m². Os níveis de uréia e creatinina plasmáticos ainda são normais e as anormalidades somente serão detectadas com métodos acurados de avaliação da função renal.

Na fase de lesão com função renal inicial normal, a taxa de filtração glomerular está acima de 90 ml/min//1,73m².

Por fim, a fase de função renal normal, sem lesão renal, inclui indivíduos do grupo de risco que ainda não desenvolveram lesão renal como hipertensos, diabéticos e portadores de doença renal crônica.

Portanto, excluindo essa fase de função renal normal, sem lesão renal, a doença renal crônica consiste em perda progressiva e irreversível da função dos rins em função de lesão renal (glomerular, tubular e endócrina).

1.2. Hemodiálise

A hemodiálise é um dos tratamentos preconizados para portadores de insuficiência renal crônica terminal. A etimologia da palavra vem do grego *hemo*, significando sangue e *diali*, dissolver, diluir, separar (CUNHA, 1989). Ela é procedimento que consiste na diálise sanguínea realizada com a utilização de uma máquina com o sangue sendo filtrado fora do organismo.

A primeira hemodiálise no Brasil foi realizada em 1949 na cidade de São Paulo pelo Doutor Tito Ribeiro de Almeida. Esse criou um rim artificial brasileiro baseando-se na primeira máquina com essa finalidade, que havia sido inventada na Holanda por Willen Kolff, por volta de 1944. Outro pioneiro no desenvolvimento da hemodiálise foi o canadense Cordon Murray, que desenvolveu trabalhos importantes, seguindo os ensinamentos de Willen Kolff (RIELA, 2003).

No entanto, apesar de ter sido um grande avanço para o aumento da sobrevida dos portadores de insuficiência renal crônica terminal, os pacientes submetidos à hemodiálise apresentam, ao longo do tempo, várias comorbidades, tais como alterações músculo-esqueléticas, câimbras musculares, osteodistrofias, osteomalácia, neuropatia, anemia, hemólise, hipotensão, encefalopatia, oligo ou azoospermia e ginecomastia (SCHLEICHER et al., 2005; RIELA, 2003). A taxa de mortalidade dos pacientes submetidos à hemodiálise é em torno de 10 a 20 % ao ano na dependendo de complicações cardiovasculares e infecciosas. Algumas das complicações relacionadas à “fisiologia da diálise” podem ser evitadas pela utilização de solução de troca contendo sódio em concentração de 138-140 mEq/li e pelo aumento da

duração da diálise. Essa tem sido a experiência do grupo Tassin na França,(RIELA, 2003)

1.3. Qualidade de Vida

Atualmente a qualidade de vida pode ser entendida, pelo menos, de duas maneiras:

- a) Como um conceito genérico que abarca os aspectos sociológicos;
- b) Relacionada à saúde com vinculação direta com as enfermidades, as alterações que advém delas e as intervenções terapêuticas com conseqüências na qualidade de vida dos pacientes (DINIZ & SCHOR, 2006).

A Organização Mundial de Saúde define Qualidade de Vida como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK et al., 1999). Concordando-se com essa definição, torna-se imprescindível na avaliação da efetividade dos tratamentos e procedimentos na área da saúde, constatar se os resultados levam a maior bem-estar físico e mental, com ganho de autonomia nas atividades de trabalho e lazer, além da manutenção da esperança e do sentimento de sentir-se incluído e qualificado como essencial no contexto sócio-familiar.

É de domínio público que melhoria no saneamento básico, nutrição, segurança, condições de moradia, investimento em saúde e educação e modificações na conduta de reprodução humana são fatores que influenciam a

qualidade de vida. Conseqüentemente, para se avaliar qualidade de vida, o indivíduo pesquisado deve viver em condições adequadas de saneamento básico e segurança, terem alimentação adequada e boas condições de moradia; portanto, encontrar-se além da satisfação das necessidades básicas.

Para a avaliação desse importante aspecto da existência humana, tem-se procurado desenvolver ferramentas cada vez mais objetivas no sentido de auxiliar as intervenções terapêuticas e os seus resultados na satisfação do indivíduo com o tratamento e seu bem-estar (VALDERRANO et al., 2001). No caso específico da insuficiência renal e sua progressão para estágio terminal, as limitações vão se tornando marcantes e influenciando diretamente a qualidade de vida desses indivíduos, tornando-se evidentes em sua percepção e na interferência que tem nas suas atividades diárias (BITTENCOURT et al., 2004).

1.4. Alteração do humor e doença renal crônica

Os seres humanos, de forma geral, têm vida de relação com o mundo e consigo mesmo, utilizando funções psíquicas como atenção, orientação, representação, pensamento, memória, consciência, percepção, juízo de realidade, compreensão de si mesmo e humor. Essa última pode variar do humor eufórico, no qual o indivíduo encontra-se em permanente elação, do latim *elatio*, elevação da alma (AULETE, 1964), numa atitude beatífica de grande contentamento, bem-aventurança e de extrema felicidade, vivendo sentimentos permanentes de bem-estar. No outro extremo, ocorre o humor

depressivo, no qual o indivíduo apresenta-se vazio de energia vital e em total prostração frente à vida e ao que tem para viver, chegando a desistir de vivê-la, e nos casos mais extremos, suicidando-se.

A doença física leva a angústia e alterações do humor de acordo com a capacidade do indivíduo de lidar e se adaptar com esse novo estado. Esse pode ser passageiro ou crônico e levar à perda, e com isso produzir humor depressivo que é algo esperado no ser humano normal, mas que não persiste com a adaptação a essa situação. De toda forma, diagnosticar depressão em pacientes clínicos não é tarefa fácil em função justamente desses sintomas, que surgem como adaptação à doença orgânica (FURLANETTO & BRASIL, 2006).

Apesar de ser uma resposta possível nos seres humanos após perdas, estresses, traumas e doenças clínicas graves, têm-se buscado quantificar esses sintomas no sentido de separar o que é normal (eutímico) do que está passando para a faixa da anormalidade, eufórico e deprimido, seja pela intensidade ou pelo tempo de permanência. Por falta de marcadores biológicos, além da imprescindível entrevista clínica por profissional da área de saúde mental, tem-se utilizado escalas com esta finalidade, que colocam o profissional com dados objetivos e quantitativos, ajudando-o na separação e no diagnóstico da alteração do humor.

Semelhante ao quadro depressivo, porém com sintomatologia menos intensa e de evolução crônica com duração de pelo menos dois anos, é o que se conhece hoje como distímia (CID-X, 1993). As queixas mais freqüentes são desânimo, mau humor, infelicidade, letargia e inércia (mais intensas pela manhã), dificuldade no sono, anedonia (perda do interesse), dificuldade de

concentração, sentimento de inadequação e baixa auto-estima, além da falta de prazer nas atividades do cotidiano (DEL PORTO, 1989).

O que se tem observado mais comumente nos paciente com doença renal crônica é um humor irritável, um limiar de tolerância baixa, além de prejuízo em termos de perspectiva de vida, sendo a depressão a co-morbidade muito freqüente (KIMMEL & PETERSON, 2005). A depressão, segundo a Organização Mundial de Saúde, é a quarta doença mais incapacitante, estimando-se que, em 2020, alcance a segunda colocação (KIMMEL & PETERSON, 2006). É mais comum entre as mulheres, pessoas que vivem sozinhas, desempregadas, separadas ou divorciadas e que moram em zonas urbanas. No Brasil a prevalência é de 15,5% segundo relatório sobre saúde no mundo 2001 da Organização Mundial de Saúde (MURRAY & LOPEZ, 1996). Em torno de 30% dos pacientes deprimidos queixam-se de sintomas físicos. Nos serviços de atenção primária 10% dos pacientes preenchem os critérios para esse diagnóstico (FURLANETTO & BRASIL, 2006).

A classificação dos transtornos do humor é limitada às descrições clínicas de emoções e comportamento, o que deixa muito a desejar até que se desenvolvam métodos baseados em medidas fisiológicas ou bioquímicas que permitam maior precisão nestas alterações.

1.5. Escala de avaliação para a depressão de Hamilton

A escala de avaliar a depressão de Hamilton (HAMILTON, 1960) vem se mantendo como a mais utilizada no mundo, servindo como padrão para outras desenvolvidas mais recentemente (CALIL & PIRES 1998; MORENO & MORENO, 1998). É utilizada para quantificar e avaliar a sintomatologia depressiva de pacientes que apresentam alguma alteração no humor. Ela enfatiza os sintomas somáticos, o que a torna bem indicada para utilização em pacientes que apresentam doenças clínicas. Apesar de criticada (SNAITH, 1993), a sua extensa utilização em todo mundo por avaliadores treinados e a utilização da publicação Guia da Entrevista Estruturada para Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (Anexo I) tem ampliado a confiabilidade deste instrumento.

A escala vem contribuindo para a difusão de seu uso em ensaios clínicos com antidepressivos por enfatizar os sintomas somáticos, o que torna particularmente sensível a mudanças vivenciadas por pacientes gravemente deprimidos. Além de ser a escala mais amplamente utilizada, sua validade tem sido confirmada em vários estudos (MORENO & MORENO, 1998). A escala ajuda não só na avaliação dos sintomas, mas também na elaboração do próprio diagnóstico e como auxiliar na observação da evolução do tratamento do paciente (CALIL & PIRES, 1998).

Hamilton (1960) não elaborou faixas de separação entre o que seria considerado normal e patológico, mas os pesquisadores têm utilizado, freqüentemente, a classificação em escores considerando menor que 6 sem alteração do humor, de 7 a 17 para pacientes levemente deprimidos, de 18 a

24, moderadamente deprimidos, e acima de 25 gravemente deprimidos. Quanto maior o escore, maior a gravidade da alteração do humor (DEL PORTO, 1989).

1.6. *Kidney Disease and Quality-of-Life-Short-Form (KDQOL-SF™)*

O KDQOL-SF™ (Anexo II) é um instrumento específico que avalia a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) aplicável a pacientes que realizam algum tipo de programa dialítico (HAYS et al.,1994). Ele é auto-aplicável e contém 80 itens, divididos em 19 escalas, que levam aproximadamente 16 minutos para serem respondidos.(DUARTE et al, 2003) O KDQOL inclui o MOS 36 Item *Short-Form Health Survey* (SF-36) como uma medida genérica e é suplementado com escalas do tipo multi-itens, voltadas para as preocupações particulares dos pacientes renais crônicos. O instrumento está publicado no *U.S. Renal Data System – Annual Data Report* (1999), que realiza estudos epidemiológicos anuais sobre pacientes renais crônicos nos EUA.

O KDQOL é provavelmente o questionário mais completo disponível atualmente para avaliar a qualidade de vida de paciente com insuficiência renal crônica, pois inclui aspectos genéricos e específicos relativos à doença renal. A desvantagem desse instrumento é de possuir muitos itens, o que prolonga o tempo de aplicação. Assim, para facilitar a sua aplicação, foi criado o KDQOL-SF™. As dimensões do KDQOL-SF™ avaliam o funcionamento físico, as limitações causadas por problemas da saúde física, as limitações causadas por

problemas da saúde emocional, o funcionamento social, a saúde mental, a dor, a energia e fadiga, percepções da saúde geral e o estado de saúde atual comparado há um ano atrás. As dimensões específicas à doença renal são avaliadas utilizando lista de sintomas e problemas, dos efeitos da doença renal em sua vida diária, da sobrecarga imposta pela doença renal, pela situação de trabalho, pela função cognitiva, pela quantidade das interações sociais, pelo funcionamento sexual, pelo sono, suporte social, estímulo da equipe da diálise e satisfação do paciente em relação aos cuidados que ele recebe durante o tratamento dialítico (DUARTE et al.,2003).

As pontuações de cada domínio foram calculadas e transferidas para uma planilha desenvolvida especialmente para essa finalidade, disponível no site www.gim.med.ucla.edu/kdqol do grupo internacional de pesquisa sobre KDQOL (Working Group Publications).

1.7. Disfunção sexual e doença renal crônica

Disfunção erétil, anteriormente denominada impotência, é a incapacidade para atingir e/ou manter uma ereção adequada para uma atividade sexual satisfatória (TÜRK et al, 2001).

Aproximadamente 50% dos homens com insuficiência renal crônica apresentam disfunção erétil, com um número maior de indivíduos apresentando alterações da libido e uma redução importante na frequência das relações (PALMER, 1999).

No portador de doença renal crônica se observa com freqüência, produção reduzida de espermatozóides e lesão testicular, frequentemente levando à infertilidade. Além do prejuízo na espermatogênese ocorrem alterações na função endócrina com níveis de testosterona total e livre tipicamente reduzidos. Alterações no eixo hipotálamo – hipófise – gônadas podem ser observadas com elevação nos níveis de LH, FSH, e prolactina (FOULKES & CUSHNER, 1986).

Além das alterações endócrinas, outros fatores como anemia, alterações do humor e uso de drogas, interferem com a função sexual no urêmico crônico. Estados depressivos primários podem afetar a função sexual e acarretar perda da libido e redução na freqüência das relações conforme sugerido por alguns estudos (KIMMEL & PETERSON, 2006, SEIDMAN et al., 2001) Entretanto, resultados contraditórios têm sido observados na literatura. Procci et al.(1981) não encontram associação entre a presença de alterações no estado de humor e o teste de tumescência peniana. Em outro estudo, Steele et al. (1996), observaram que os pacientes que não tinham vida sexual ativa eram mais deprimidos e tinham índices de qualidade de vida piorada em relação aos que mantinham algum nível de atividade sexual.

Se o exercício da sexualidade de maneira satisfatória parece ser problemático para quem não tem doenças orgânicas em função da repressão exercida no seio familiar, microcosmo da nossa sociedade, impedindo que essa função se processe de forma prazerosa e sem culpa, imagine como isso ocorre no indivíduo que tem uma doença crônica em um órgão extremamente importante para o funcionamento dessa atividade. Como os indivíduos vivem essas situações sendo portadores de uma doença crônica? Essa é uma

pergunta que nos ocorre com certa freqüência, nos motivando a avaliar neste estudo a função erétil dos portadores de doença renal crônica.

As causas mais freqüentes de disfunção erétil relacionam-se com doenças orgânicas como hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia, ateromatose, doenças renais, hepáticas, desequilíbrios hormonais, esclerose múltipla, acidentes vasculares cerebrais, intervenções cirúrgicas prostáticas ou de colon. O uso de fármacos como diuréticos, anti-hipertensivos, hipolipemiantes, anti-tumorais, antiinflamatórios não esteróides, anti-epilépticos e antidepressivos também podem causar disfunção. Por fim ansiedade e depressão são as causas psico-emocionais mais freqüentes de disfunção erétil (MALLIS et al., 2005)

1.8.Índice Internacional de Função Erétil

Para avaliar a disfunção sexual, foi criado o Índice Internacional de Função Erétil (IIEF) (Anexo III). que consiste de um questionário que cobre importantes domínios da função sexual masculina como a função erétil, a função orgástica, o desejo sexual, a satisfação com a relação sexual e a satisfação com a vida sexual (ROSEN et al,1997). É validado internacionalmente, tendo sido traduzido para dez línguas. Tem demonstrado grande sensibilidade e especificidade para detectar alterações em pacientes com disfunção erétil.(ROSEN et al, 1997)

No Estudo da Vida Sexual do Brasileiro, realizado de novembro de 2002 a fevereiro de 2003 em treze capitais brasileiras das regiões Sul,

Sudeste, Leste e Centro-oeste, pelo Projeto Sexualidade (ProSex), coordenado pela Prof^a Carmita Abdo, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo foram encontradas freqüências para a disfunção erétil que variaram com a idade, aumentado com a progressão dessa. Enquanto na faixa de idade compreendida entre 18 e 25 anos a freqüência de disfunção erétil completa foi de 1,1%, acima dos 70 anos a disfunção comprometia 10,4% dos entrevistados (ABDO,2004).

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar parâmetros relacionados ao estado emocional, sexualidade e qualidade de vida em pacientes masculinos com doença renal crônica recebendo tratamento de hemodiálise.

2.2 Específicos

- Estabelecer se há alteração do humor.
- Identificar possível disfunção erétil.
- Avaliar os diferentes domínios da qualidade de vida relacionados à saúde.
- Correlacionar às alterações do estado de humor, se houver, com os domínios da qualidade de vida relacionados à saúde.
- Correlacionar as alterações observadas no estado de humor, se houver, com os diferentes domínios do questionário de função sexual.

3 Métodos

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de estudo clínico epidemiológico analítico, transversal e observacional, do tipo inquérito institucional envolvendo pacientes em tratamento de hemodiálise no Hospital Universitário de Brasília e em quatro centros satélites de hemodiálise que atendem pacientes do Sistema Único de Saúde localizados no Plano Piloto, Gama, Taguatinga e Samambaia. O trabalho foi realizado entre o segundo semestre de 2004 e agosto de 2006. De uma mostra inicial de aproximadamente 250 pacientes recebendo tratamento de hemodiálise nesses centros, foram selecionados 47 pacientes masculinos que preenchiam as condições para serem incluídos na pesquisa e que concordaram, em participar do estudo após assinarem termo de consentimento livre e esclarecido.

3.2 Características da amostra

Em quase sua totalidade os pacientes da amostra são usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), isto é utilizam os serviços que são alocados por verba estatal. Devido a grande miscigenação racial no Brasil a definição de raça tornou-se difícil não tendo sido considerado esse aspecto. Também a condição socioeconômica não foi avaliada.

3.2.1 Critérios de inclusão

Foram critérios de inclusão: homem com idade entre 18 e 55 anos, encontrar-se em hemodiálise há pelo menos seis meses, não terem outras doenças como câncer, insuficiência cardíaca ou pulmonar ou déficit neurológico devido a doença cerebral associada, e aceitar participar da pesquisa assinando termo de consentimento livre e esclarecido.

3.2.2 Critérios de exclusão

Foram critérios de exclusão: pacientes do sexo feminino, encontrar-se em uso de drogas antidepressivas e/ou ansiolíticas, serem portadores de doenças ou patologias de gravidade que impedissem a compreensão do propósito da pesquisa ou ainda possuíssem limitações que os incapacitassem de responder aos instrumentos utilizados.

3.3 Instrumentos de pesquisa e método de aplicação

Os instrumentos utilizados nesta pesquisa consistiram de três questionários conhecidos e validados no Brasil, conforme descritos mais abaixo.

A escala de avaliação de depressão de Hamilton foi o único instrumento no qual o pesquisador teve um comportamento mais ativo. Esse entrevistava, avaliava e assinalava o item que mais se aproximava do que era expresso pelo paciente a partir de um Guia da Entrevista para a Escala de

Depressão de Hamilton, cuja finalidade é padronizar as perguntas na aplicação deste instrumento (Anexo I).

O KDQOL-SF™ (Anexo II) e o IIEF (Anexo III) são auto-aplicáveis, isto é, o próprio paciente assinala a resposta que considera adequada ao seu estado atual.

3.3.1 Escala de avaliação de depressão de Hamilton

Conforme apresentado no Anexo I, a escala de Hamilton possui de 17 a 21 itens dependendo da versão, ou ainda 24 e 31 itens (tópicos adicionais são desamparo, desesperança e desvalia). Os itens são avaliados de acordo com a intensidade e a frequência dentro de um período determinado de dias.

No presente trabalho foi utilizado a escala de 17 itens e as entrevistas foram realizadas pelo pesquisador ou pelas psicólogas dos serviços enquanto o paciente encontrava-se em hemodiálise. Em seguida era feita a soma dos escores obtidos pelo paciente nos 17 itens pesquisados. Geralmente, sua aplicação durava de 20 a 30 minutos.

3.3.2 Kidney Disease and Quality-of-Life-Short-Form (KDQOL-SF™)

Conforme apresentado no Anexo II, o KDQOL-SF™ é um instrumento auto-aplicável de 80 itens, divididos em 19 escalas, (HAYS et al.,1994).

Neste trabalho este questionário era entregue ao paciente durante a sessão de hemodiálise e o pesquisador ficava à disposição para esclarecer dúvidas. Caso o paciente não conseguisse completar o questionário, esse era concluído em outra sessão.

Para avaliar as áreas específicas à insuficiência renal crônica terminal, o KDQOL-SF™ traz 11 dimensões a serem pesquisadas, começando pela lista de sintomas e problemas onde 12 itens buscam quantificar em extremos o quanto as queixas físicas incomodam o paciente tanto em hemodiálise como em diálise peritoneal.

Nos 8 itens relacionados aos efeitos da doença renal em sua vida diária, o paciente assinala o quanto incomoda as limitações advindas com a doença, que vão desde a ingestão de líquidos, viagens, vida sexual e aparência pessoal.

No quesito sobrecarga da doença renal, os 4 itens exploram a veracidade ou não do efeito da doença renal sobre a vida daquele indivíduo.

No papel profissional, com alternativas positiva e negativa nos 2 itens, indaga-se ao paciente se nas últimas quatro semanas recebeu dinheiro para trabalhar e se a doença o impossibilitou de ter um trabalho remunerado.

Três itens relacionam-se à função cognitiva explorando o que nas últimas quatro semanas aquele paciente, numa escala de tempo, funcionou em termos de pensamento e atenção. Na mesma questão outros 3 itens avaliam como foi a qualidade da interação social.

Com relação à função sexual, se o paciente responde afirmativamente que teve alguma atividade nas quatro últimas semanas nos 2 itens seguintes,

ele assinala se teve algum grau de problema na satisfação ou em ficar excitado.

O sono é avaliado em 4 itens com relação à qualidade e ao padrão como ter dificuldade de ficar acordado durante o dia ou acordar durante a noite e não conseguir voltar a dormir.

Família e amigos são avaliados em grau de satisfação com 2 itens como suporte social.

A 24ª e última questão do KDQOL é em gradação de verdadeiro e falso nos seus 2 itens, buscando o quanto a relação por parte da equipe de diálise tem sido estimulante no sentido de ajudar o paciente a ser mais independente e a lidar melhor com sua doença. Com 1 item avalia-se a satisfação do paciente em relação ao tratamento que recebe.

O **SF** é utilizado para avaliar as dimensões genéricas como descrita a seguir.

O funcionamento físico com 10 itens que avaliam a dificuldade em realizar atividades rotineiras.

A função física, com 4 itens que buscam saber com respostas afirmativa ou negativa o quanto a doença nestas últimas quatro semanas afetou o desempenho do paciente.

A dor sentida e com que interferência afetou nestas quatro semanas é avaliada em 2 itens, com seis possibilidades cada, que vão da ausência a grande intensidade.

A saúde geral é avaliada em 5 itens, com uma primeira que solicita para assinalar a resposta que mais se aproxima de como é o seu estado, indo do

excelente ao ruim, e outra questão, com 4 itens, onde o paciente numa graduação de verdadeiro ou falso vai se comparar, em termos de saúde, com outras pessoas e confirmar o seu estado.

O bem-estar emocional é avaliado em 5 itens, onde são levantadas questões relacionadas ao estado de ânimo nas quatro últimas semanas.

Na função emocional, com 3 itens, é solicitado afirmar ou negar se houve alteração nas quatro últimas semanas em termos de atenção, tempo e desempenho de atividades laborais relacionada a fatores emocionais.

A função social quer ter informações nas 2 questões, até que ponto a saúde física e emocional interferiu nestas quatro últimas semanas nas atividades com família, amigos, vizinhos, ou grupos.

Por fim energia/fadiga nos seus 4 itens explora a vitalidade deste paciente portador de uma doença crônica não transmissível.

3.3.3 Índice Internacional de Função Erétil (IIEF)

O questionário aplicado consta de 15 itens, onde são avaliados diversos aspectos da função sexual. Cada item possibilita várias respostas com valores de 0 a 5, significando o 0 ausência de atividade sexual ou incapacidade para manter uma relação sexual. Estão separados em 5 dimensões ou domínios: função erétil (questões 1 a 5 e 15; variando a pontuação de 1 a 30), função orgástica (questões 9 e 10; variando a pontuação de 2 a 10), desejo sexual (questões 11 e 12; variando a pontuação 2 a 10), satisfação com a

relação sexual (questões 6 a 8, variando a pontuação de 0 a 15) e satisfação com a vida sexual (questões 13 e 14; variando de 2 a 10). Com a soma de todos os itens existe uma variação de 5 a 75 (ROSEN et al., 1997).

Com esse índice é possível identificar e estratificar em vários graus de disfunção erétil de acordo com a pontuação obtida em cada domínio. Pontuação igual ou superior a 26, ausência de disfunção erétil, de 17 a 25 disfunção erétil leve, de 11 a 16 disfunção erétil moderada e de 6 a 10 disfunção erétil severa (MARTIN-DÍAZ et al.(2006).

3.4 Quantificação da hemodiálise em Kt/V

O Kt/V representa a depuração fracional total de uréia, onde K (cinese) é igual a depuração do dialisador nas condições de fluxos de sangue e banhos utilizados no procedimento, obtido a partir da depuração da uréia por unidade de área da membrana do dialisador fornecida pelo fabricante, conduzida durante um tempo t; V é o volume de distribuição da uréia, obtido por iteratividade entre duas fórmulas diferenciais e/ou por antropometria. Representa a depuração fracional de uréia, ou seja, o volume total de plasma que foi depurado totalmente de uréia durante a diálise, dividido pelo volume total de água do paciente.

3.5 Análise estatística

Todos os dados foram submetidos previamente ao teste de normalidade (Kolmogorov-Smirnov). Devido ao fato da maior parte dos dados não apresentarem distribuição normal, com grande variabilidade, optou-se pela análise de correlações entre as variáveis estudadas utilizando o teste de correlação de Spearman. Na comparação entre as médias ou medianas foi utilizado o teste t, e o teste de Mann-Whitney, respectivamente. Na análise da associação entre estado de humor e disfunção erétil utilizou-se o teste exato de Fisher. Um nível de significância de 0,05 foi adotado. Para as análises foi utilizado o programa Sigma-stat, Jandel Scientific.

3.6 Aspectos éticos

O estudo foi realizado seguindo as recomendações estabelecidas para pesquisa em seres humanos da Declaração de Helsinki (2000). Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (Processo número: CEP-FM 046/2004) (Anexo IV). O termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pelo paciente incluído no estudo. (Anexo V).

4 RESULTADOS

4.1 Casuística

Foram selecionados 47 pacientes com idade entre 18 a 55 anos (39,4 ±8,9) atendidos nos Serviços de Hemodiálise do Distrito Federal. Todos se identificaram como heterossexuais. Em relação à etiologia da insuficiência renal crônica dos 47 pacientes incluídos no trabalho 28 tinham hipertensão arterial como causa primária, 7 apresentavam *diabetes mellitus* e nefropatia diabética, 7 glomerulonefrite crônica, 1 doença renal policística e 1 nefropatia de lúpus eritematoso sistêmico e 3 pielonefrite crônica. Encontravam-se em tratamento ambulatorial com três sessões semanais de quatro horas cada,.com máquina de diálise de proporção, banhos de bicarbonato e água tratada por meio de osmose reversa. A membrana utilizada foi a mesma para todos, na base de polissulfona.

Os dados clínicos e laboratoriais dos pacientes da amostra estão apresentados na tabela II do Anexo VI, tendo sido utilizado formulário do Anexo VII.

4.2 Avaliação da depressão

Utilizando-se a escala de depressão de Hamilton, a distribuição dos escores entre os pacientes foi ampla, havendo uma variação de 0 a 30. Em 15 (31,9 %) pacientes o escore foi igual ou inferior a seis, o que significa sem alteração no humor, e em 32 (68,1 %) pacientes esse foi acima de sete, o que

sugere alteração no humor (Figura 1 e Tabela III.do Anexo VIII). A maior percentagem ficou na faixa de 7 a 17 de sintomatologia leve (figura 23).

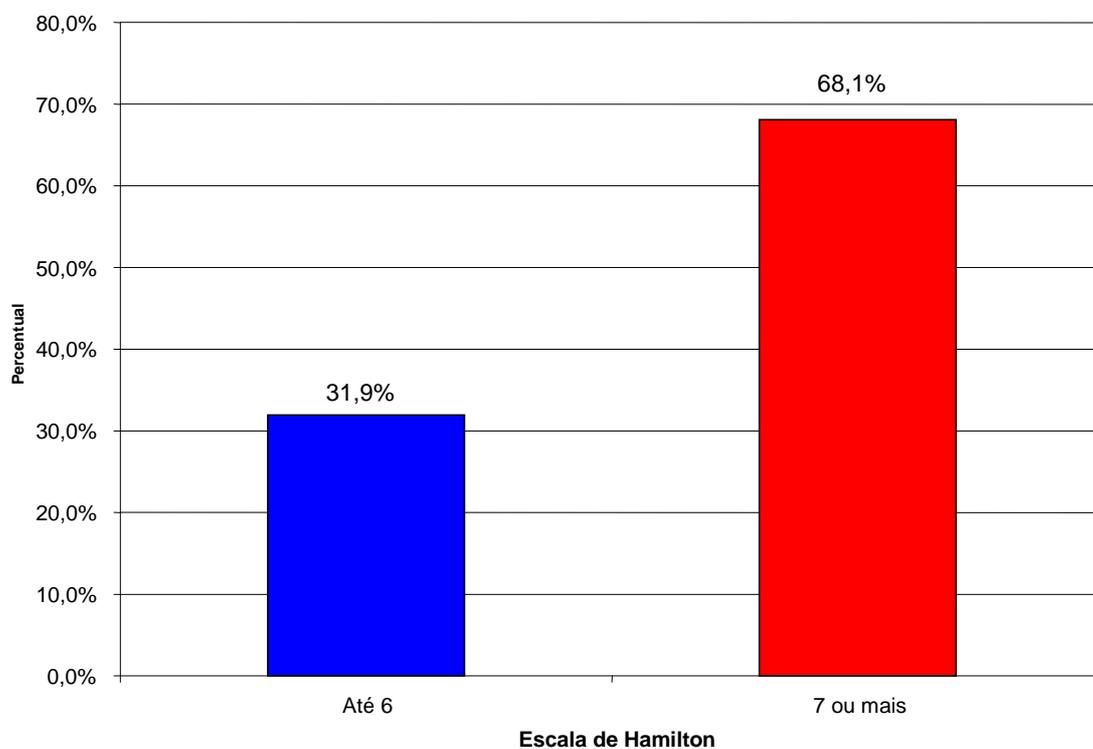


Figura 1 - Comportamento dos 47 pacientes com insuficiência renal crônica, em hemodiálise, avaliados pela escala de depressão de Hamilton, em porcentagem.

4.3 Qualidade de vida relacionada à saúde avaliada pelo KDQOL – SF™

Nos anexos IX e X as tabelas IV e V estão relacionados com os escores obtidos para os domínios do questionário KDQOL-SF™, para os 47 pacientes.

A distribuição dos escores da qualidade de vida relacionada à saúde nas onze dimensões específicas e nas oito dimensões genéricas estão representadas, respectivamente, nas figuras 2 e 3.

Na figura 2 observam-se escores bem significativos de pior qualidade de vida nos domínios de sobrecarga da doença renal, papel profissional e uma ampla variação na função sexual.

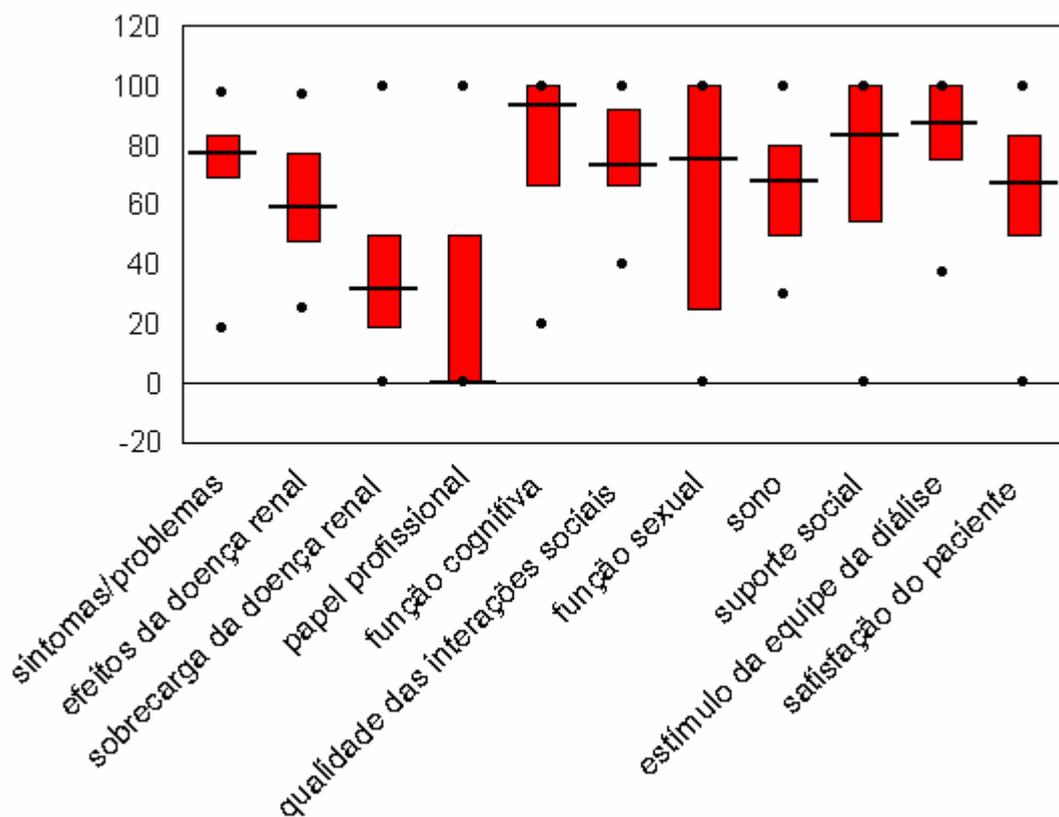


Figura 2 - Distribuições dos escores de QVRS nas 11 dimensões específicas do KDQOL-SF™ apresentadas no Anexo IX, para os 47 pacientes submetidos à hemodiálise.

Na figura 3 observa-se um grande variação da função emocional, escores mais baixos no domínio da função física e uma redução no domínio da saúde geral.

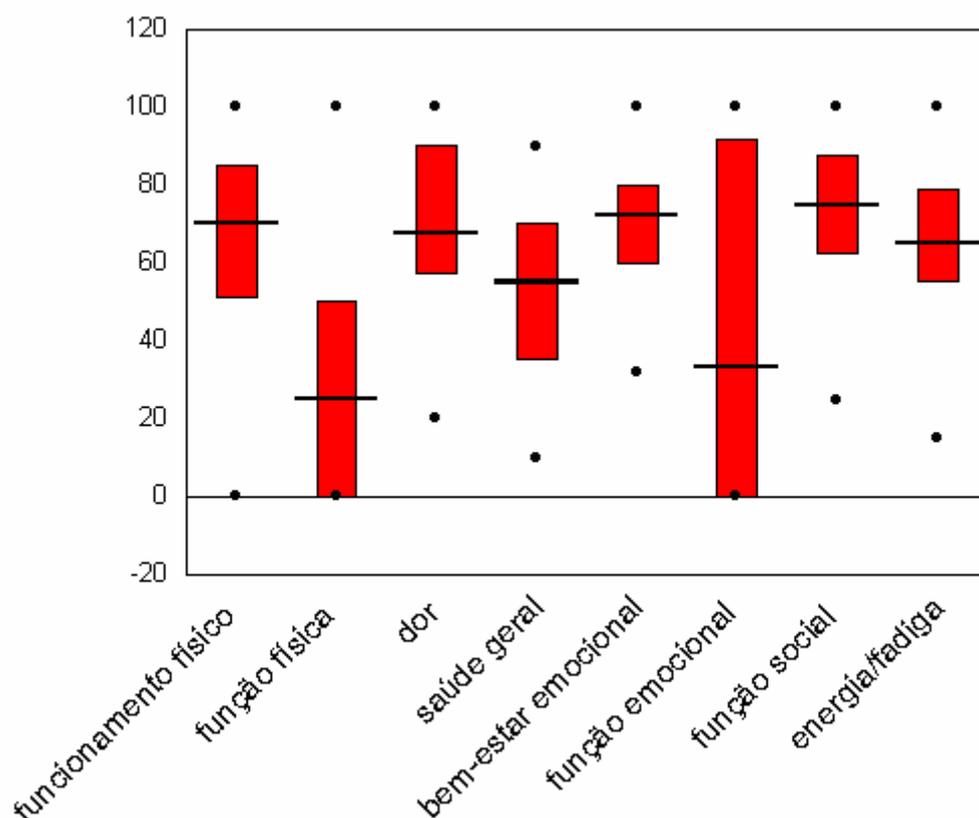


Figura 3 - Distribuições dos escores de QVRS nas 8 dimensões genéricas do KDQOL-SF™ apresentadas no Anexo X, para os 47 pacientes submetidos à hemodiálise.

Na tabela I apresentamos os diversos parâmetros da escala KDQOL-SF™, nos 47 pacientes com insuficiência renal crônica, submetidos à hemodiálise, e as suas correlações com o escore de Hamilton para depressão.

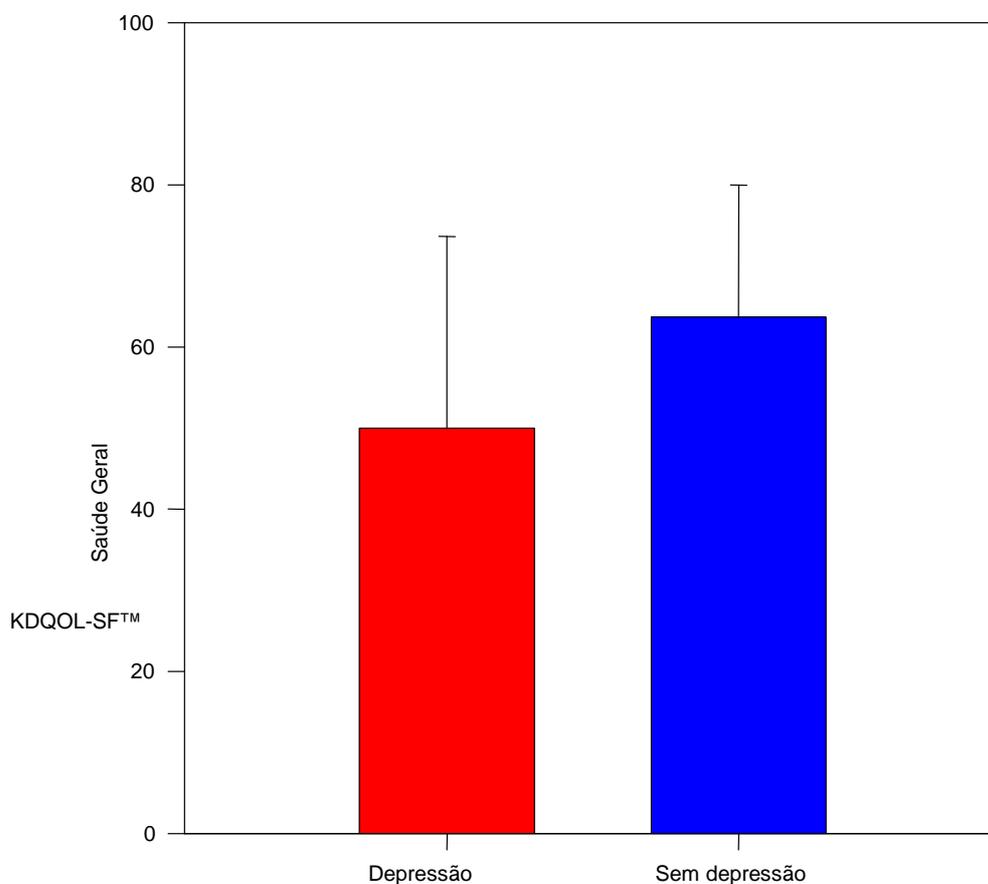
Observa-se que ocorreu ampla distribuição entre os parâmetros avaliados, incluindo aqueles do aspecto genérico. Isto é, a quantificação das respostas de cada item mostra heterogeneidade em seus resultados.

Na tabela I, encontramos correlação, negativa significativa, entre o escore de Hamilton para depressão e os seguintes parâmetros da escala específica do questionário QVRS KDQOL-SF™: lista de sintomas e problemas, qualidade da interação social e sono. Entre os domínios do SF (genérico) apresentaram correlação negativa significativa a saúde geral, bem-estar emocional, função social e energia/fadiga. No entanto, não observamos correlação entre o escore de Hamilton e os escores efeitos da doença renal, sobrecarga da doença renal, papel profissional, função cognitiva, função sexual, suporte social, estímulo por parte da equipe, satisfação do paciente, funcionamento físico, função física, dor e função emocional.

Tabela I - Escores dos diversos parâmetros da escala KDQOL-SF™ e as correlações com o escore de depressão de Hamilton, em 47 pacientes com insuficiência renal crônica, submetidos à hemodiálise.

KDQOL	mediana	extremos	rs	p
Lista de sintomas e problemas	77,08	97,91-18,75	-0,399	0,005
Efeitos da doença renal	59,37	96,87-25,00	-0,155	0,296
Sobrecarga da doença renal	31,25	100,00-0,00	-0,174	0,239
Papel profissional	0,00	100,00-0,00	-0,156	0,295
Função cognitiva	93,33	100,00-20,00	-0,165	0,265
Qualidade da interação social	75,33	100,00-40,00	-0,433	0,002
Função sexual	75,00	100,00-0,00	-0,208	0,610
Sono	67,50	100,00-30,00	-0,585	0,000
Suporte social	83,50	100,00-0,00	0,111	0,457
Estimulo por parte da equipe	87,50	100,00-37,5	-0,186	0,210
Satisfação do paciente	67,00	100,00-0,00	-0,244	0,098
SF				
Funcionamento físico	70,00	100,00-0,00	-0,149	0,315
Função física	25,00	100,00-0,00	-0,209	0,158
Dor	67,50	100,00-20,00	0,050	0,737
Saúde geral	55,00	90,00-10,00	-0,475	0,000
Bem-estar emocional	72,00	100,00-32,00	-0,582	0,000
Função emocional	33,33	100,00-0,00	-0,216	0,144
Função social	75,00	100,00-25,00	-0,354	0,015
Energia/fadiga	65,00	100,00-15,00	-0,518	0,000

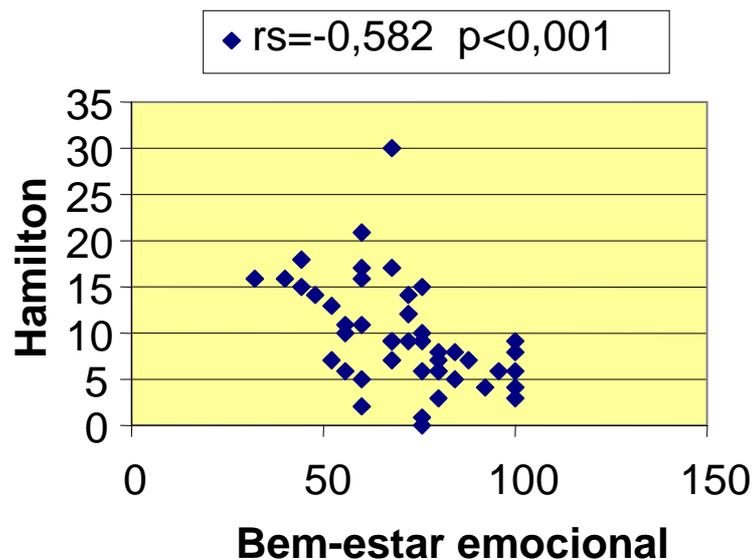
Existe uma correlação significativa nesta figura 4 entre os escores dos pacientes que apresentam uma alteração do humor e depressão. Enquanto os que não tem depressão apresentam melhor pontuação em termos de qualidade de vida relacionada á saúde, os que têm depressão apresentam menor pontuação na qualidade de vida relacionada à saúde



$p= 0,049$, Teste t.
Dados apresentados como média e desvio padrão.

Figura 4 – Escores de saúde geral do KDQOL-SF™ em pacientes com e sem alteração do estado do humor.

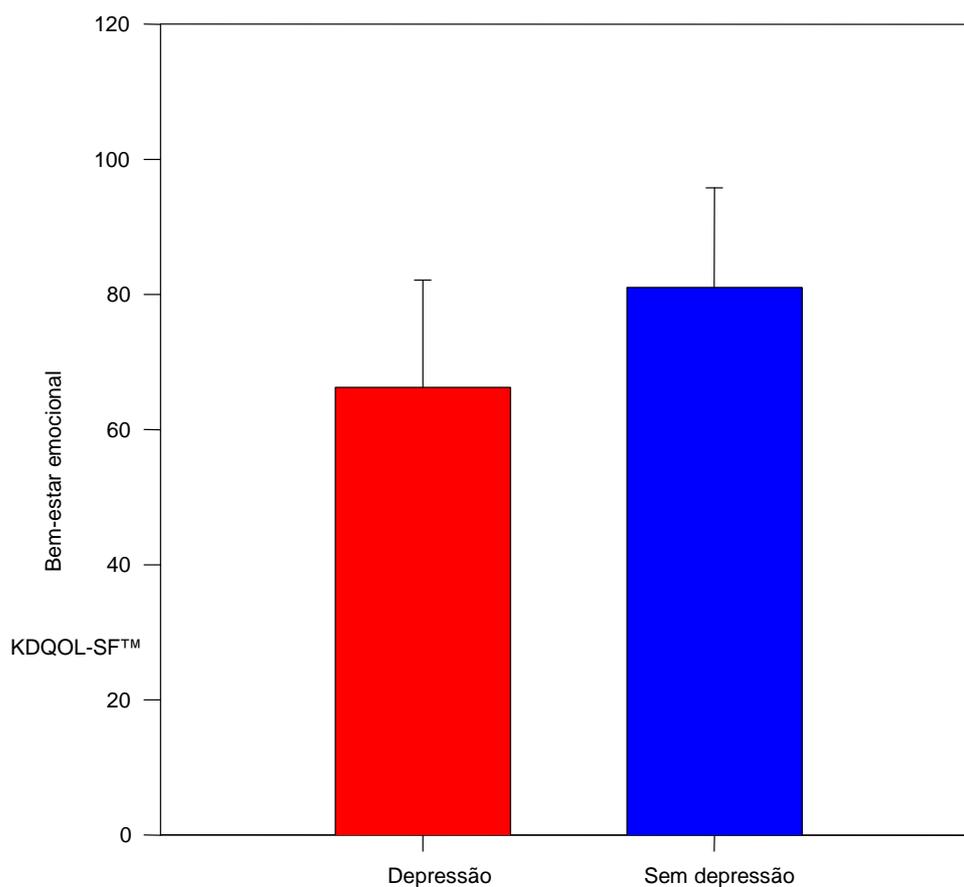
Nesta figura 5 observa-se uma correlação significativa e negativa dos valores obtidos na escala de Hamilton com o domínio bem-estar emocional do KDQOL-SF, significando que quanto maior a alteração do humor, menor o escore do bem-estar emocional. (Teste de Spearman)



Observa-se correlação negativa significativa (Teste de Spearman).

Figura 5 - Correlação entre os escores obtidos com a escala de Hamilton e o domínio de bem-estar emocional do KOQOL-SF™

A figura 6 mostra que os pacientes deprimidos apresentam média dos escores no domínio bem-estar emocional do KDQOL-SF significativamente menor, portanto apresentando uma piora na qualidade de vida relacionada à saúde.



$p=0,004$, Teste t.
Dados apresentados como média e desvio padrão.

Figura 6 - Escores de bem-estar emocional do KDQOL-SF™ em pacientes com e sem alteração do estado do humor.

Também os pacientes com maior alteração no humor para depressão têm sono mais prejudicado.

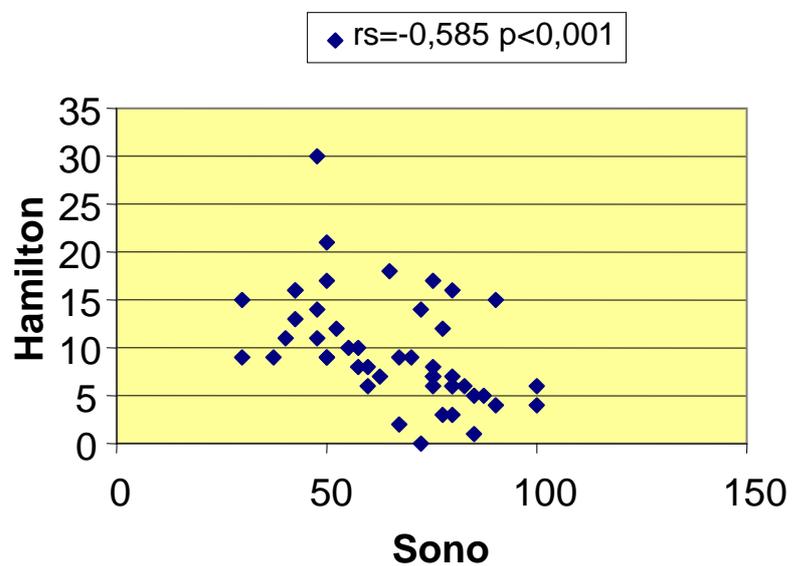


Figura 7 - Correlações obtidas na Escala de Hamilton e domínio sono do KDQOL-SF™ Teste de Spearman. Dados apresentados como mediana.

Na figura 8 confirmado pelo teste *t*, o sono é de pior qualidade em pacientes com alteração no humor (humor deprimido).

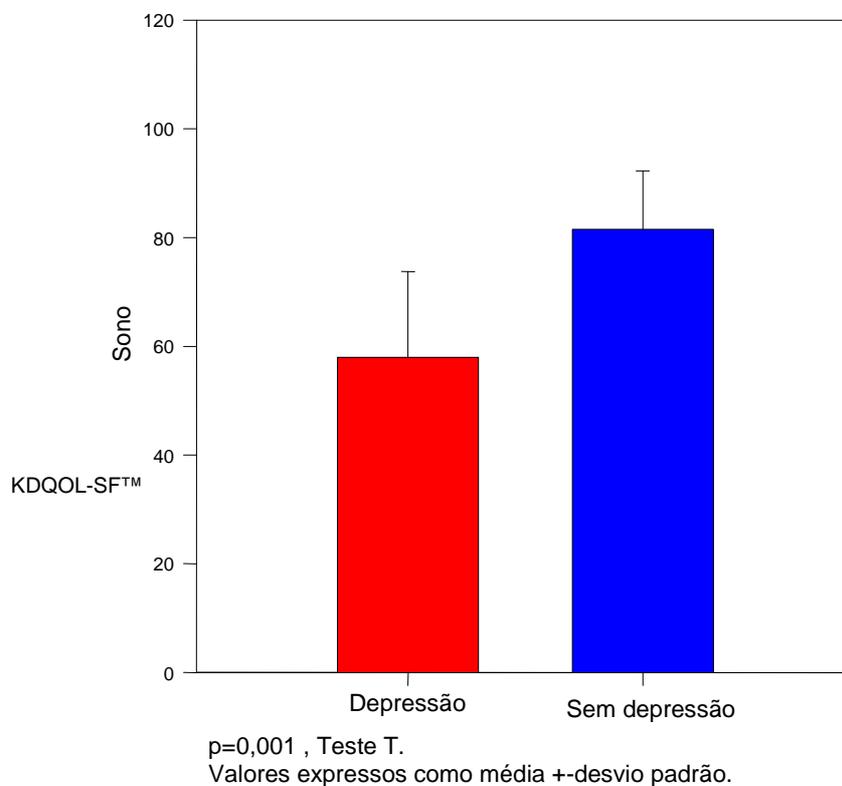


Figura 8 Escores do domínio sono do KODQOL-SF™ em pacientes, com e sem alteração do estado de humor. P=0.001, Teste t de Student. Valores expressos como média e desvio padrão.

Mais evidente fica a alteração da vitalidade dos pacientes com alteração do humor nesta figura 9

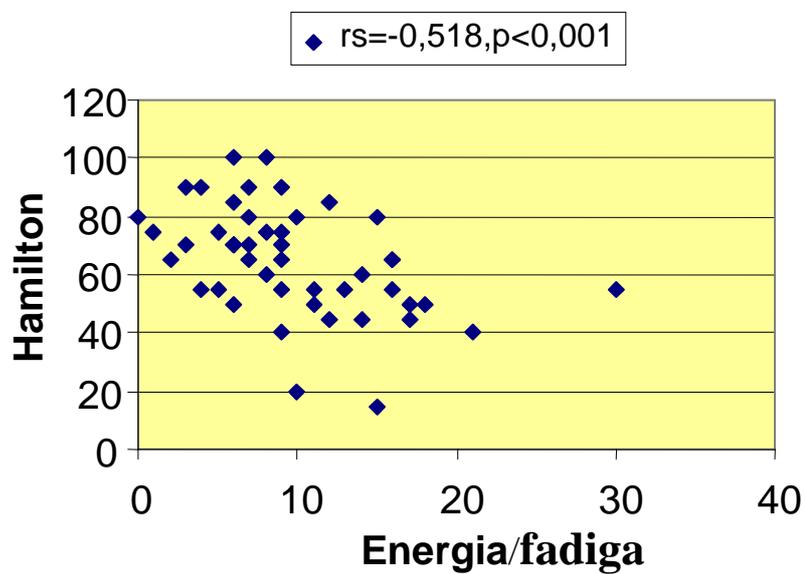
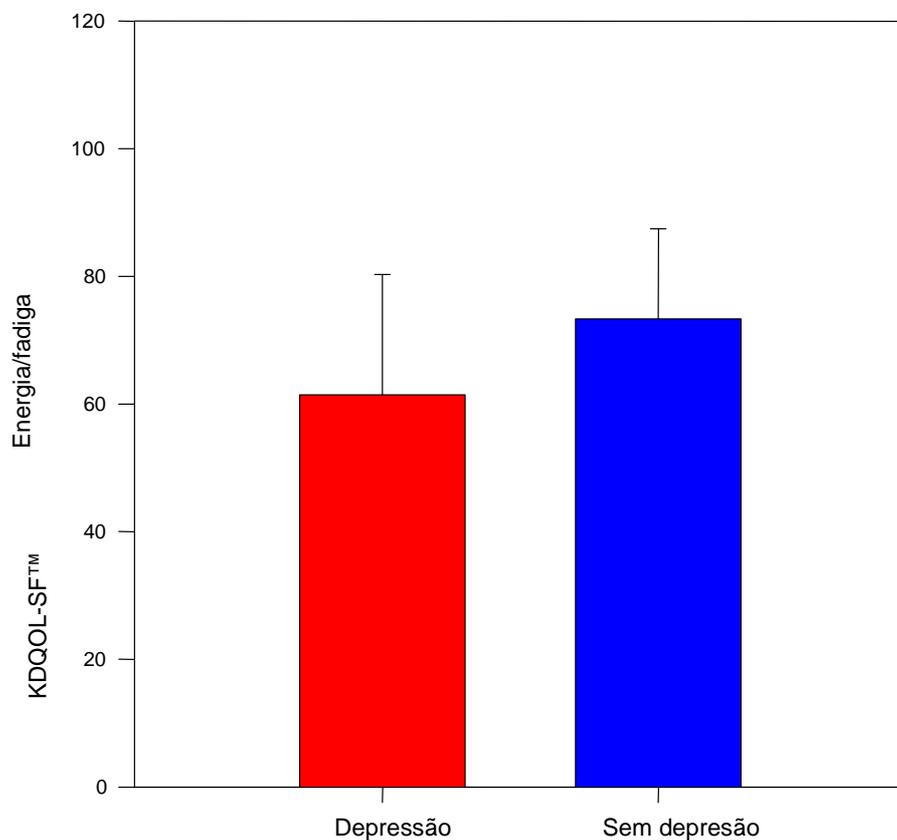


Figura 9 - Correlações obtidas na Escala de Hamilton e no domínio energia/fadiga do KDQOL-SF™ Teste de Spearman. Dados apresentados como mediana.

Portanto a energia/fadiga é bem menor nos pacientes com alteração do humor como observado nesta figura 10



$p=0,035$, Teste t.
Dados apresentados como média e desvio padrão.

Figura 10 - Escores de energia/fadiga do KQOL-SF™ em pacientes com e sem alteração no estado de humor.

4.4 Disfunção sexual avaliada pelo Índice Internacional de Função Erétil (IIEF)

Dos 47 pacientes estudados 80,8% apresentavam disfunção erétil.

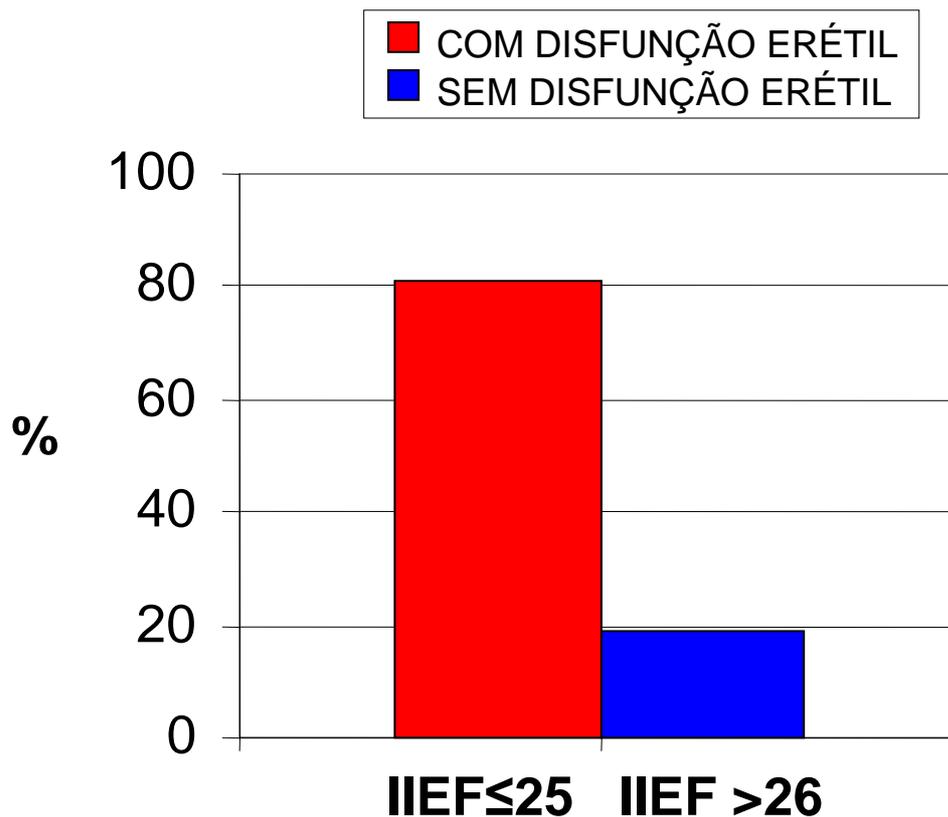


Figura 11 - Percentagem de pacientes sem disfunção erétil com um escore acima de 26 e percentagem de pacientes com escore igual ou abaixo de 25 com disfunção erétil.

Observam-se correlações positivas significativas entre função erétil do IIEF e os seguintes domínios do questionário de QVRS KDQOL-SF™ efeitos da doença, qualidade da interação social, função sexual, sono, funcionamento físico, saúde geral, energia/fadiga. Foram significativas as correlações entre o domínio função orgástica do IIEF e os seguintes domínios do questionário KDQOL-SF™: sobrecarga da doença renal, função sexual, funcionamento físico, função física, saúde geral, bem-estar emocional, função emocional, energia/fadiga. O domínio desejo sexual do IIEF correlacionou-se com efeitos da doença renal, função sexual, sono, funcionamento físico, saúde geral, bem-estar emocional, função emocional, energia/fadiga. O domínio satisfação com a vida sexual do IIEF correlacionou-se com a lista de sintomas e problemas, efeitos da doença renal, sobrecarga da doença renal, qualidade da interação social, função sexual, sono, funcionamento físico, saúde geral, bem-estar emocional, energia/fadiga do questionário de QVRS do KDQOL-SF. A soma geral dos escores do IIEF apresentou correlação significativa com lista de sintomas e problemas, efeitos da doença renal, qualidade da interação social, função sexual, sono, funcionamento físico, saúde geral, bem estar emocional, função emocional, e energia e fadiga." (Tabela VI, Anexo XI, e Figuras de 12 a 19).

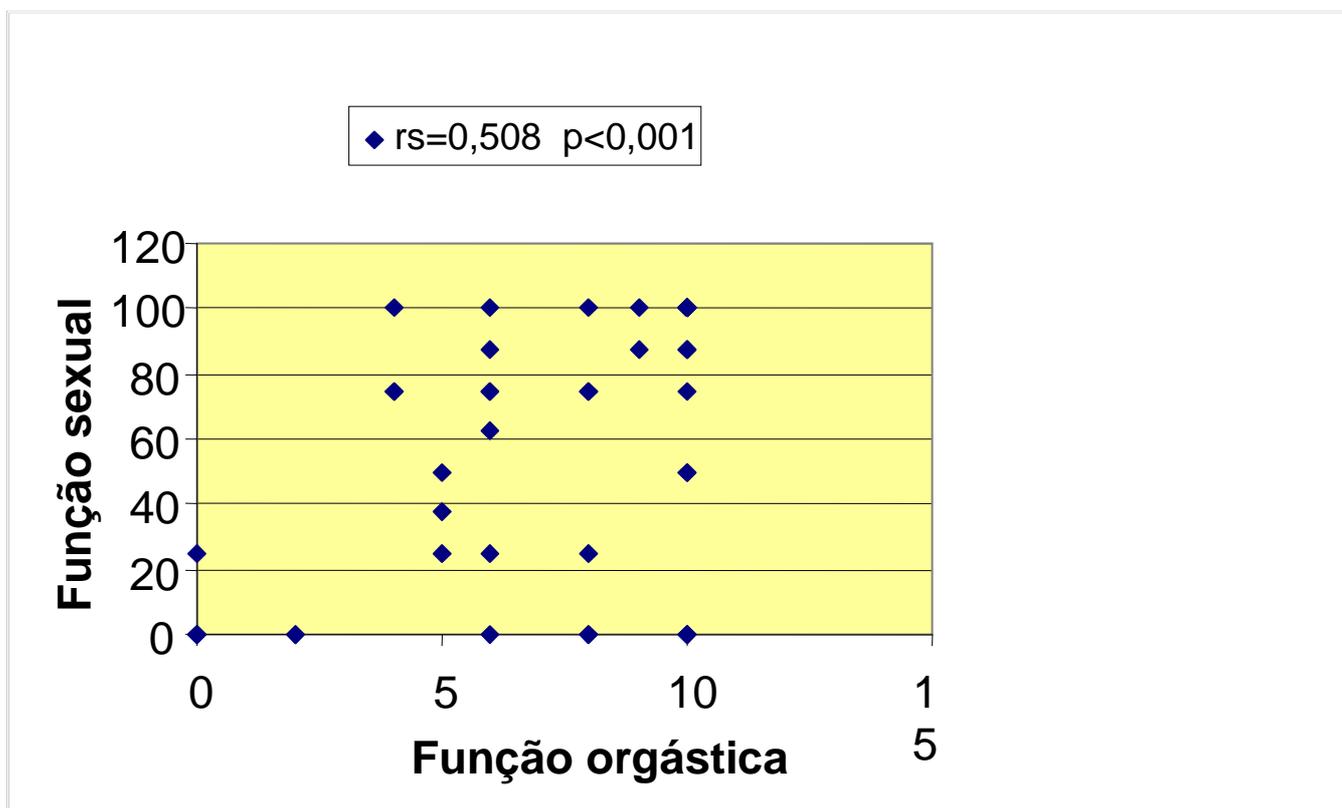


Figura 12 - Correlações obtidas no domínio função sexual do KDQOL-SF™ e no domínio função orgástica do IIEF. Teste Spearman.

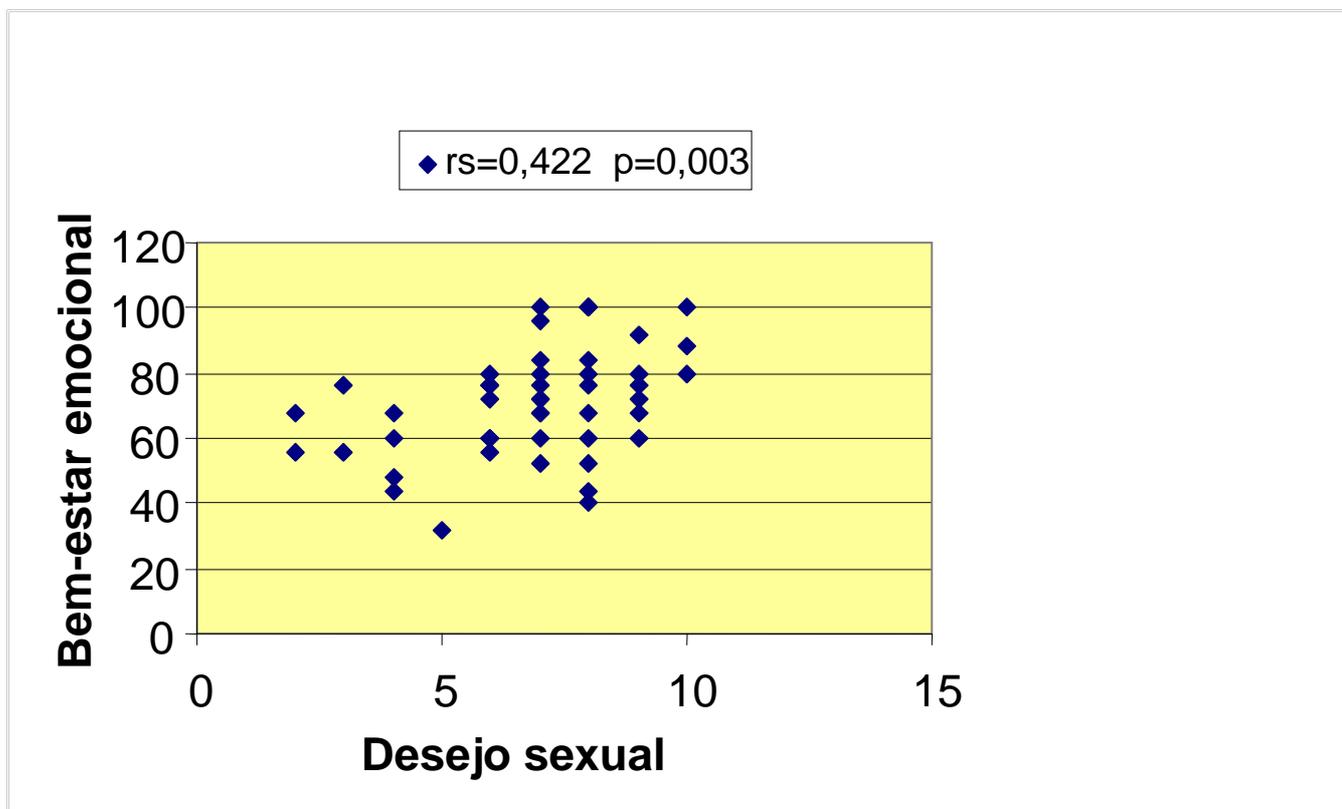


Figura 13 - Correlações obtidas no domínio desejo sexual do IIEF e no domínio bem-estar emocional do KDQOL-SF™. Teste de Spearman.

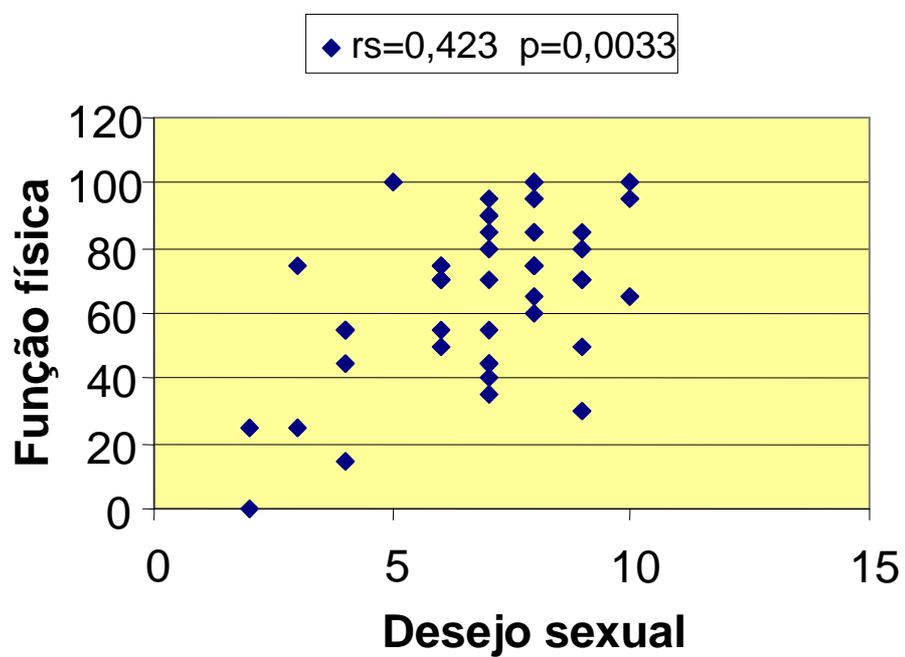


Figura 14 - Correlações obtidas no domínio função física do KDQOL-SF™ e no domínio desejo sexual do IIEF. Teste de Spearman

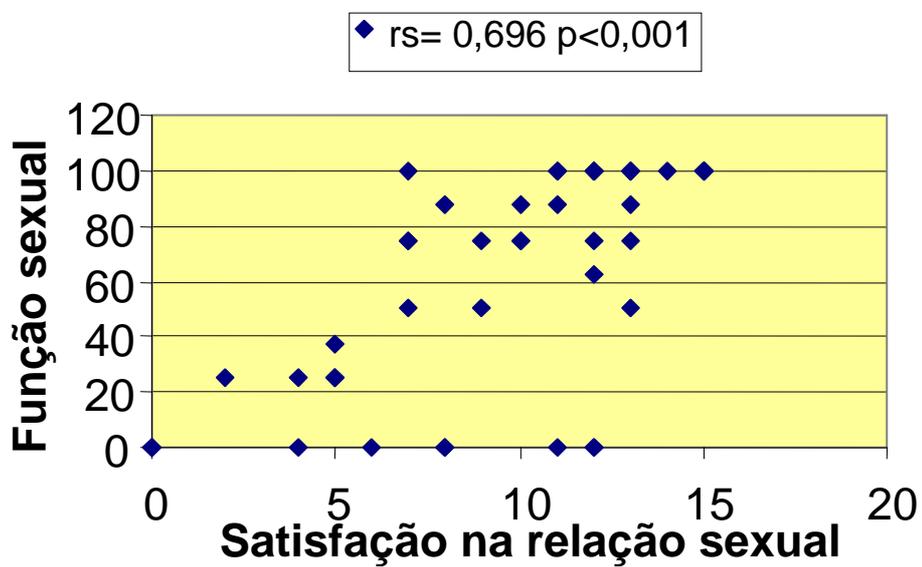


Figura 15 – Correlações obtidas no domínio satisfação na relação sexual do IIEF e no domínio função sexual do KDQOL-SF™. Teste de Spearman

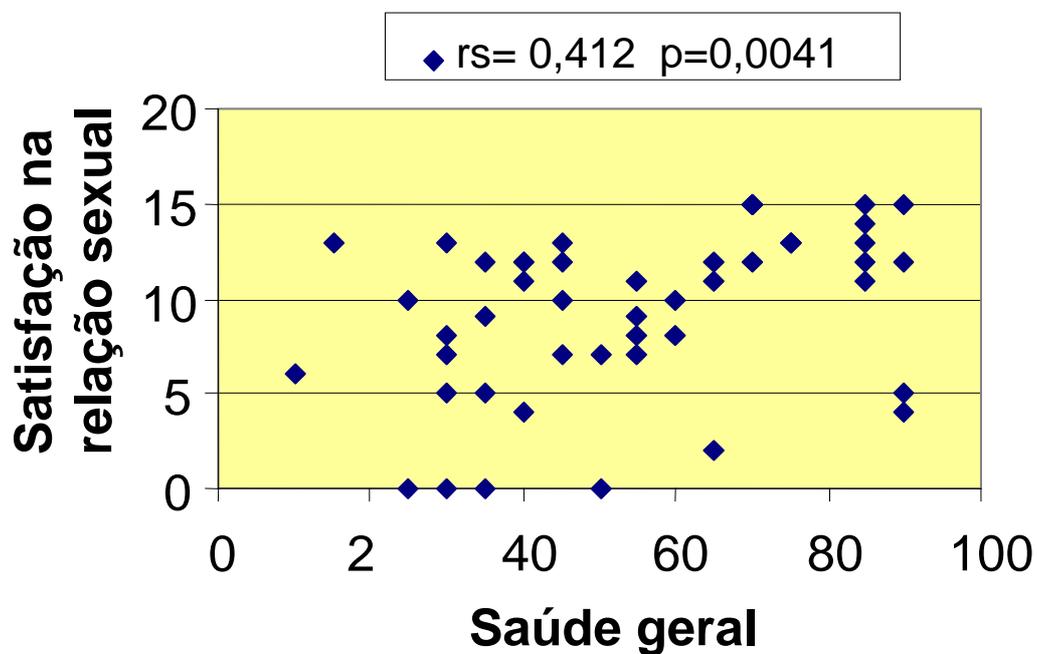


Figura 16 - Correlações obtidos no domínio satisfação na relação sexual do IIEF e no domínio saúde geral do KDQOL-SF™. Teste de Spearman

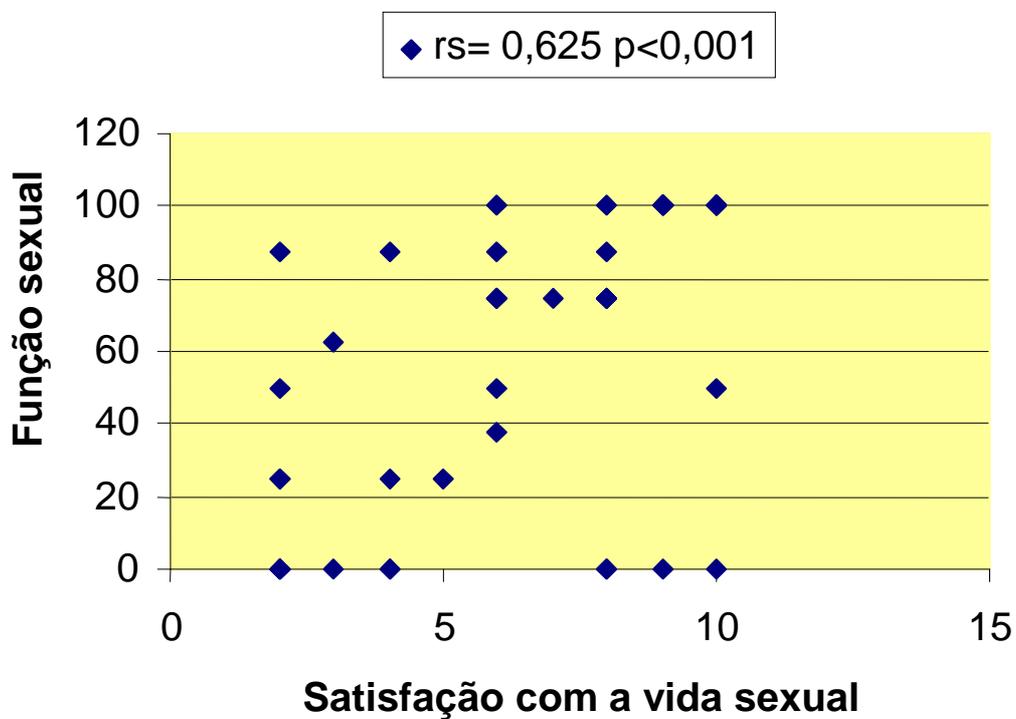


Figura 17 – Correlações obtidas no domínio satisfação com a vida sexual do IIEF e no domínio função sexual do KDQOL-SF™. Teste de Spearman

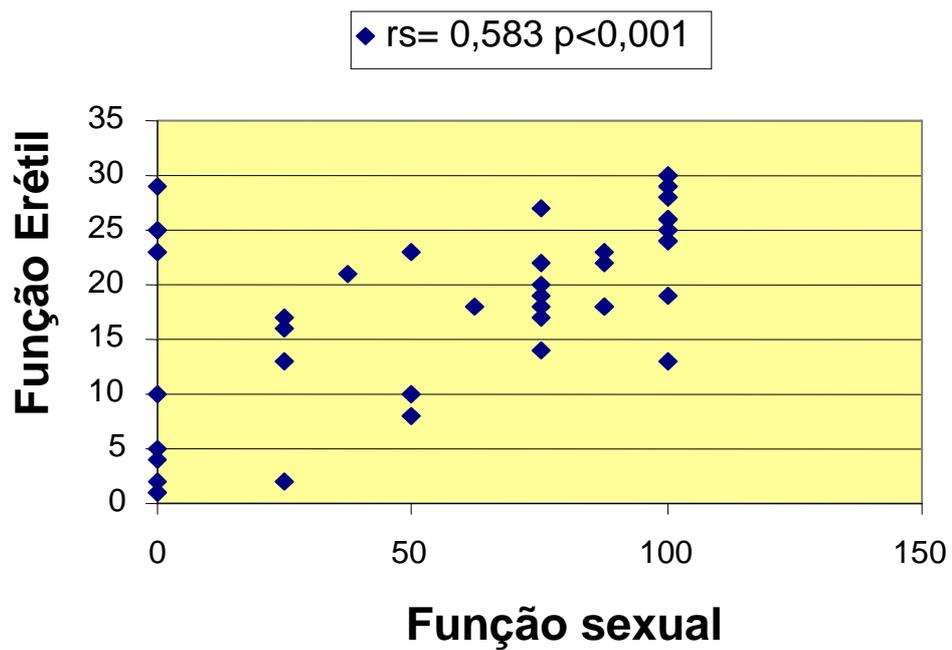


Figura 18 - Correlações obtidas com o domínio Função erétil do IIEF e o domínio de função sexual obtido com o KDQOL-SF™. Teste de Spearman

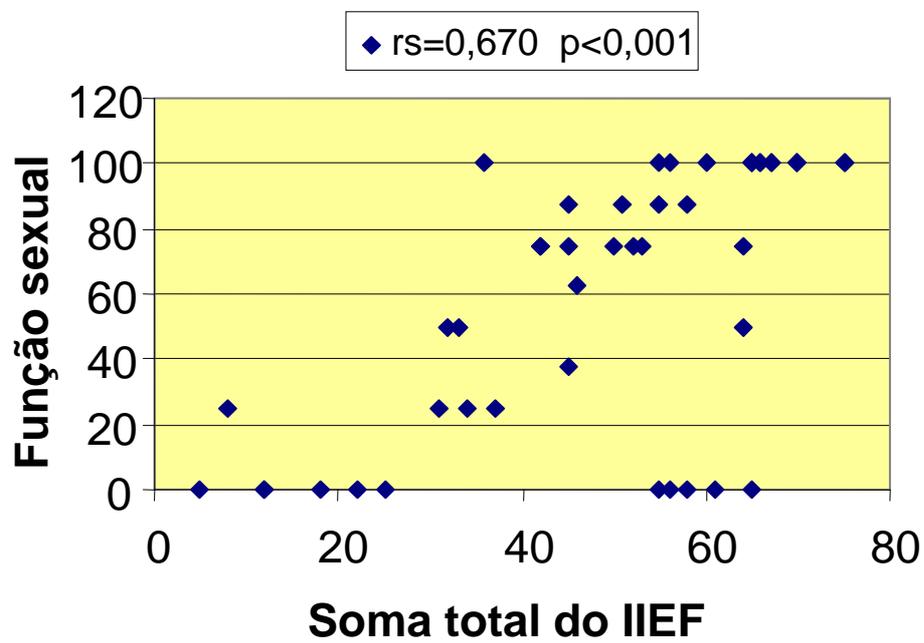


Figura 19 - Correlações obtidas na soma total do IIEF e no domínio função sexual do KDQOL-SF™. Teste de Spearman

Na figura 20 fica evidente a maior alteração na qualidade de vida no domínio função sexual do KDQOL-SF nos pacientes que apresentam disfunção erétil

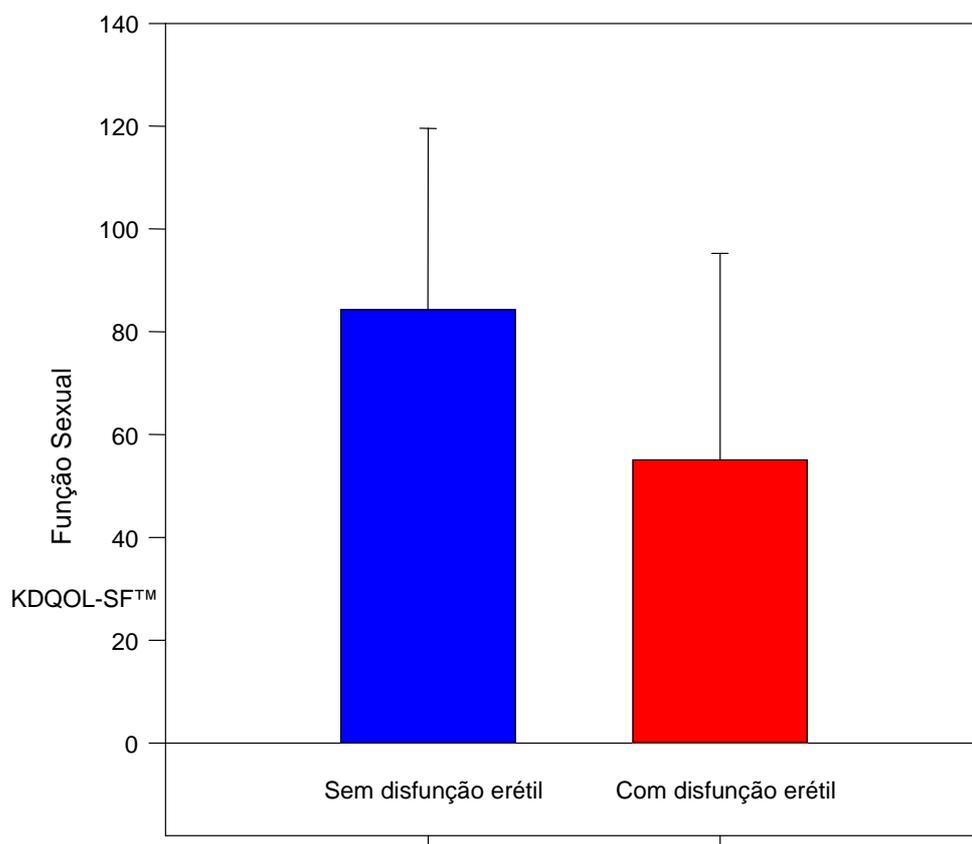


Figura 20 - Escores da função sexual do KDQOL-SF™ em pacientes com e sem alteração da função erétil do IIEF .p=0,035, Teste de Mann-Whitney.

Observa-se na Figura 21 as medianas dos escores, em todas as funções pesquisadas do IIEF, inclusive na soma total, demonstrando uma importante freqüência de disfunção sexual nos pacientes dessa amostra.

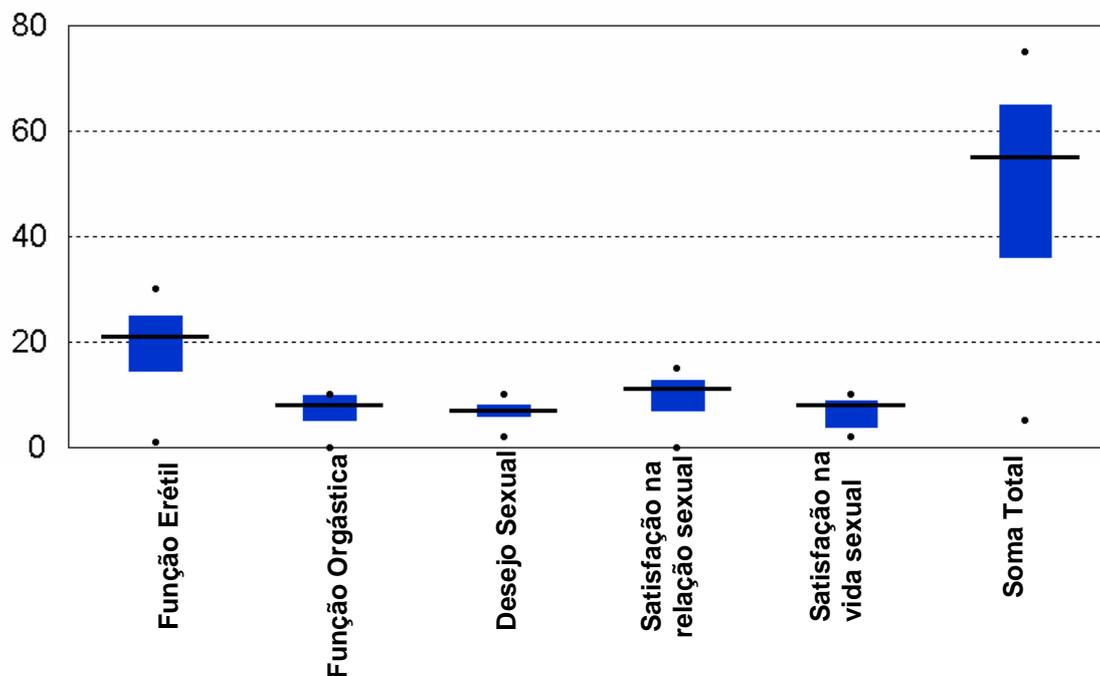


Figura 21 - Escores obtidos nos domínios do IIEF. Valores representados como mediana e valores extremos.

A Figura 22 mostra as médias dos escores do domínio sono avaliada pelo KDQOL-SF e que apresenta –se significativamente menor nos pacientes que tiverem pontuação compatível com disfunção erétil avaliada pelo IIEF.

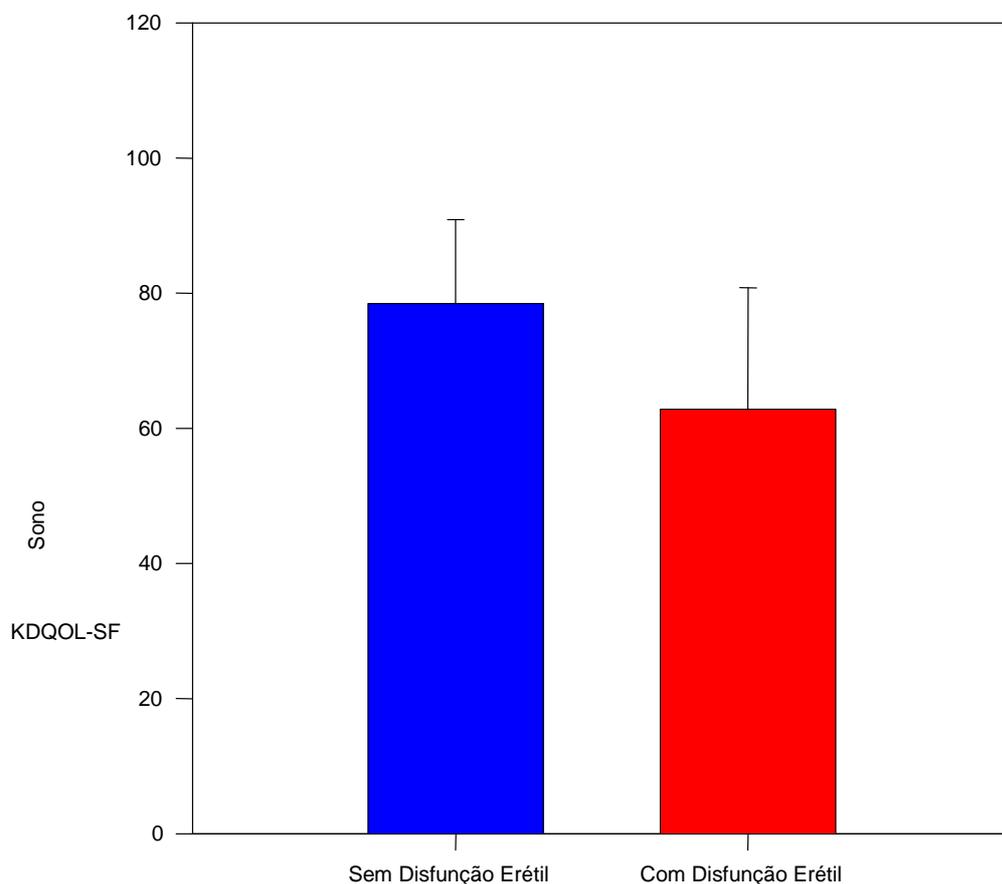


Figura 22 - Escores do domínio sono do KDQOL-SF em pacientes com ou sem disfunção erétil. $p= 0,024$, Teste t de Student. Dados apresentados como média e desvio padrão.

Nesta figura 23 observa-se que a maior alteração do humor e de disfunção erétil se encontra na faixa de menor gravidade

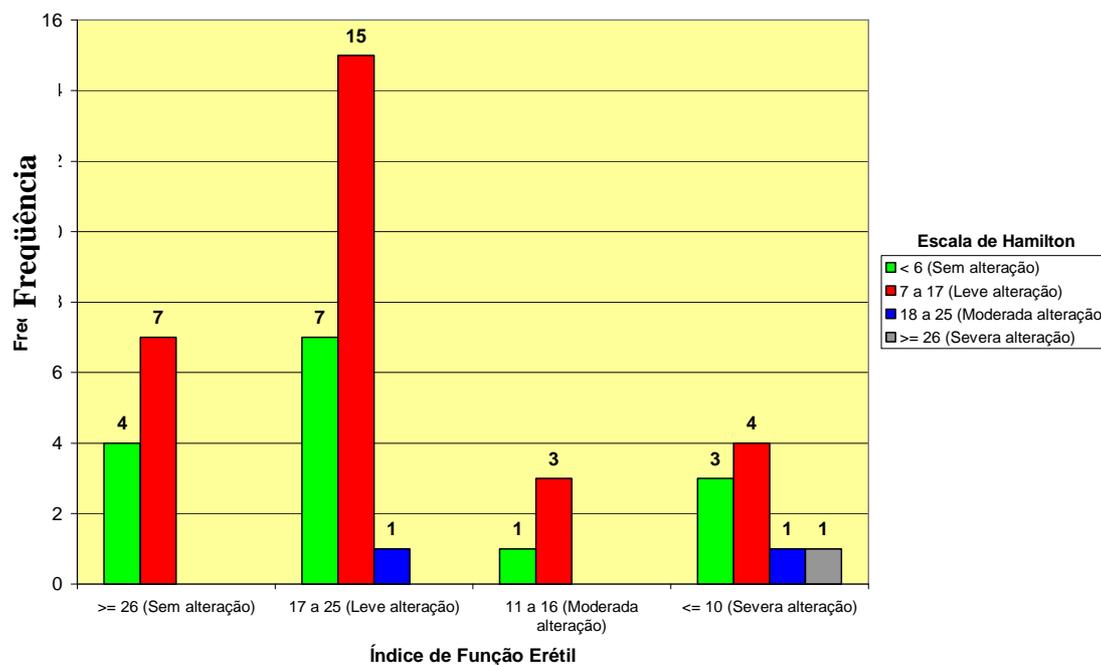


Figura 23 - Relação entre a presença e ausência de alteração do humor e o escore da função erétil.

Na Figura 24 procuramos chamar atenção para as inter-relações das variáveis estudadas e as influências recíprocas que possivelmente tem importância na qualidade de vida, estado de humor e função sexual. Outros fatores são os aspectos psicossomáticos, não avaliados, os fatores fisiopatológicos, nutrição e co-morbidades

Interrelações entre as variáveis

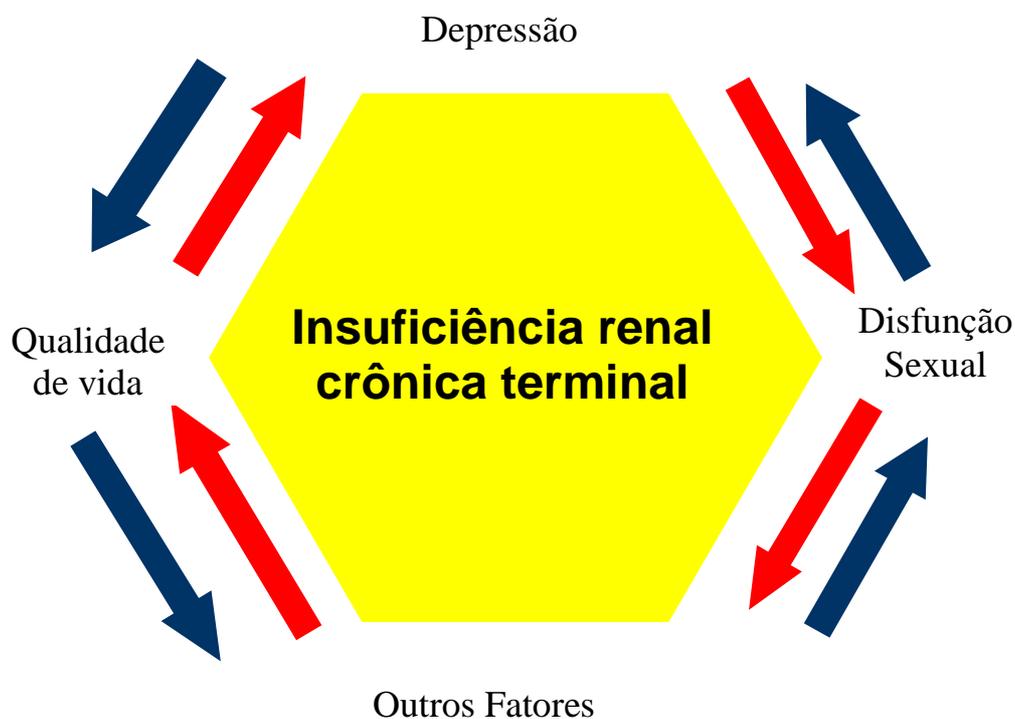


Figura 24 - Insuficiência renal crônica terminal e influencia das variáveis

5 DISCUSSÃO

O aumento da expectativa de vida dos pacientes com insuficiência renal crônica devido à melhora do tratamento dialítico e do transplante renal, ocasionou a preocupação com a qualidade dessa sobrevida. Vários trabalhos têm avaliado, com escalas apropriadas, a alteração do humor, qualidade de vida e disfunção sexual nesses pacientes.(CARMICHAEL et al., 2000, MARTINS & CESARINO, 2005, SANTOS, 2005). Essas avaliações são tentativas válidas de identificar possíveis alterações que possam estar influenciando negativamente a qualidade das vidas e assim, poderem interferir positivamente, melhorando a qualidade de sobrevida desses pacientes.

No presente trabalho é feita uma análise da presença de depressão, e alterações na qualidade de vida e função sexual em um grupo de pacientes com insuficiência renal crônica. Diferentemente de outros trabalhos, nós avaliamos a relação da presença de depressão com os índices de qualidade de vida e disfunção erétil (YASSUMOTO, 2004). Para o nosso conhecimento, este é o primeiro trabalho em nosso meio, que avaliou em conjunto todos esses dados em um mesmo grupo de pacientes com doença renal.

5.1 Depressão em indivíduos com insuficiência renal crônica em hemodiálise

A presença de depressão, diagnosticada pela escala de depressão de Hamilton, foi muito mais freqüente (68,1%) nos pacientes com insuficiência renal do que a sua ausência (31,9%). Isso sugere que a qualidade de

sobrevida dos pacientes pode estar comprometida pela alta frequência de depressão. Esses nossos dados estão de acordo com outros trabalhos que mostraram que a depressão está presente de modo muito significativo nos pacientes com insuficiência renal crônica (BURTON et al., 1986; CRAVEN et al.1987; DE-NOUR & CZACZKES, 1976; HINRICHSEN et al., 1989; HONG et al.,1987; 1976; IORDANIDIS et al.,1993; ISRAEL, 1986; KENNEDY et al.,1989; RODIN, 1980; KIMMEL et al.,1993; KUTNER et al.,1985; O'DONNELL & CUNG, 1997; SENSKY,1993; SMITH et al.,1985; VÁZQUEZ et al.,2005; VILJOEN et al.,1993).

No entanto, o diagnóstico de depressão em pacientes com insuficiência renal apresenta ampla variação, desde ausência até a presença em todos os pacientes (revisão, KIMMEL et al.,1993). Isso se deve a diferentes conceitos de depressão, que variam desde sintomas isolados até transtorno depressivo maior (ALMEIDA & MELEIRO, 2000).

Por outro lado, comparar os resultados obtidos no presente trabalho com outros descritos na literatura apresenta dificuldades. Isso porque, existem diferentes escalas para avaliar a depressão. Conforme revisão de Calil & Pires (1998) as várias escalas de avaliação de depressão englobam aquelas de auto-avaliação, as que são aplicadas por observadores, as de avaliação global e as mistas, daí ocorrer a dificuldade.

A primeira escala para depressão aplicada por um observador foi desenvolvida por Hamilton (1960) que é a utilizada no presente trabalho. A maioria das escalas subseqüentes são modificações dessa (CALIL & PIRES, 1998). No entanto, apesar dessa origem comum, torna-se difícil as comparações de resultados, pois apresentam diferenças nas inclusões e valorização das principais categorias de estados depressivos. Por exemplo,

entre 60 pacientes, 47 % foram classificados como deprimidos quando se utilizou o inventário de depressão de Beck, enquanto 17% e 5% foram determinados como tendo depressão de acordo com a Lista de Adjetivos de Sentimentos Múltiplos (Multiple Affect Adjective Check List) e critérios da DSM-III, respectivamente (SMITH et al.,1985). Para os interessados em aprofundar a discussão e referências, consultar a revisão de Calil & Pires (1998).

Em nossa amostra foi constatada a percentagem de 68,1 % de pacientes que apresentavam na escala de depressão de Hamilton um escore igual ou superior a 7, o que significa indivíduos que apresentam queixas e sintomas compatíveis com alteração do humor. A maior percentagem situou-se na faixa de 7 a 17 que é considerada como de sintomatologia leve de menor gravidade (ENDICOTT et al.,1981). , mas de grande influência na qualidade de vida do indivíduo. Este grau de comprometimento do humor pode ser diagnosticado como distímia, uma depressão que não preenche os critérios da CID-X para depressão leve, com duração de mais de dois anos e que torna a vida de relação do indivíduo consigo mesmo e com os outros muito prejudicada pelas constantes queixas pessimistas e preocupações infundadas na maioria das vezes. Além da falta de energia e fadiga, dormem mal e sentem-se inadequados.

É possível, então, que a alta frequência encontrada no nosso estudo seja devido à presença de depressão leve, explicando a diferença com outros autores que descrevem frequência de 30% (DUARTE et al., 2000; DOGAN et al., 2005; HONG et al., 1987) e 8,1 % (CRAVEN et al.,1987). De fato, quase a metade dos pacientes em diálise refere sintomas depressivos, mas em menos de 25% deles os sintomas são graves o suficiente para um diagnóstico de transtorno depressivo maior (ALMEIDA & MELEIRO, 2000). Um outro aspecto

que deve ser observado entre a nossa freqüência e a de outros autores (DUARTE et al., 2000; DOGAN et al., 2005; HONG et al., 1987) seria que nossa casuística compõe-se somente de homens, ao contrário dos outros trabalhos que examinaram ambos os sexos (CRAVEN et al., 1987).

Pacientes adultos com insuficiência renal crônica são mais vulneráveis à depressão quando comparados com portadores de outras doenças crônicas (DAVIS et al., 1990). Mas, a depressão pode ser resultante de vários fatores, tais como estresses oriundos do ambiente, variáveis genéticas, alterações neurobiológicas (KIMMEL et al., 1993). A história familiar e pessoal de depressão é um fator importante associado à depressão seguindo insuficiência renal crônica (CRAVEN et al., 1987; DE-NOUR & CZACZKES, 1976). Tem sido descrita várias alterações endócrinas em pacientes deprimidos com insuficiência renal crônica (VILJOEN et al., 1993). O hiperparatireoidismo secundário parece ser a anormalidade endócrina mais relacionada com problemas psiquiátricos nesses pacientes (DRIESSEN et al., 1995). Nos nossos pacientes não foi realizada avaliação endócrina, mas o fato de estarem em hemodiálise crônica faz supor que tivessem boa compensação e o distúrbio endócrino seria menos proeminente.

A depressão pode afetar o paciente com insuficiência renal crônica de várias formas. De maneira geral, o paciente deprimido tem maior taxa de suicídio, não aderência ao tratamento e maior morbidade e mortalidade devido a sua doença de base (BURTON et al., 1986). Por isso é necessário o diagnóstico precoce e instituição de tratamento específico (ALMEIDA & MELEIRO, 2000). Então, a qualidade de vida parece ser influenciada pelos sintomas depressivos (ALMEIDA & MELEIRO, 2000) e isso foi constatado neste estudo como veremos a seguir.

5.2 Qualidade de vida e alteração do humor em indivíduos com insuficiência renal crônica em hemodiálise

A condução dos pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise tem priorizado a sua melhora de qualidade de vida. Por isso, devemos identificar as variáveis que podem interferir no processo de manutenção da sua boa qualidade de sobrevivência e modificar aquelas que estão comprometendo essa qualidade. Com esse objetivo, o uso do questionário em sua forma completa, o KDQOL-SF™ (VÁZQUEZ et al.,2005) ou na sua forma de núcleo genérico, o SF-36 têm sido usados (KALANTAR-ZADEH et al.,2001; MINGARDI et al.,1999; MARTINS & CESARINO, 2005; CARMICHAEL et al.,2000; MERKUS et al.,1997; REBOLLO et al.,2000; SESSO et al.,2003; BEUSTERIEN et al., 1996; OHRI-VACHASPATI & SEHGAL, 1999; LOOS et al., 2003).

O SF-36 avalia dois componentes: o da saúde física e o da saúde mental. Esses últimos investigadores o usaram para identificar fatores associados que podem interferir na qualidade de vida dos pacientes, tais como: idade, sexo, nível sócio-econômico, co-morbidades, níveis de hemoglobina e hematócrito, tempo de diálise e as condições nas quais a diálise foi iniciada. Contudo, os dois grupos de variáveis do SF-36 explicam somente em parte as alterações da qualidade de vida do paciente renal (CARMICHAEL et al.,2000; MERKUS et al.,1997).

Os outros componentes do questionário KDQOL-SF™ podem ter importância na avaliação da qualidade de vida desses pacientes. O KDQOL-SF™ é um questionário de confiança e validado especificamente para

pacientes em diálise (HAYS et al.,1994). Outros fatores, além daqueles avaliados com o SF-36 e elencados anteriormente, podem influenciar a qualidade de vida do paciente renal crônico, em diálise, como a depressão e a disfunção erétil. Essa última será motivo de análise mais a frente. Existem poucos trabalhos que estudaram a possível interferência da depressão na medida da qualidade de vida em pacientes submetidos à hemodiálise (VÁZQUEZ et al., 2005).

Esses dados mostram que a qualidade de vida, avaliada pelo KDQOL-SF™ teve ampla distribuição entre os vários domínios desse instrumento de avaliação. Isso sugere que os pacientes com insuficiência renal crônica, em hemodiálise, possuem níveis heterogêneos de qualidade de vida, ou seja, temos indivíduos com melhores e piores pontuações nos domínios do questionário. com melhores e piores pontuações nos domínios do questionário. Isto é possível em decorrência de que qualidade de vida tem uma conotação muito pessoal apesar das definições operacionais.

No entanto, foi encontrado que muitas das variáveis inseridas no questionário KDQOL-SF™ têm relação inversa significativa com o nível de depressão diagnosticado pela escala de depressão de Hamilton. Conforme foi apresentado na tabela I, observamos correlações negativas significativas da depressão com a lista de sintomas e problemas, com a qualidade da interação social e sono. Em relação aos domínios contidos no SF, foi observada, de maneira significativa, relação inversa da depressão com saúde geral, bem-estar emocional, função social e energia/fadiga. Esses dados sugerem que a presença da depressão pode influir negativamente na qualidade de vida dos pacientes com insuficiência renal em hemodiálise, principalmente em relação aos domínios elencados anteriormente.

Essa descoberta pode ser importante na condução da melhora da qualidade de vida dos pacientes com insuficiência renal crônica. Isto é, o tratamento da depressão pode ser de grande valia no cuidado a esses pacientes. O suporte psicológico por especialistas na área e o uso de medicamentos deverá ser considerado com o objetivo de melhorar a depressão desses pacientes. Para os interessados em aprofundar a discussão sobre a terapia medicamentosa em pacientes com insuficiência renal crônica, recomendamos consultar a excelente revisão de Almeida e Meleiro (2000). Esses autores discutem as possibilidades do uso de antidepressivos, com as suas indicações e contra-indicações nesse grupo especial de pacientes.

Os dados estão de acordo com aqueles descritos por Vázquez et al. (2005) que utilizaram também o KDQOL-SF™ e encontraram relação inversa com a presença de depressão, mas definida pelo *Cognitive Depression Index* que é uma sub-escala do inventário de depressão de Beck. Os dados confirmam que a depressão influencia a qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise.

Neste estudo acrescenta-se outra variável, a depressão, para explicar a diminuição dos escores do KDQOL-SF™ nos pacientes da pesquisa, já que tivemos relação inversa com vários dos parâmetros dessa escala com o escore de depressão de Hamilton. Prévios estudos já tinham mostrado que variáveis sócio-demográficas (mulheres, idade avançada, baixo nível social e não freqüência ao trabalho) e fatores clínicos (maior freqüência de co-morbidade, diminuição dos níveis de hemoglobina ou albumina e falha no transplante prévio) estão associados com menor escore obtidos com o SF-36 e ou específicos escores do KDQOL-SF™ (CARMICHAEL et al., 2000; MERKUS et al., 1997).

Segundo Vázquez et al. (2005) algumas áreas específicas do KDQOL-SF™ teriam forte influência no resultado do questionário: bem estar emocional, funcionamento físico e função cognitiva. A presente pesquisa revela que, entre esses três itens, somente o bem estar emocional teria relação importante com a depressão e sugere que o tratamento da depressão pode melhorar o item de qualidade de vida dos pacientes com insuficiência renal em hemodiálise.

Traço de ansiedade e/ou sintomas de depressão foram associados com baixa qualidade de vida nas escalas genéricas e específicas do KDQOL-SF™, com alta potência de explicação na maioria dos casos descritos no trabalho de Vázquez et al. (2005). Esse trabalho reforça a associação entre depressão e escore do KDQOL-SF™ observada também neste estudo.

Vázquez et al. (2005) encontraram que a associação de traço de ansiedade e/ou sintomas depressivos foram maiores em relação à saúde mental (especificamente bem estar emocional e o resumo do componente mental) e essa associação está de acordo com o observado nos 47 pacientes pesquisados. Além disso, esses autores encontraram que o traço de ansiedade e/ou sintomas depressivos contribuíram para o escore do estado físico (funcionamento físico, dor, sintomas e problemas), capacidade funcional (papel físico, papel profissional) e funcionamento social (função social, qualidade da interação social).

Os dados apresentados no presente estudo estão de acordo, pelo menos em grande parte, com os resultados descritos por Vázquez et al. (2005). Isso porque, observamos correlações negativas significativas da depressão com a qualidade da interação social e sono, com forte tendência, apesar de ainda não significativa, com os domínios de função cognitiva e função sexual.

Além disso, observou-se de maneira significativa, relação inversa da depressão com saúde geral, bem-estar emocional, função social e energia/fadiga.

Observou-se ainda, correlação negativa fraca (-0,186), e não significativa, do item estímulo por parte da equipe com o escore de depressão de Hamilton. Esse resultado está de acordo com o descrito por Vazquez et al. (2005) que não mostraram importância significativa nesse item para explicar o escore na escala do KDQOL-SF™. Isso sugere que fatores idiossincráticos tenham maior influência do que o componente dos operadores da diálise.

As médias dos escores dos domínios sono, bem-estar emocional, saúde geral e energia/fadiga do questionário de QVRS foram significativamente menores nos pacientes com alteração do humor se comparados com os sem depressão, reforçando a hipótese de que a depressão afeta negativamente a qualidade de vida dos pacientes renais.

Em sua tese de doutoramento pelo programa de pós-graduação em enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Kusumota (2005) avaliou 132 adultos e 62 idosos acima de 60 anos, incluindo homens e mulheres, em tratamento de hemodiálise, com o instrumento KDQOL-SF™ e encontrou resultados comparáveis aos encontrados nesta pesquisa nos domínios de função emocional, função social e bem-estar emocional, existindo um forte sentimento de sobrecarga e frustração devido à doença e a dificuldade de manter trabalho remunerado.

Os trabalhos pesquisados sugerem forte relação entre a depressão e o escore do KDQOL-SF™ e que o tratamento da depressão nesses pacientes podem interferir de maneira benéfica na sua qualidade de sobrevivência.

5.3 Disfunção erétil e alteração do humor em indivíduos com insuficiência renal crônica em hemodiálise

A disfunção sexual é altamente prevalente em homens submetidos à hemodiálise (ROSAS et al., 2001). Entre os fatores contribuintes para a gênese da disfunção sexual são conhecidos os fatores físicos, dependentes da condição fisiológica alterada pela doença, no caso a doença renal crônica terminal a uremia e os fatores psicológicos /mentais decorrentes e associados frequentemente à doença orgânica subjacente. Entre os fatores psicológicos destaca-se a alta prevalência de alterações do estado de humor observados nessa população de pessoas submetidas ao tratamento dialítico (KIMMEL, 2000).

Para avaliar a presença de alterações na função sexual empregamos o questionário auto-administrado Índice Internacional de Função Erétil amplamente utilizado, inclusive no Brasil, constando de 15 itens para avaliar a função sexual de homens. Questões de 1 a 5 e a 15 avaliam a função erétil, com escore máximo de 30, questões 9 e 10 avaliam a função orgástica variando de 0 a 10, questões 11 e 12 avaliam a função do desejo sexual variando de 2 a 10, questões 6, 7 e 8 avaliam a satisfação com a relação sexual variando de 0 a 15; por fim, as questões 13 e 14 que avaliam a satisfação com a vida sexual com escore que varia de 2 a 10.

Observou-se que, dos 47 pacientes avaliados, 38 apresentaram escores menores que 26 no domínio erétil do IIEF, significando que 80,8 % dos pacientes demonstraram algum grau de disfunção erétil, o que está de acordo com a literatura.

Martin-Diaz et al. (2006), na Unidad de Nefrologia Fundación Hospital Calahorra (La Rioja)-Espanha, encontraram 40% que sofriam de disfunção erétil em população de 103 pacientes em hemodiálise com média de idade de $55,4 \pm 14,6$ para os sexualmente ativos e $68,1 \pm 10,1$ para os sem atividade sexual; sendo 34,4 % de disfunção erétil leve, 16,4% de moderada e 9,1 % de severa. Yassumoto et al. (2004), no Hospital de Base de São José do Rio Preto – São Paulo – Brasil, de 51 pacientes em tratamento hemodiálitico com média de idade de $56,6 \pm 11,6$, observaram a prevalência de 57%, sendo 24% leve, 25% moderada e 10% severa. Na Turquia, Arslan et al. (2002), em 187 pacientes com média de idade de $49,3 \pm 13,2$ anos, encontraram em 80,7% deles com disfunção erétil, sendo que os pacientes com idade menor que 50 anos tinham 74,5% e aqueles maiores que 50 anos tinham 86,6%. Esses últimos dados concordam com a nossa realidade e com as pesquisas no Brasil de que com o avanço da idade, a prevalência e a severidade da disfunção erétil aumentam. Interessante nesses dados de Arslan et al. (2002) é que, apesar de alta frequência, somente 1% procurou ajuda médica.

De grande interesse para os resultados desta pesquisa, foi o trabalho de Mallis et al. (2005) na Grécia, numa amostra de 103 pacientes homens com disfunção erétil, com idade variando de 20 a 70 anos (média de idade e desvio padrão de 47 ± 14 anos) utilizando o Mini International Neuropsychiatric Interview 5, o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV* (DSM-IV) e a *Beck Depression Inventory* (BDI) encontraram 63,1% de transtornos psiquiátricos, sendo os transtornos depressivos os que tinham maior percentagem (25,2%) seguidas dos transtornos ansiosos com 11,7%, a associação de depressão e ansiedade com 6,8% e os transtornos de

personalidade com 5.8%. Concluíram que os transtornos psiquiátricos têm alta prevalência nos pacientes com disfunção erétil.

Peng et al. (2006) observaram associação entre sintomas depressivos mais graves e a presença de disfunção sexual em pacientes masculinos hemodialisados. Constatando que a função erétil correlacionou-se negativamente com a presença de depressão, o mesmo sendo observado para os outros domínios do IIEF como a função orgástica, desejo sexual, satisfação na relação, satisfação na vida sexual e soma total do IIEF.

Apesar da alta incidência de alterações no estado de humor e de disfunção sexual no nosso grupo de pacientes não observamos correlação significativa entre os escores do IIEF nos seus diferentes domínios e a escala de Hamilton. A análise pelo Qui-quadrado não mostrou associação significativa entre essas variáveis. Uma explicação para esse achado é o fato da grande maioria dos pacientes apresentar depressão leve a moderada e apenas um paciente alteração mais grave no estado de humor, dados diferentes dos observados por Peng et al. (2006).

É possível que fatores culturais relacionados à auto-imagem, a auto-estima e a masculinidade ameaçada, possam ter contribuído para a escolha de respostas de melhor desempenho. Nesse sentido, a precária privacidade de um paciente em relação ao outro por se encontrarem as máquinas de hemodiálise muito próximas, pode ter influído, também na sua resposta.

O brasileiro é altamente motivado para o sexo apesar de hábitos não muito saudáveis associados, como o uso de bebidas alcoólicas e alimentação gordurosa. A atividade sexual é considerada importantíssima para a harmonia do casal segundo 96,1% das brasileiras e 96,0% dos brasileiros que desejariam fazer o dobro de relações que conseguem realizar (ABDO, 2004).

Um dos pacientes avaliados afirmou que “se alguém que faz hemodiálise disser que não tem dificuldade deve estar faltando com a verdade”.

Observa-se ampla distribuição nos domínios dos componentes da escala IIEF. As correlações com a escala de Hamilton de depressão foram significativas e negativas com a função erétil, satisfação com a relação sexual, satisfação com a vida sexual e escore total IIEF e ocorreu a tendência não significativa com a função desejo sexual. No entanto, não observamos correlação significativa com a função orgástica. Alteração do humor e disfunção erétil são problemas de alta prevalência com doença renal crônica em estágio terminal que é constatada nos trabalhos atuais além de uma piora da qualidade de vida relacionada à saúde.

5.4 Papel da disfunção sexual nos diferentes domínios da QVRS

Estudos tem mostrado a influência da presença de disfunção sexual na qualidade de vida dos pacientes hemodialisados (ROSAS et al.2001); TÜRK et al 2001); PENG et al.2006). Pacientes em hemodiálise que são sexualmente ativos parecem ter melhores índices de qualidade de vida do que os que não apresentam vida sexual ativa. Fatores nutricionais, presença de comorbidades, alterações hormonais decorrentes da uremia, fatores psicossocioemocionais, entre outros, são concorrentes para explicar a associação entre a disfunção sexual e os índices de qualidade de vida observados.

Nossos resultados mostram correlações positivas significativas entre a função erétil (IIEF) e os seguintes domínios do questionário de QVRS: efeitos

da doença renal, qualidade da interação social, função sexual, sono, funcionamento físico, saúde geral e energia. (Tabela VI no Anexo XI) Esses dados significam que quanto mais grave a disfunção erétil (escores menores que 26 no domínio erétil) mais intenso o efeito da doença renal, piorando a qualidade da interação social, da função sexual, da qualidade do sono, mais perturbado o funcionamento físico, da saúde geral e a energia/fadiga. As mesmas considerações podem ser feitas em relação à função orgástica e os domínios sobrecarga da doença renal, função sexual, funcionamento físico, função física, saúde geral, bem-estar emocional, função emocional e energia. Também, o desejo sexual correlacionou-se com efeitos da doença renal, função sexual, sono, funcionamento físico, saúde geral, bem-estar emocional e energia. Aparentemente, tanto os fatores físicos e de vitalidade estão correlacionados com a função sexual, como também os fatores emocionais. Conforme se observa na Tabela III e VI dos Anexos VIII e XI a satisfação na relação sexual, a satisfação na vida sexual e a soma dos escores totais do IIEF apresentaram correlações significativas com diferentes domínios do KDQOL-SF™.

Analisando apenas os domínios genéricos do SF, Peng et al. (2006) encontraram correlações significativas entre a função erétil e o domínio função física, entre os domínios do IIEF, desejo sexual, satisfação na relação, função orgástica e escore total com o domínio do KDQOL-SF™ função social, sugerindo uma associação entre a presença de disfunção sexual e a piora nos índices de qualidade de vida. Os autores sugerem que para melhorar os escores da qualidade de vida nesses pacientes tornam-se necessárias intervenções terapêuticas nas alterações físicas (fisiológicas) como cuidados

nutricionais, controle da anemia, dose da diálise entre outros e intervenções na área psicossocioemocional.

Weisboard et al. (2005), analisando a prevalência e a gravidade e importância dos sintomas físicos e emocionais em 162 pacientes renais crônicos submetidos a hemodiálise, verificaram que a gravidade e a sobrecarga dos sintomas físicos apresentados correlacionaram-se diretamente com uma qualidade de vida prejudicada e com a presença de depressão.

Hong et al. (2006) avaliando a qualidade de vida em 64 pacientes em diálise peritoneal crônica encontraram associação entre a presença de sintomas físicos, a qualidade de vida e depressão, sugerindo que testes de avaliação de qualidade de vida e do estado de humor devem ser empregados mais frequentemente nesse grupo de pacientes.

Os resultados apontam também, para uma associação entre os índices de qualidade de vida e função sexual nos pacientes hemodialisados, sugerindo que estudos longitudinais possam ser feitos principalmente após intervenções visando a melhora nos sintomas físicos e psicossocioemocionais e o possível benefício sobre a qualidade de vida, como um todo.

Índices de pior qualidade de vida nos pacientes hemodialisados têm sido associados com a presença de desnutrição (SANTOS et al. 2006) e maior índice de hospitalização (SANTOS, 2005)

A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde tem se tornado nos últimos anos uma preocupação constante dos que lidam diariamente com doenças crônicas como a insuficiência renal em sua fase terminal. Os pacientes submetidos ao tratamento por hemodiálise apresentam frequentemente fatores físicos e psicológicos que contribuem para uma qualidade de vida deteriorada.

Entre os fatores psicossocioemocionais, os estados alterados do humor são particularmente freqüentes e contribuem para o agravamento do estado geral e qualidade de vida. A permanência do estado depressivo por mais de dois anos aumenta o risco relativo de morte contribuindo para comportamentos autodestrutivos (KIMMEL et al, 2000).

Acresce-se a isto, a presença freqüente de distúrbios da função sexual de natureza multifatorial agravada pela presença de sintomas físicos e pela própria depressão.

Nossos resultados confirmam a alta prevalência de depressão e de disfunção sexual nos hemodialisados. sem permitir estabelecer uma relação causal entre as duas variáveis. A função sexual e a depressão correlacionaram-se positivamente com diversos domínios do questionário de qualidade de vida relacionada à saúde, sugerindo que fatores físicos e psicossociais estão significativamente associados nos pacientes renais crônicos em hemodiálise.

Condutas que busquem avaliar rotineiramente a presença concomitante ou não dos distúrbios da função sexual, das alterações do estado de humor e dos índices de qualidade de vida nos pacientes hemodialisados devem ser encorajadas. Medidas terapêuticas que amenizem os sintomas e corrijam as causas, quando possível, devem ser empregadas buscando uma melhora na qualidade de vida dos pacientes. Foi esta a nossa conduta quando era detectada alguma alteração que necessitava de intervenção dos profissionais de saúde responsáveis pelo paciente.

6 CONCLUSÕES

De acordo com os resultados deste estudo, podemos concluir que os pacientes com insuficiência renal crônica, em hemodiálise, apresentam:

- 1) Alto índice de alteração do humor, a maioria na faixa de depressão leve e distímia, envolvendo 68% dos pacientes avaliados pela escala de Hamilton.
- 2) A presença de disfunção sexual foi constatado em 80,8% dos pacientes avaliados pela função erétil do IIEF, confirmando alta incidência deste transtorno na população de pacientes hemodialisados.
- 3) Não se observaram correlações significativas entre os domínios do questionário de função erétil e a escala de Hamilton.
- 4) Ocorreram correlações significativas entre vários domínios do questionário de qualidade de vida relacionada à saúde (KDQOL-SF™), a escala de Hamilton e os diversos domínios do questionário de função sexual (IIEF), sugerindo que fatores físicos e psicossocioemocionais estão associados ou contribuem para a pior qualidade de vida e disfunção erétil nos pacientes hemodialisados.

7 Agenda de pesquisa

A partir destas conclusões torna-se evidente que estudos longitudinais intervencionistas que visem o diagnóstico das alterações do estado de humor e da presença concomitante ou não de disfunção sexual nos pacientes hemodialisados devem ser encorajados, bem como intervenções terapêuticas

que promovam as correções nos sintomas ou, quando possível, nas causas dos problemas. As medidas adotadas devem refletir melhora na qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise, principalmente a inclusão de profissionais da área psicológica na rotina de atendimento destes enfermos, propiciando suporte psicoterápico, trabalho com familiares e mesmo o diagnóstico precoce de alterações do humor. Também a utilização de medicações inibidoras da fosfodiesterase tipo 5, tais como o citrato de sildenafil, tadalafila e o cloridrato de vardenafil, as quais ocasionam o retardo na degradação da GMP, facilitando e mantendo a ereção peniana (TÜRK et al. 2001; SEIDMAN et al.,2001), tem possibilitado sucesso e satisfação no relacionamento sexual, contribuindo com isso para a resolução de conflitos e melhoria do estado de humor e conseqüentemente da qualidade de vida.

8 REFERÊNCIAS

Abdo C. Estudo da vida sexual do brasileiro. ProSex. FMUSP. Editora Bregantini. 2004.

Almeida TR. Ponto de vista histórico: Primórdios da hemodiálise no Brasil – o rim artificial brasileiro. Entrevistado Dr. Tito Ribeiro de Almeida pelos Drs. João Egidio Romão Jr. e Décio Mion Jr.) www.sbn.org.br/noticias/190504.htm
Acesso em 12.11.2006 às 20.25 h.

Almeida AM, Meleiro AMAS. Depressão e insuficiência renal crônica: uma revisão. J Brás Nefrol 2000;22:192-200.

Arslan D, Arslan A, Sifil A, Cavdar C, Celebi I, Gamsari T, Esen AA. Sexual dysfunction in male patients on hemodialysis: assessment with the International Index of Erectile Function (IIEF). Int Impot Res 2002;14:539-42.

Aulete C. Dicionário contemporâneo da língua portuguesa. 5ª ed, Editora Delta, Rio de Janeiro, 1964.

Beusterien KM, Nissenson AR, Port FK, Kelly M, Steinwald B, Ware JE. The effects of recombinant human erythropoietin on functional health and well-being in chronic dialysis patients. J Am Soc Nephrol 1996;7:763-73.

Bittencourt ZZLC, Alves Filho G, Mazzali M, Santos NR. Qualidade de vida em transplantados renais: importância do enxerto funcionante. Rev Saúde Pública 2004; 38:732-4.

Burton HJ, Kline AS, Lindsay RM, Heidenheim AP. The relationship of depression to survival in chronic renal failure. Psychosom Méd 1986;48:261-9.

Calil HM, Pires MLN. Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. Rev Psiq Clin 1998;25:240-4.

Cunha AG. Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa. Editora Nova Fronteira, Rio de Janeiro. 1989.

Carmichael P, Popoola J, John I, Stevens PE, Carmichael AR. Assessment of quality of life in a single center dialysis population using the KDQOL-SFTM questionnaire. Qual Life Res 2000;9:195-205.

Classificação Internacional das Doenças/Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-X: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

Craven JL, Rodin GM, Johnson L, Kennedy SH. The diagnosis of major depression in renal dialysis patients. Psychosomat Med 1987;49:482-92.

Davis B, Krug D, Dean RS, Hong BA. MMPI differences for renal, psychiatric, and general medical patients. J Clin Psychol 1990; 46:178-84.

Devine O. The impact of ignoring measurement error when estimating sample size for epidemiologic studies. *Eval Health Prof.* 2003;26;315-39.

Del Porto JA. Aspectos Gerais das Escalas para Avaliação de Depressão. In: *Escalas de Avaliação para Monitorização de Tratamento com Psicofármacos.* Centro de Pesquisa em Psicobiologia Clínica do Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina 1989;93-100.

Diniz, DP, Schor N. Qualidade de Vida. Série Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar. Manole, Barueri, SP; 2006.

Draibe AS, Cendoroglo M, Nadaletto M. Atualização em diálise: adequação em hemodiálise crônica. *J Bras Nefrol* 2000;22:169-75.

De-Nour K, Czaczkes JW. The influence of patient's personality on adjustment to chronic dialysis. *J Nerv Ment Dis* 1976;162-323-33.

Dogan E, Erkoc R, Eryonucu B, Sayarlioglu H, Agargun MY. Relation between depression, some laboratory parameters, and quality of life in hemodialysis patients. *Ren Fail* 2005; 27:695-9.

Driessen M, Wetterling T, Wedel T, Preuss R. Scondary hyperparathyroidism and depression in chronic renal failure. *Nephron* 1995 ;70:334-9.

Duarte Ap, Mattevi BS, Berlim MT, Morsch C, Thomé FS, Barros EJ, et al.
Prevalência da depressão maior nos pacientes em hemodiálise crônica.
Revista HCPA Porto Alegre 2000;20 (3):240-6.

Duarte PS, Miyazaki MCOS, Ciconelli RM, Sesso R. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SF™). Rev Assoc Med Bras 2003;49:375-81.

Eknoyan G, Lameire N, Barsoum R, Eckardt KU, Levin A, Levin N, Locatelli F, MacLeod A, Vanholder R, Walker R, Wang H. The burden of kidney disease: improving global outcomes. Kidney Int 2004;66:1310-4.

Endicott J, Cohen J, Nee J, Fleiss J, Sarantakos S. Hamilton depression rating scale. Arch Gen Psychiatr 1981;38:98-103.

Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). Rev Bras Psiquiatria. 1999 21(1):19-28.

Foulks CJ, Cushner HM. Sexual dysfunction in the male dialysis patient: pathogenesis, evaluation, and therapy. American Journal of Kidney Diseases, Vol VIII, Nº 4 (October), 1986: pp 211-222.

Furlanetto LM, Brasil MA. Diagnosticando e tratando depressão no paciente com doença clínica. J Bras Psiquiatr 2006;55:8-19.

Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psych
1960;23:56-62.

Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Carter WB. Development of the
kidney disease quality of life (KDQOL) instrument. Qual Life Res 1994;3:329-
38.

Hernandez CL. Bioética Médica. Apuntes sobre calidad de vida. Centro
Provincial de Información de Ciências Médicas . Matanzas, Cuba. Disponível
em
[http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medicina/ano%202003/vol3%202003/tema
05.htm](http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medicina/ano%202003/vol3%202003/tema05.htm)/Acesso em: 01/09/2006

Hinrichsen GA, Luberman JA, Pollack S, Steinberg H. Depression in
haemodialysis patients. Psychosomatics 1989;30:284-9.

Hong BA, Smith MD, Robson AM, Wetzel RD. Depressive symptomatology and
treatment in patients with end-stage renal disease. Psychol Med 1987;17:185-
90.

Hong E, Bernardini J, Fried L, Samsonov M, Pirain B. The relationship between
symptoms, depression, and quality of life in peritoneal dialysis patients. Adv
Perit Dial. 2006;22:87-7
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db+pubmed&dopt=abstractPlus...>
Acesso em 27.11.2006

Iordanidis P, Alivanis P, Iakovidis A, Dombros N, Tsagalidis I, Balaskas E, Derveniotis V, Ierodiakonou C, Tourkantonis A. Psychiatric and psychosocial status of elderly patients undergoing dialysis. *Perit Dial Int.* 1993;13 (Suppl 2):S192-5.

Israel M. Depression in dialysis patients: a review of psychological factors. *Can J Psychiatry* 1986;31:445-50.

Kalantar-Zadeh K, Kopple JD, Block G, Humphreys MH. Association among SF36 quality of life measures and nutrition, hospitalization, and mortality in hemodialysis. *J Am Soc Nephrol* 2001;12:2797-806.

Kennedy SH, Craven JL, Rodin GM. Major depression in renal dialysis patients. An open trial of antidepressant therapy. *J Clin Psychiatry* 1989;50:60-3.

Kimmel PL, Weihs K, Peterson RA. Survival in hemodialysis patients: the role of depression. *J Am Soc Nephrol* 1993;4:12-27.

Kimmel PL. Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and outcomes. *Am J Kid Dis* 2000; 35 (suppl 1): s132-s1-40.

Kimmel PL, Peterson RA, Welhs KL, Simmens SJ, Alleyne S, Cruz I, et al. Multiple measurement of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients. *Kidney Int* 2000;57:209-8.

Kimmel PL, Peterson RA. Depression in End-Stage Disease Patients Treated With Hemodialysis: Tools, Correlates, Outcomes, and Needs. *Seminars in Dialysis*, Vol 18 N° 2 (March-April) 2005 pp. 91-97.

Kimmel PL, Peterson RA. Depression in Patients with End-Stage Renal Disease Treated with Dialysis: Has the Time to Treat Arrived? *Clin J Am Soc Nephrol* 1: 349-352, 2006. doi: 10.2215/CJN.00890306.

Kusumota L. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes hemodialisados. Tese de doutorado. Programa de pós-graduação em enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2005: pp 150.

Kutner NG, Fair PL, Kutner MH. Assessing depression and anxiety in chronic dialysis patients. *J Psychosom Res* 1985;29:23-31.

Kutner NG, Zang R, Brogan D. Race gender, and incident dialysis patients' reported health status and quality of life. *J Am Soc Nephrol* 16: 1440-1448, 2005.

Law M. Participation in the occupations everyday life. *Am J Occup Ther* 2002;56:640-9.

Loos C, Briancon S, Frimat L, Hanesse B, Kessler M. Effect of end-stage renal disease on the quality of life of older patients. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:229-33.

Mallis D, Moysidis K, Nakopoulou E, Papaharitou S, Hatzimouratidis K, Hatzichristou D. Psychiatric morbidity is frequently undetected in patients with erectile dysfunction. *J Urol*. 2005;174:1913-6.

Martins MRI, Cesarino CB. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2005;13:670-6.

Martin-Díaz F, Reig-Ferrer A, Ferrer-Cascales R. Función sexual y calidad de vida em pacientes varones de hemodiálisis. *Nefrologia* 2006;26:452-60.

Merkus MP, Jager KJ, Dekker FW, Boeschoten EW, Stevens P, Krediet RT. Quality of life in patients on chronic dialysis: Self-assessment 3 months after the start of treatment. 1997;29:584-92.

Mingardi G, Cornalba L, Cortinovis E, Ruggiata R, Mosconi P, Apolone G. Health-related quality of life in dialysis patients. A report from an Italian study using the SF-36 Health Survey. *Nephrol Dial Transplant* 1999;14:1503-10.

Moreno RA, Moreno DH. Escalas de depressão de Montgomery & Åsberg (MADRS) e de Hamilton (HAM-D). *Rev Psiqu Clin* 1998;25 (versão eletrônica).

Disponível em <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r255/depre255d.htm>. Acesso em: 05/09/2006.

Murray CLJ, Lopez AD. The Global Burden of Disease. World Health Organization Harvard University Press. Cambridge, Mass., 1996.

O'Donnel K, Cung JY. The diagnosis of major depression in end-stage renal disease. *Psychoter Psychosom* 1997;66:38-43.

Ohri-Vachaspati P, Sehgal AR. Quality of life implications of inadequate protein nutrition among hemodialysis patients. *J Ren Nutr* 1999;9:9-13.

Palmer BF. Sexual dysfunction in uremia. *Journal of American Soc.Nephrol* 1999; 10: 1381-1388.

Peng YS, Chiang CK, Hung KY, Chiang SS, Lu CS, Yang CS, Wu KD, Yang CC, Lin RP, Chang CJ, Tsi TJ, Chen WY. The association of higher depressive symptoms and sexual dysfunction in male haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* nov (2006) 1 of 5

Procci WR, Goldstel DA, Adissein J, Masry SG: Sexual dysfunction in the patient with uremia. A reappraisal *Kidney Int.* 1981; 19: 317-321.

Rebollo P, Bobes J, González MP, Saiz P, Ortega F. Factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes en terapia renal sustitutiva (TRS). *Nefrologia* 2000;20:171-81.

Riela MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos, 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

Rodin GM. Renal dialysis and the liaison psychiatrist. Can J Psychiatry 1980; 25:474-7.

Romão Jr JE. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. J Bras Nefrol 2004;26 (supl 1):1-3.

Rosas SE, Joffe M, Franklin E, Prevalence and determinants of erectile dysfunction in hemodialysis patients. Kidney Int. 2001; 59: 2259-2266.

Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assesement of erectile dysfunction. Urology 1997;49;822-30.

Santos, PR Associação de qualidade de vida com hospitalização e óbito em pacientes portadores de doença renal crônica em hemodiálise. Jornal Brasileiro de Nefrologia 2005; 27(4): 184-195

Santos PR, Coelho,MR, Gomes NP, Josué,CEP. Associação de indicadores nutricionais com qualidade de vida em pacientes portadores de doença renal crônica em hemodiálise. Jornal Brasileiro de Nefrologia 2006; 28 (2) : 57-64.

Seidman SN, Roose SP, Menza MA, Shabsigh R, Rosen R. Treatment of erectile dysfunction in men with depressive symptoms: results of a placebo-controlled trial with sildenafil citrate. *Am J Psychiatry* 2001;158:1623-30.

Schleicher MM, Moura FJD, Diniz EGTB, Schleicher CC, Rosa TT, Dórea JG, Veiga JPR. Serum zinc and hormonal profile in male dialysis patients receiving human recombinant erythropoietin. *J Bras Patol Med Lab* 2005; 41:237-42.

Sensky T. Psychosomatic aspects of end-stage renal failure. *Psychoter Psychosom* 1993; 59:56-68.

Sesso R, Rodrigues-Neto JF, Ferraz MB. Impact of socioeconomic status on the quality of life of ESRD patients. *Am J Kidney Dis* 2003;41:186-95.

Shidler NR, Peterson PA, Kimmel PL. Quality of life and psychosocial relationship in patients with chronic renal insufficiency. *Am J Kidney Dis* 1998;32:557-66.

Smith MD, Hong BA, Robson AM. Diagnosis of depression in patients with end-stage renal disease. *Am J Med* 1985;79:160-6.

Snaith P. What do depression rating scales measure? *Br J Psychiatry* 1993;163:293-8.

Steele TE, Wuerth D, Finkelstein S, Juergensen D, Juergensen P, Kliger AS, Finkelstein FO. Sexual experience of the chronic peritoneal dialysis patient. *Journal American Soc Nephrol* 1996; 1165-1168

Türk S, Karalezli G, Tonbul HZ, Yildiz M, Altintepe L, Yildiz A, Yeksan M. Erectile dysfunction and effects of sildenafil treatment in patients on haemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Nephrol Dial Transplant* 2001;16:1818-22.

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

Vázquez I, Valderrábano F, Fort J, Jofré R, López-Gómez JM, Moreno F, Sanz-Guajardo D, and on behalf of the Spanish Cooperative Renal Patients Quality of Life Study Group. Psychosocial factors and health-related quality of life in hemodialysis patients. *Qual Life Res* 2005;14:179-90.

Viljoen M, van Rensburg BW, van der Merwe J, Smit A, Steyn ME, Vermaak WJ. Depression and hormonal disturbances in chronic renal failure. *Clin Nephrol* 1993;39:114-5.

Unruh MI, Hartunian MG, Chapman NM, Jaber BL. Sleep quality and clinical correlates in patients on maintenance dialysis. *Clin Nephrol* 2003;59:280-8

Weisbord SD, Fried LF, Arnold RM, Fine MJ, Levenson DJ, Peterson RA, Switzer GE. Prevalence, severity, and importance of physical and emotional

symptoms in chronic hemodialysis patients. J m Soc Nephrol 2005 16: 2487-2494,.

Yassumoto G, Bezerra CS, Facio Jr. FN, Azoubel R. Avaliação da função erétil e da qualidade de vida sexual em pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento dialítico no Hospital de Base de São José do Rio Preto – FAMERP. Arq Ciênc Saúde 2004 abr-jun; 11(2):x-x

**ANEXO I - Escala de Hamilton com guia de entrevista
estruturada para a escala**

Anexo
Guia da Entrevista Estruturada para Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton Structured
Interview Guide For The Hamilton Depression Rating Scale (Sigh-D)

Entrevistador:

A primeira questão para cada item deve ser feita exatamente como está escrita. Frequentemente essa pergunta irá extrair informações sobre a gravidade e a frequência de um sintoma, suficientes para se avaliar o item com segurança. Questões adicionais são fornecidas, todavia, caso seja necessário maior exploração ou clarificação de um sintoma. As questões especificadas devem ser usadas até haver informação suficiente para se avaliar o item com segurança. Em alguns casos, você pode ter de adicionar suas próprias perguntas para obter as informações necessárias.

Notas:

Período de tempo:

Embora as perguntas indiquem que as avaliações devem se basear nas condições do paciente na última semana, alguns investigadores podem desejar, como uma medida de mudança, basear suas avaliações nos últimos dois ou três dias; desse modo, as perguntas devem ser precedidas por "Nos últimos dois dias...".

Item perda de peso:

Recomenda-se que este item seja avaliado positivamente sempre que o paciente tenha perdido peso em relação ao seu peso habitual (i.e., antes do episódio depressivo atual), a não ser que ele tenha começado a readquirir o peso perdido. No entanto, uma vez que o paciente comece a ganhar peso, mesmo que ainda esteja abaixo de seu peso habitual, ele não deve ser avaliado positivamente nesse item.

Referente ao funcionamento habitual:

Muitas das perguntas da entrevista referem-se ao funcionamento habitual do paciente. Em alguns casos quando, por exemplo, o paciente apresenta distímia ou transtorno afetivo sazonal, o referencial deve ser a última vez em que esteve bem (ou seja, nem deprimido, nem eufórico) por pelo menos algumas semanas.

Guia da entrevista estruturada para a escala de avaliação de depressão de Hamilton

Nome do paciente: _____

Entrevistador: _____

Data: ____/____/____

Introdução:

Gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a última semana. Como você tem se sentido desde a última (dia da semana)? Se paciente ambulatorial: Você tem trabalhado? Se não: Especifique por que não?

1. Como tem estado seu humor na última semana?

Você tem se sentido para baixo ou deprimido?

Triste? Sem esperança?

Na última semana, com que frequência você se sentiu (utilize a palavra referida pelo paciente)? Todos os dias? O dia inteiro?

Você tem chorado?

Humor depressivo (tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)

0- ausente

1- sentimentos relatados somente se perguntados

2- sentimentos relatados espontaneamente, com palavras

3- comunica os sentimentos não com palavras, mas com expressão facial, postura, voz e tendência ao choro

4- o paciente comunica quase que exclusivamente esses sentimentos, tanto em seu relato verbal como na comunicação não-verbal

Se pontuou de 1 a 4, pergunte: Há quanto tempo você tem se sentido desta maneira?

2. Você tem se sentido especialmente autocrítico nesta última semana, sentindo que fez coisas erradas ou decepcionou outras pessoas?

SE SIM: quais foram esses pensamentos?

Você tem se sentido culpado em relação a coisas que fez ou não fez?

Você tem pensado que, de alguma forma, você é responsável pela sua depressão?

Você sente que está sendo punido ficando doente?

Sentimentos de culpa:

0- ausente

1- auto-recriminação, acha que decepcionou outras pessoas

2- idéias de culpa ou ruminções de erros ou ações pecaminosas (más) no passado

3- paciente acha que a doença atual é uma punição (castigo). Delírio de culpa

4- ouve vezes que o acusam ou denunciam e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras

3. Nessa última semana, você teve pensamentos de que não vale a pena viver ou que você estaria melhor morto? ou pensamentos de se machucar ou até de se matar?

SE SIM: o que você tem pensado sobre isso? Você já se machucou?

Suicídio:

0- ausente

1- acha que não vale a pena viver

2- deseja estar morto ou pensa em uma possível morte para si

3- idéias ou atitudes suicidas

4- tentativas de suicídio

4. Como tem sido seu sono na última semana?

Você teve alguma dificuldade em iniciar o sono? Após se deitar, quanto tempo leva para conseguir dormir?

Em quantas noites nesta última semana você teve problemas para iniciar o sono?

Insônia inicial:

- 0- sem dificuldades para iniciar o sono
 - 1- queixa de dificuldade ocasional para iniciar o sono, ou seja, mais que meia hora
 - 2- queixa de dificuldade para iniciar o sono todas as noites
-

5. Durante essa última semana, você tem acordado no meio da noite?
SE SIM: você sai da cama? o que você faz? (somente vai ao banheiro?)
Quando volta para a cama, você volta a dormir logo?
Você sente que seu sono é agitado ou perturbado em algumas noites?

Insônia intermediária:

- 0- sem dificuldade
 - 1- queixa de agitação e perturbação durante a noite
 - 2- acorda durante a noite – qualquer saída da cama (exceto por motivos de necessidade fisiológica)
-

6. A que horas você tem acordado pela manhã na última semana?
Se cedo: acorda com despertador ou sozinho? A que horas você normalmente acordava (ou seja, antes de ficar deprimido)?

Insônia tardia:

- 0- sem dificuldade
 - 1- acorda durante a madrugada, mas volta a dormir
 - 2- não consegue voltar a dormir se levantar da cama durante a noite
-

7. Como você tem passado seu tempo na última semana (quando não está no trabalho)?
Você se sente interessado em fazer (essas atividades) ou você tem de se forçar?
Você parou de fazer atividades que costumava fazer? SE SIM: Por quê?
Há alguma coisa que você aguarda ansiosamente?
(no seguimento): Seu interesse voltou ao normal?

Trabalho e atividades:

- 0- sem dificuldades
- 1- pensamentos e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza, relacionados a atividades, trabalho ou passatempos
- 2- perda de interesse em atividades, passatempos ou trabalho, quer relatado diretamente pelo paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão ou vacilação (sente que precisa se esforçar para o trabalho ou outras atividades)
- 3- diminuição no tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, o paciente ocupa-se por menos de três horas por dia em atividades (trabalho hospitalar ou passatempos) com exceção das tarefas rotineiras da enfermagem
- 4- parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, sem atividades, com exceção das tarefas rotineiras da enfermagem, ou se não consegue realizá-las sem ajuda

8. Avaliação baseada na observação durante a entrevista:

Retardo (lentificação do pensamento e da fala, dificuldade de concentração, diminuição da atividade motora):

- 0 pensamentos e fala normais
- 1 lentificação discreta à entrevista
- 2 lentificação óbvia durante a entrevista
- 3 entrevista difícil
- 4 estupor completo

9. Avaliação baseada na observação durante a entrevista:

Agitação:

- 0 nenhuma
- 1 inquietação
- 2 mexe as mãos, cabelos etc.
- 3 movimenta-se bastante, não consegue permanecer sentado durante a entrevista
- 4 retorce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios

10. Você tem se sentido especialmente tenso ou irritado nesta última semana?

Você tem estado preocupado com coisas pouco importantes com as quais normalmente não se preocuparia? SE SIM: Como com o quê, por exemplo?

Ansiedade psíquica:

- 0 sem dificuldade
- 1 tensão e irritabilidade subjetivas
- 2 preocupa-se com trivialidades
- 3 atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala
- 4 paciente expressa medo sem ser perguntado

11. Na última semana, você sofreu de alguns dos seguintes sintomas físicos?

Leia a lista, parando após cada sintoma para resposta.

O quanto esses sintomas o incomodaram na última semana? Quão intensos foram? Quanto tempo ou com que frequência os teve?

Nota: não considerar se claramente relacionados à medicação (por exemplo, boca seca e imipramina)

Ansiedade - somática:

Concomitantes fisiológicos da ansiedade, como:

GI: boca seca, flatulência, indigestão, diarreias, cólicas, eructações
CV: palpitação, cefaléias
Respiratórios: hiperventilação, suspiros
Ter de urinar frequentemente
Sudorese

0 ausente

1 duvidoso ou trivial: sintomas menores, relatados quando questionados

2 leve: paciente descreve espontaneamente os sintomas, que não são acentuados ou incapacitantes

3 moderado: mais do que 2 sintomas e com maior frequência. São acompanhados de estresse subjetivo e prejudicam o funcionamento normal

4 grave: numerosos sintomas, persistentes e incapacitantes na maior parte do tempo, ou ataques de pânico quase diariamente

12. Como tem estado seu apetite nesta última semana? (Como se compara ao seu apetite habitual?)

Você tem tido que se força a comer?

As outras pessoas têm insistir para você comer?

Sintomas gastrointestinais – somáticos:

0 nenhum

1 perda de apetite, mas come sem necessidade de insistência

2 dificuldade para comer se não insistirem

13. Como tem estado sua "energia" nesta última semana?

Você se sente cansado o tempo todo?

Nesta última semana, você teve dor nas costas, dor de cabeça ou dor muscular?

Nesta última semana, você tem sentido um peso nos membros, nas costas ou na cabeça?

Sintomas somáticos gerais:

0 nenhum

1 peso em membros, costas ou cabeça; dor nas costas, na cabeça ou nos músculos. Perda de energia e fadigabilidade

2 qualquer sintoma bem caracterizado e nítido

14. Como tem estado seu interesse por sexo nesta semana? (não estou lhe perguntando sobre seu desempenho, mas sobre seu interesse por sexo- o quanto você tem pensado nisso?)

Houve alguma mudança em seu interesse por sexo (em relação à época em que você não estava deprimido)?

Isso é algo em que você tem pensado muito? Se não: isso é pouco habitual para você?

Sintomas Genitais – (como perda de libido, distúrbios menstruais):

0 ausentes

1 leves ou infrequentes: perda de libido, desempenho sexual prejudicado

2 óbvio e graves: perda completa do interesse sexual

15. Na última semana, o quanto seus pensamentos têm focalizado na sua saúde física ou no funcionamento de seu corpo (comparado ao seu pensamento habitual)

Você se queixa muito de sintomas físicos?

Você tem-se deparado com situações em que você pede ajuda para fazer coisas que poderia fazer sozinho?

SE SIM: Como o quê, por exemplo? Com que frequência isso tem ocorrido?

Hipocondria:

0 ausente

1 auto-observação aumentada (com relação ao corpo)

2 preocupação com a saúde

3 queixas freqüentes, pedidos de ajuda etc.

4 delírios hipocondríacos

16. Você perdeu algum peso desde que essa (DEPRESSÃO) começou? SE SIM: Quanto?

SE INCERTO: Você acha que suas roupas estão mais folgadas?

No Seguimento: Você voltou a ganhar peso?

Perda de Peso (desde o início da doença ou da última avaliação)

0 sem perda de peso ou perda de peso NÃO causada pela doença atual

1 perda de peso provavelmente causada pela doença atual. Perda de menos de meio quilo

2 perda de peso definitivamente causada pela doença atual. Perda de meio quilo ou mais

17. Avaliação baseada na observação

Crítica (Conseqüência da doença):

0 reconhece estar deprimido e doente OU não estar deprimido no momento

1 reconhece estar, mas atribui a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a um vírus, à necessidade de descanso etc.

2 nega estar doente

Score total HAM-D – 17 itens

18. Nesta última semana você se sentiu melhor ou pior em algum período específico do dia – manhã ou noite?

SE VARIAÇÃO: Quanto pior você se sente (de MANHÃ OU de NOITE)?

SE INDECISO: Um pouco pior ou muito pior?

Variação Diurna:

A. Anote se os sintomas são piores de manhã ou à noite. SE NÃO HOUVER variação diurna, marque nenhuma:

Sem variação ou não deprimido no momento

pior pela manhã

pior a tarde/à noite

B. Quando presente, anote a gravidade da variação:

0 nenhuma

1 leve

2 grave

Nota: Caso haja variação diurna, só a contagem referente à sua gravidade (1 ou 2 pontos no item 18 B) é que deve ser incluída na contagem final. O item 18 A não deve ser computado.

19. Na última semana você teve subitamente a sensação de que tudo é irreal, ou que você está em um sonho, ou separado do contato com as outras pessoas de uma maneira estranha?

Alguma sensação de flutuação?

SE SIM: Quão ruim isso tem sido? Quantas vezes isso aconteceu nesta : última semana?

Despersonalização e Desrealização (como sensação de irrealidade a idéias nihilistas)

0- ausentes

1 leves

2 moderadas

3 graves

4 incapacitantes

20. Na última semana você sentiu que alguém tentou o prejudicar ou machucar?

SE NÃO: e sobre alguém falando de você pelas costas?

SE SIM: fale mais sobre isso

Sintomas Paranóides:

0 nenhum

1 desconfiado

2 idéias de referência

3 delírios de referência e perseguição

21. Na última semana, você teve fazer alguma coisa várias vezes? Houve algo que você teve de fazer e refazer várias vezes, como checar se as portas estavam fechadas?

SE SIM: você pode me dar um exemplo?

Você teve algum pensamento que não faz sentido para você, mas que fica voltando à sua

cabeça sempre sem parar?
SE SIM: você pode me dar um exemplo?

Sintomas Obsessivos e Compulsivos:

- 0 nenhum
 - 1 leves
 - 2 graves
-

Escore total HAM-D – 21 itens

22. Retornando ao seu padrão de sono, você tem ido se deitar e adormecido mais cedo que o habitual?
Pelo menos uma hora mais cedo?
Em quantas noites nesta semana isso aconteceu?

Hipersônia – Adormecer Precoce:

- 0 não
 - 1 leve, infrequente – menos do que uma hora
 - 2 óbvia, definida – mais que 60 minutos mais cedo, todas as noites
-

23. Você tem dormido em excesso, ficando na cama além de sua hora habitual de levantar?
Por quantas horas? Quantas vezes isso aconteceu na última semana?

Hipersônia – dormir mais que o habitual:

- 0 não
 - 1 leve, infrequente – menos do que uma hora
 - 2 óbvia/ definida – dorme em excesso por mais do que uma hora, na maioria dos dias
-

24. Você tem dormido durante o dia? Seu cochilo dura mais do que 30 minutos? Em quantos dias desta semana você dormiu durante o dia?

Hipersônia – Cochilos:

- 0 ausentes
- 1 leve, infrequente – cochilos duram menos do que 30 minutos, ou relata sonolência diurna excessiva
- 2 óbvia/ definida – sonecas duram mais do que 30 minutos na maioria dos dias

-
25. Retornando ao seu apetite, você tem notado que tem desejado comer mais do que o habitual nesta última semana?
Você teve fissura por comida?
Você tem aumentado significativamente a quantidade do que come?

Aumento de Apetite (Mudança no apetite caracterizada por aumento na quantidade de comida ingerida, ou fissura excessiva):

- 0 ausente
1 mínimo – aumento leve de apetite; fissura por comida
2 definido – aumento acentuado de ingestão de comida, ou fissura

-
26. Você ganhou peso durante a última semana?
Você ganhou 1 kg ou mais nesta semana?
2,5 kg nas duas últimas semanas?

Ganho de peso:

- 0 ausente
1 duvidoso/mínimo – menos do que 0,5 kg
2 óbvio – ganho de peso de 0,5 kg ou mais

-
27. Observações e relato:
Você tem dificuldade de começar tarefas ou de fazer coisas que você fazia habitualmente no curso do dia? E fazer esta entrevista?

Retardo Psíquico: (Lentificação na fala e no processo de pensamento; descreve inibição da vontade ou sensação de que os processos de pensamento estão paralisados. Avalie com base na observação e na autodescrição, mas diferencie de um real retardo motor.)

- 0- ausente
1- leve; discreto retardo na fala e no processo de pensamento
2 moderado – demora para responder às questões, descreve inibição de volição
3 grave – retardo na fala e no processo de pensamento suficiente para prolongar significativamente a entrevista
4 extremo (1/2)/ excessivo; quase em mutismo, minimamente responsivo

-
28. Retardo de movimento e de expressão afetiva. Avalie com base na observação e na autodescrição, mas diferencie de retardo de pensamento ou de fala.

Retardo Motor:

- 0 ausente
1 leve – discreto achatamento do afeto, expressão fixa
2 moderado – voz monótona e diminuição de movimentos espontâneos
3 grave – óbvio retardo de movimento, marcha; afeto embotado
4 extremo – em estupor; retardo motor acentuado observado na marcha e na postura

29. Na última semana você se sentiu desamparado para fazer coisas que você faz habitualmente, incapaz de completar suas tarefas, incluindo vestir-se, comer, arrumar-se? Você precisou de ajuda para alguma dessas coisas?

Desamparo:

- 0 ausente
- 1 sentimentos subjetivos extraídos apenas pela entrevista
- 2 paciente relata espontaneamente sentimentos de desamparo
- 3 necessita de insistência, orientação e reassuramento para completar tarefas
- 4 requer assistência para se vestir, comer, ou realizar higiene pessoal

30. Durante a última semana, você tem tido esperança de que vai melhorar? Você está se sentindo desencorajado, em desespero, pessimista quanto ao futuro?

Desesperança:

- 0 ausente
- 1 dúvida intermitentemente de que "as coisas irão melhorar", mas pode ser reassurado
- 2 consistentemente se sente desesperado, mas aceita reassuramentos
- 3 expressa sentimentos de desencorajamento, desespero, pessimismo quanto ao futuro, que não podem ser desfeitos
- 4 espontânea e inapropriadamente persevera "nunca VOU melhorar" ou equivalente

31. Durante a última semana, você se sentiu como se fosse inútil, ruim ou inferior? Você já teve sentimentos ruins sobre você mais fortes que isso?

Baixa AUTO-estima:

- 0 ausente
- 1 indica sentimentos de inutilidade (perda da auto-estima) apenas quando perguntado
- 2 paciente indica espontaneamente sentimentos de inutilidade
- 3 diferente de (2) acima por grau: paciente relata espontaneamente que é "ruim", "inferior"
- 4 delírios de inutilidade

Adaptado de Williams (1988)

volta ao texto

ANEXO II- KDQOL-SF™

Questionário –Qualidade de Vida

KDQOL- SF™ 1.3 Traduzido para o Português por Priscila Silveira Duarte, 2003 (6)

Sua Saúde
– e –
Bem-Estar

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

Esta é uma pesquisa de opinião sobre sua saúde. Estas informações ajudarão você a avaliar como você se sente e a sua capacidade de realizar suas atividades normais.



Obrigado por completar estas questões!

Kidney Disease and Quality of Life™ Short Form (KDQOL-SF™)

English Version 1.3

Copyright © 1993, 1994, 1995 by RAND and the University of Arizona

Estudo da Qualidade de Vida para Pacientes em Diálise

Qual é o objetivo deste estudo?

Este estudo está sendo realizado por médicos e seus pacientes em diferentes países. O objetivo é avaliar a qualidade de vida em pacientes com doença renal.

O que queremos que você faça?

Para este estudo, nós queremos que você responda questões sobre sua saúde, sobre como se sente e sobre a sua história.

E o sigilo em relação às informações?

Você não precisa identificar-se neste estudo. Suas respostas serão vistas em conjunto com as respostas de outros pacientes. Qualquer informação que permita sua identificação será vista como um dado estritamente confidencial. Além disso, as informações obtidas serão utilizadas apenas para este estudo e não serão liberadas para qualquer outro propósito sem o seu consentimento.

De que forma minha participação neste estudo pode me beneficiar?

As informações que você fornecer vão nos dizer como você se sente em relação ao seu tratamento e permitirão uma maior compreensão sobre os efeitos do tratamento na saúde dos pacientes. Estas informações ajudarão a avaliar o tratamento fornecido.

Eu preciso participar?

Você não é obrigado a responder o questionário e pode recusar-se a fornecer a resposta a qualquer uma das perguntas. Sua decisão em participar (ou não) deste estudo não afetará o tratamento fornecido a você.

Sua Saúde

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.

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

Excelente	Muito Boa	Boa	Regular	Ruim
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

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

Muito melhor agora do que há um ano atrás	Um pouco melhor agora do que há um ano atrás	Aproximadamente igual há um ano atrás	Um pouco pior agora do que há um ano atrás	Muito pior agora do que há um ano atrás
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

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

	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta nada
a <u>Atividades que requerem muito esforço</u> , como corrida, levantar objetos pesados, participar de esportes que requerem muito esforço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c Levantar ou carregar compras de supermercado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d Subir <u>vários</u> lances de escada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e Subir <u>um</u> lance de escada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f Inclinarse, ajoelhar-se, ou curvar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g Caminhar <u>mais do que um quilômetro</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h Caminhar <u>vários quarteirões</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i Caminhar <u>um quarteirão</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j Tomar banho ou vestir-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

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

	Sim	Não
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 para realizar outras atividades (p.ex, precisou fazer mais esforço)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

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

	Sim	Não
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a 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 Trabalhou ou realizou outras atividades com menos <u>atenção do que de costume</u> .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

- g Você se sentiu esgotado (muito cansado)? 1 2 3 4 5 6
- H Você se sentiu uma pessoa feliz? 1 2 3 4 5 6
- i Você se sentiu cansado? 1 2 3 4 5 6

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

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

11. 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"/>				
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Eu me sinto tão saudável quanto qualquer pessoa que conheço	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Acredito que minha saúde vai piorar	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Minha saúde está excelente	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Sua Doença Renal

12. 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	<input type="checkbox"/>				

doença renal interfere demais com a minha vida

1 2 3 4 5

b Muito do meu tempo é gasto com minha doença renal

1 2 3 4 5

c Eu me sinto decepcionado ao lidar com minha doença renal

1 2 3 4 5

d Eu me sinto um peso para minha família

1 2 3 4 5

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

Quanto tempo durante as 4 últimas semanas...

	Nenhum momento	Uma pequena parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma boa parte do tempo	A maior parte do tempo	Todo o tempo
a Você se isolou (se afastou) das pessoas ao seu redor?	<input type="checkbox"/>					
b Você demorou para reagir às coisas que foram ditas ou 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
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
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
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
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

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

Não me incomodei	Fiquei um pouco	Incomodei-me de forma	Muito incomodado	Extremamente incomodado
------------------	-----------------	-----------------------	------------------	-------------------------

		de forma alguma		incomodado		moderada								
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
a	Dores musculares?	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
b	Dor no peito?	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
c	Cãibras?	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
d	Coceira na pele?	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
e	Pele seca?	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
f	Falta de ar?	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
g	Fraqueza ou tontura?	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
h	Falta de apetite?	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
i	Esgotamento (muito cansaço)?	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
j	Dormência nas mãos ou pés?	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
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
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
m	(Somente paciente em diálise peritoneal) Problemas com seu catéter?	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3.....	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5

Efeitos da Doença Renal em Sua Vida Diária

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

Não incomoda nada	Incomoda um pouco	Incomoda de forma moderada	Incomoda muito	Incomoda extremamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- a Limitação de líquido? 1 2 3 4 5
- b Limitação alimentar? 1 2 3 4 5
- c Sua capacidade de trabalhar em casa? 1 2 3 4 5
- d Sua capacidade de viajar? 1 2 3 4 5
- e Depender dos médicos e outros profissionais da saúde? 1 2 3 4 5
- f Estresse ou preocupações causadas pela doença renal? 1 2 3 4 5
- g Sua vida sexual? 1 2 3 4 5
- h Sua aparência pessoal? 1 2 3 4 5

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

16. Você teve alguma atividade sexual nas 4 últimas semanas?
(Circule Um Número)

Não 1 →
Sim 2

Se respondeu não, por favor pule para a Questão 17
--

Nas últimas 4 semanas você teve problema em:

Nenhum problema	Pouco problema	Um problema	Muito problema	Problema enorme
<input type="checkbox"/>				

- a Ter satisfação sexual? 1 2 3 4 5
- b Ficar sexualmente excitado (a)? 1 2 3 4 5

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

Se você acha que seu sono está meio termo entre “muito ruim” e “muito bom,” por favor marque um X abaixo do número 5. Se você acha que seu sono está

em um nível melhor do que 5, marque um X abaixo do 6. Se você acha que seu sono está pior do que 5, marque um X abaixo do 4 (e assim por diante).

Em uma escala de 0 a 10, como você avaliaria seu sono em geral? [Marque um X abaixo do número.]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

22. No geral, como você avaliaria sua saúde?

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

Satisfação Com O Tratamento

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

Muito ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente	O melhor
<input type="checkbox"/>						
<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"/> 7

24. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

ANEXO III – IIEF

Pesquisa de Avaliação do Estado de Humor, da Função Sexual e da Qualidade de Vida em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica.

Índice Internacional de Função Erétil (IIEF)

1) Com que frequência você consegue/ia ter uma ereção durante sua atividade sexual? .

- sem atividade sexual
- quase nunca/nunca
- poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)
- as vezes (cerca de metade das vezes)
- a maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)
- quase sempre/sempre

2) Quando você tem/tinha uma ereção com estímulo sexual, com que frequência essas ereções são/eram suficientes para penetração:

- sem atividade sexual
- quase nunca/nunca
- poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)
- as vezes (cerca de metade das vezes)
- a maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)
- quase sempre/ sempre

3) Quando você tenta/ava uma relação sexual com que frequência consegue/ia penetrar sua parceira:

- não tentei nenhuma relação
- quase nunca/nunca
- poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)
- as vezes (cerca de metade das vezes)
- a maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)
- quase sempre/sempre

4) Durante a relação sexual, com que frequência você consegue/ia manter a ereção após penetrar a parceira:

- não tentei nenhuma relação
- quase nunca/nunca
- poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)
- as vezes (cerca de metade das vezes)
- a maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)
- quase sempre/sempre

5) Durante a relação sexual, com que dificuldade você mantém/tinha a ereção para completar a relação:

- não tentei nenhuma relação
- extremamente difícil
- muito difícil
- difícil
- pouco difícil
- sem dificuldade

6) Em quatro semanas, quantas vezes tem/tinha relação sexual:

- nenhuma tentativa
- uma ou duas vezes
- três ou quatro vezes
- cinco ou sete vezes
- sete a dez vezes
- onze vezes ou mais

7) Quando você tem/tinha uma relação sexual, com que frequência você se satisfaz/ia:

- não tentei nenhuma relação
- quase nunca/nunca
- poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)
- as vezes (cerca de metade das vezes)
- a maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)
- quase *sempre/sempre*

8) Quanto prazer você tem/tinha nas relações sexuais:

- sem relações sexuais
- nenhum prazer
- não muito prazer
- prazeroso
- grande prazer
- muito grande prazer

9) Quando você tem/tinha uma estimulação sexual com que frequência você ejacula/va:

- nenhum estímulo ou relação sexual
- quase nunca/nunca
- poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)
- as vezes (cerca de metade das vezes)
- a maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)
- quase *sempre/sempre*

10) Quando você *tem/tinha* uma estimulação sexual com que frequência você chega/ava ao orgasmo:

- quase nunca/nunca
- poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)
- as vezes (cerca da metade das vezes)
- a maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)
- quase *sempre/sempre*

11) Com que frequência você sente/ia desejo sexual

- quase nunca/nunca
- poucas vezes (muito menos que a metade das vezes)
- as vezes (cerca da metade das vezes)
- a maioria das vezes (muito mais que a metade das vezes)
- quase *sempre/sempre*

12) Como classificaria seu nível de desejo sexual

- muito baixo/quase nenhum
- baixo
- moderado
- alto

() - muito alto

13) Qual é/era o grau de satisfação em relação a sua vida sexual como um todo

() - muito insatisfeito

() - moderadamente insatisfeito

() - mais ou menos igualmente satisfeito e insatisfeito

() - moderadamente satisfeito

() - muito satisfeito

14) Qual é/era o grau de satisfação a respeito do relacionamento sexual com sua parceira:

() - muito insatisfeito

() - moderadamente insatisfeito

() - mais ou menos igualmente satisfeito e insatisfeito

() - moderadamente satisfeito

() - muito satisfeito

15) Qual é/era seu nível de confiança em ter ou manter uma ereção

() - muito baixo/quase nenhum

() - baixo

() - moderado

() - alto

() - muito alto

ESCORES DSO COMPONENTES DA FUNÇÃO SEXUAL CONFORME PERGUNTAS DO QUESTIONÁRIO

DOMÍNIO	PERGUNTAS	INTERVALO DE PONTUAÇÃO	ESCORE MÍNIMO	ESCORE MÁXIMO
Função erétil	1,2,3,4,5 e 15	0 (ou 1) - 5	1	30
Função orgástica	9 e 10	0 - 5	0	10
Função desejo sexual	11 e 12	1 - 5	2	10
Satisfação com a relação sexual	6,7 e 8	0 - 5	0	15
Satisfação com a vida sexual	13 e 14	1 - 5	2	10

Anexo IV - Termo de aprovação



Universidade de Brasília – Faculdade de Medicina
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-FM/UnB
Campus Universitário, Asa Norte – CEP 70910-900 – Brasília, DF
Telefone: (61) 307-2520

ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do projeto: **CEP-FM 046/2004**

Título: **“Avaliação da qualidade de vida, disfunção sexual e estado de humor em pacientes com insuficiência renal terminal submetidos a hemodiálise”**

Pesquisador responsável: **Joel Paulo Russomano Veiga**

Documentos analisados: **Folha de rosto, carta de encaminhamento, declaração de responsabilidade, protocolo de pesquisa, termo de consentimento livre e esclarecido, cronograma, bibliografia pertinente e currículo do pesquisador**

Data de entrada: **13/09/2004**

Proposição do(a) Relator(a):

- Aprovação**
 Aprovação com pendências
 Não aprovação

Data da primeira análise pelo CEP-FM/UnB: **29/09/2004**

Data do parecer final do projeto pelo CEP-FM/UnB: **22/01/2005**

PARECER

Com base na Resolução CNS/MS n.º 196/96, que regulamenta a matéria, o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, a Coordenação do CEP-FM decidiu **APROVAR “ad referendum”**, de acordo com o parecer do(a) Relator(a), o projeto de pesquisa acima especificado, quanto aos seus aspectos éticos.

Observação:

- 1 - Modificações no protocolo devem ser submetidas ao CEP, assim como a notificação imediata de eventos adversos graves.
- 2 - O(s) pesquisador(es) deve(m) apresentar relatórios periódicos do andamento da pesquisa ao CEP-FM.

Brasília-DF, 28 de janeiro de 2005.

Dr.ª Elaine Maria de Oliveira Alves
Coordenadora do CEP-FM/UnB

Anexo V - Termo de consentimento

Termo de Consentimento

Eu, anos

abaixo assinado, declaro ter lido ou ouvido o presente documento, e compreendido o seu significado, que informa o seguinte:

1. Estou participando de minha livre vontade, de uma pesquisa sobre a "avaliação da qualidade de vida, disfunção sexual e estado de humor de homens com insuficiência renal crônica, submetidos ao tratamento de hemodiálise crônica, que consiste em responder 03 (três) questionários em anexo que estão sendo aplicados".
2. Fui esclarecido que posso livremente recusar participar do projeto ou recusar continuar participando do mesmo a qualquer momento, bastando comunicar meu desejo aos pesquisadores responsáveis
3. Estou ciente de que haverá sigilo absoluto com relação a identificação do meu nome quando da publicação dos resultados
4. Posteriormente, se eu desejar, poderei ser informado sobre os resultados dos questionários que respondi.
5. Em virtude de considerar claras e satisfatórias as informações acima expostas, voluntariamente aceito submeter-me a tal pesquisa.

Brasília: de de 200....

Nome:

Assinatura:

Pesquisador:

Testemunha:

Com cópia para o voluntário

**Anexo VI – Amostra da Pesquisa Alteração do Humor,
Função Sexual e Qualidade de Vida em Pacientes com
Insuficiência Renal Crônica em Hemodiálise.**

Alteração do Humor, Função Sexual e Qualidade de Vida em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica em Hemodiálise										
ID	Iniciais	Idade	Serviço	Cidade	Diagnóstico	htc	hb	alb	Ferritina	ktv
1	TA	21	HUB	Brasília	Hipertensão	32,9	10,8	4,4	885	1,2
2	LSF	42	HUB	Brasília	Hipertensão	32	10,4	4,5	744	1,2
3	PAS	26	HUB	Brasília	Hipertensão	34,2	10,9	4,5	842	1,2
4	ASS	35	HUB	Brasília	Hipertensão	29,6	8,4	4,2	965	1,2
5	ANS	34	HUB	Brasília	Hipertensão	23,1	7,8	4,2	1236	1,2
6	MS	39	HUB	Brasília	Hipertensão	31,6	10,6	4,2	601	1
7	JSS	54	NEPHRON	Brasília	Pielonefrite crônica	28	9,5	0	0	0,83
8	IT	55	NEPHRON	Brasília	Diabetes	35	12	0	0	1,2
9	PVS	27	NEPHRON	Brasília	Hipertensão + nefrite pós-estrepto	29	9	0	0	1,2
10	FLL	40	NEPHRON	Gama	Hipertensão e diabetes	35	9	3,4	603	1,2
11	HOG	37	NEPHRON	Gama	Pielonefrite Crônica	35,2		3,7	81,1	1,16
12	ABS	47	NEPHRON	Gama	Hipertensão	37,7	12,5	0	0	1,6
13	JFS	26	NEPHRON	Gama	Hipertensão	31	10,4	3,9	821	1,47
14	AAFN	27	NEPHRON	Gama	Glomerulo nefrite crônica + hipertensão	30	0	4,4	424	1,24
15	PRL	48	HUB	Brasília	Hipertensão	28	9,5	3,8	376	0,94
16	LEA	37	NEPHRON	Gama	Pielonefrite crônica	29	9	3,6	767	1
17	CSI	46	HUB	Brasília	Glomerulo nefrite crônica+hipertensão	39	12,5	4,2	367	1,42
18	ETP	33	HUB	Brasília	Diabetes	37,8	12,6	3,2	355	1,38
19	JMS	45	IDR	Samambaia	Hipertensão	40,9	13,5	3	213	1,26
20	AFS	45	IDR	Samambaia	Hipertensão	34,2	11,2	3,8	80	0,868
21	RJM	51	IDR	Samambaia	Hipertensão +	36,4	12,1	3	339	1,262

Alteração do Humor, Função Sexual e Qualidade de Vida em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica em Hemodiálise										
ID	Iniciais	Idade	Serviço	Cidade	Diagnóstico	htc	hb	alb	Ferritina	ktv
					diabetes					
22	AMB	27	IDR	Samambaia	Hipertensão	27,5	8,8	3,4	193,4	1,25
23	DCD	49	IDR	Samambaia	Hipertensão e diabetes	30	9,9	3,1	272	2,019
24	EAD	41	IDR	Samambaia	Hipertensão	41,7	13,6	3,8	127	1,62
25	ECG	34	IDR	Samambaia	Hipertensão	20,2	5,8	3,6	109	1,27
26	FBS	38	IDR	Samambaia	Hipertensão	32,2	10,3	3,9	320,8	1,33
27	DSP	40	IDR	Samambaia	Hipertensão	33,4	11,4	4,2	627,9	0,94
28	WP	37	IDR	Samambaia	Hipertensão	36	12,3	0	0	1
29	LCSS	37	IDR	Samambaia	Lupus Eritematoso Sistêmico	23,7	7,9	2,6	104	1
30	LN	32	IDR	Samambaia	Hipertensão + válvula uretra posterior	32,5	11,7	4,4	209,7	1,15
31	JBN	40	NEPHRON	Taguatinga	Glomerulo Nefrite Crônica	40,7	13,6	4,5	35	1,3
32	CMS	26	NEPHRON	Taguatinga	Hipertensão	36	12	322	4,5	1,2
33	RVB	49	NEPHRON	Taguatinga	Hipertensão	32,8	11	4,5	288	1,32
34	CCT	37	NEPHRON	Taguatinga	Hipertensão (Nefropatia hipert.)	33,7	10,7	4,4	322	1,13
35	SJS	35	NEPHRON	Taguatinga	Hipertensão (Nefroesclerose)	34,5	11,6	4,2	614	1,2
36	MNS	52	NEPHRON	Taguatinga	Hipertensão	35,4	11,9	4	360	1
37	MRM	37	NEPHRON	Taguatinga	Diabetes	35,4	11,7	4,7	380	1,2
38	FCB	36	NEPHRON	Taguatinga	Hipertensão	34,3	11,4	4	223	1,35
39	ACR	52	NEPHRON	Taguatinga	Glomerulopatia crônica	34,2	11,3	0	1662	1,31

Alteração do Humor, Função Sexual e Qualidade de Vida em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica em Hemodiálise										
ID	Iniciais	Idade	Serviço	Cidade	Diagnóstico	htc	hb	alb	Ferritina	ktv
40	FPF	33	NEPHRON	Taguatinga	Hipertensão	39,5	12,9	0	1584	0,61
41	EGA	55	NEPHRON	Taguatinga	Diabetes e Hipertensão	54	17,5	0	995	0,71
42	ALS	32	NEPHRON	Taguatinga	Glomerulo nefrite crônica	34,4	10,9	0	869	1,14
43	AL	47	NEPHRON	Taguatinga	Doença renal policística	37,9	12,3	0	653	1,2
44	JSP	51	NEPHRON	Taguatinga	Glomerulo nefrite crônica/IRCT	23,6	7,7	0	712	1,2
45	ASF	50	NEPHRON	Taguatinga	Hipertensão	30,7	10,3	0	535	1,2
46	FCN	43	IDR	Samambaia	Hipertensão	25,5	8,5	4,8	50	2,2
47	ASA	31	IDR	Samambaia	Hipertensão	17,7	5,8	3,5	18	1,2

Tabela II - Pacientes da Amostra da Pesquisa Alteração do Humor, Função Sexual e Qualidade de Vida em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica em Hemodiálise

**ANEXO VII - Formulário de dados de exames dos
pacientes da amostra**

ID

Anexo

I. Identificação

Nome:

Data de Nascimento:

Sexo

1 - Masculino 2 - Feminino

Raça

1 - Negra 2 - Branca 3 - Parda

Naturalidade:

Profissão:

Estado Civil:

1 - Casado 2 - Solteiro 3 - Viúvo 4 - Divorciado 5 - Outros

Residente:

Procedência:

Telefones para contato:

Celular:

II. Antecedentes

1. Pessoais:

■ Uso de Fármacos:

Citrato de Sildenafil (Viagra):

1 - Sim 2 - Não

Bloqueadores:

1 - Sim 2 - Não

Propranolol:

1 - Sim 2 - Não

Bloqueadores de Canais de Cálcio:

1 - Sim 2 - Não

Simpaticolíticos (α-Metil Dopa, Clonidina...):

1 - Sim 2 - Não

Vasodilatadores (Hidralazina, Minoxidil):

1 - Sim 2 - Não

Anticonvulsivantes (Diazepam, Fenitoína, Carbapazepina):

1 - Sim 2 - Não

Antidepressivos (Amitríptilina...):

1 - Sim 2 - Não

Antiarrítmicos:

1 - Sim 2 - Não

Se sim, quais:

Eritropoetina:

1 - Sim 2 - Não

Acetato de Ca⁺⁺:

1 - Sim 2 - Não

Ácido Fólico:

1 - Sim 2 - Não

Hidróxido de alumínio:

1 - Sim 2 - Não

Dose:

Outros: 1 - Sim 2 - Não

Quais: _____

■ **Uso de Drogas Lícitas:**

Etilismo:

Atualmente: 1 - Sim 2 - Não

Associado ao tabagismo? 1 - Sim 2 - Não

No passado: 1 - Sim 2 - Não

Associado ao tabagismo? 1 - Sim 2 - Não

Tempo: _____ Quantidade: _____

■ **Uso de Drogas Ilícitas:**

Atualmente: 1 - Sim 2 - Não

Associado ao tabagismo? 1 - Sim 2 - Não

No passado: 1 - Sim 2 - Não

Associado ao tabagismo? 1 - Sim 2 - Não

Tempo: _____ Quantidade: _____ Qual(is): _____

■ **Sexualidade:**

Disfunção Eretil (Impotência) - Completa:

1 - Sim 2 - Não

Disfunção Eretil (Impotência) - Incompleta:

1 - Sim 2 - Não

2. Patológicos:

Depressão:

1 - Sim 2 - Não

Diabetes:

1 - Sim 2 - Não

Hipertensão:

1 - Sim 2 - Não

Doenças Neurológicas:

1 - Sim 2 - Não

Anemia:

1 - Sim 2 - Não

Hemoglobinopatia:

1 - Sim 2 - Não

Infecção:

1 - Sim 2 - Não

Qual(is): _____

ICC:

1 - Sim 2 - Não

Doença Reumatológica (Lúpus, gota...):

1 - Sim 2 - Não

Fraqueza Muscular:

1 - Sim 2 - Não

Osteodistrofia Renal:

1 - Sim 2 - Não

Alterações Gonadais:

1 - Sim 2 - Não

Hepatite:

1 - Sim 2 - Não

Tuberculose:

1 - Sim 2 - Não

Esquistossomose:

1 - Sim 2 - Não

DST:

1 - Sim 2 - Não

III. Exames

Htc: % Hb: g/dl Uréia Pré: mg/dl Uréia Pós: mg/dl Creatinina: mg/dl
Ca⁺⁺: mEq/l Na⁺: mEq/l K⁺: mEq/l Colesterol Total: mg/dl LDL: mEq/l HDL: mEq/l
VLDL: mEq/l Triglicerídeos: mEq/l Glicose: mg/dl Fósforo: mg/dl TGO: mg/dl
Fe (1 leva a insuficiência gonadal, níveis reduzidos de testosterona): mg/dl Ferritina: g/l
PCR:
ECG:
Ecocardiografia:
Fração de ejeção:
Testosterona Livre: mg/dl
Prolactina:

IV. Estado Nutricional

Albumina Sérica: g/dl Peso: kg Altura: cm IMC: Kg/m² Circunferência Braquial: cm
Gordura Abdominal:
Eutrófico:

V. Adequação em Diálise

PA: x mmHg PA média: x mmHg
Peso Seco: kg Média de ganho de peso Interdialítico : Kgs

Tempo de Diálise:

- 6-11 Meses 1 Ano 1-2 Anos 3-5 Anos 5-10 Anos > 10 Anos

Tipo de Diálise:

Intensidade da Diálise:

- ≤ 2 Horas 3 Horas 4 Horas ≥ 4 Horas

Frequência Semanal:

- ≤ 2xs 3xs ≥ 4xs

Quantidade de Diálise:

- Ktv<1 Ktv 1,2 Ktv>1,2

Tipo de Membrana:

Acesso dialítico:

- 1 - FAV 2 - CDL 3 - Outros

Dializador:

Anticoagulação:

Solução de diálise:

- 1 - Acetato 2 - Bicarbonato 3 - Misto

Velocidade do Fluxo: Sangue:

Diálise:

Salvar

Próximo
questionário

Diagnóstico Etiológico

- 1 - Hipertensão arterial 2 - Nefropatia 3 - Diabetes 4 - Outras

Quais?

Fechar

Anexo VIII – Escores obtidos nos domínios do Índice Internacional de Função Erétil e da Escala de Hamilton dos 47 pacientes com insuficiência renal crônica terminal submetidos à hemodialise

Escores obtidos nos domínios do questionário Índice Internacional de Função Erétil (IIEF) e na Escala de Hamilton para 47 pacientes em hemodiálise crônica.

Paciente	Função Erétil	Função Orgástica	Desejo Sexual	Satisfação com a relação sexual	Satisfação com a vida sexual	Total do IIEF	Escala de Hamilton
1	25,00	6,00	8,00	12,00	10,00	61,00	9
2	30,00	10,00	10,00	15,00	10,00	75,00	6
3	17,00	4,00	8,00	7,00	6,00	42,00	6
4	22,00	6,00	9,00	13,00	8,00	58,00	11
5	23,00	8,00	7,00	12,00	8,00	58,00	8
6	23,00	10,00	7,00	11,00	4,00	55,00	2
7	10,00	5,00	4,00	7,00	6,00	32,00	5
8	18,00	10,00	6,00	10,00	8,00	52,00	16
9	29,00	10,00	7,00	12,00	9,00	67,00	3
10	17,00	10,00	8,00	12,00	9,00	56,00	4
11	4,00	10,00	6,00	0,00	2,00	22,00	21
12	14,00	4,00	7,00	9,00	8,00	42,00	0
13	27,00	8,00	8,00	13,00	8,00	64,00	17
14	21,00	6,00	8,00	11,00	9,00	55,00	16
15	8,00	10,00	4,00	9,00	2,00	33,00	30
16	26,00	10,00	10,00	15,00	9,00	70,00	7
17	5,00	2,00	3,00	4,00	4,00	18,00	6
18	25,00	10,00	8,00	12,00	10,00	65,00	3
19	28,00	10,00	9,00	13,00	10,00	70,00	1
20	13,00	8,00	3,00	5,00	2,00	31,00	11
21	13,00	4,00	6,00	7,00	6,00	36,00	8
22	2,00	0,00	6,00	0,00	4,00	12,00	10
23	1,00	0,00	9,00	0,00	2,00	12,00	17

Escores obtidos nos domínios do questionário Índice Internacional de Função Erétil (IIEF) e na Escala de Hamilton para 47 pacientes em hemodiálise crônica.

Paciente	Função Erétil	Função Orgástica	Desejo Sexual	Satisfação com a relação sexual	Satisfação com a vida sexual	Total do IIEF	Escala de Hamilton
24	20,00	8,00	6,00	10,00	6,00	50,00	9
25	28,00	9,00	7,00	13,00	8,00	65,00	12
26	29,00	10,00	6,00	12,00	9,00	66,00	10
27	26,00	10,00	9,00	15,00	10,00	70,00	9
28	25,00	10,00	8,00	14,00	10,00	67,00	9
29	18,00	9,00	8,00	8,00	2,00	45,00	5
30	25,00	8,00	7,00	8,00	8,00	56,00	7
31	26,00	10,00	7,00	13,00	9,00	65,00	13
32	21,00	5,00	8,00	5,00	6,00	45,00	18
33	10,00	2,00	4,00	6,00	3,00	25,00	14
34	23,00	10,00	8,00	13,00	10,00	64,00	7
35	29,00	10,00	9,00	8,00	9,00	65,00	7
36	18,00	10,00	7,00	10,00	6,00	51,00	6
37	22,00	6,00	7,00	12,00	6,00	53,00	14
38	18,00	6,00	7,00	12,00	3,00	46,00	9
39	16,00	5,00	4,00	4,00	5,00	34,00	15
40	19,00	6,00	6,00	7,00	7,00	45,00	12
41	1,00	0,00	2,00	0,00	2,00	5,00	6
42	2,00	0,00	2,00	2,00	2,00	8,00	9
43	24,00	8,00	7,00	11,00	10,00	60,00	8
44	30,00	10,00	10,00	15,00	10,00	75,00	6
45	17,00	6,00	5,00	5,00	4,00	37,00	16
46	23,00	10,00	9,00	11,00	2,00	55,00	4
47	24,00	10,00	8,00	15,00	9,00	66,00	15

Escores obtidos nos domínios do questionário Índice Internacional de Função Erétil (IIEF) e na Escala de Hamilton para 47 pacientes em hemodiálise crônica.

Paciente	Função Erétil	Função Orgástica	Desejo Sexual	Satisfação com a relação sexual	Satisfação com a vida sexual	Total do IIEF	Escala de Hamilton
Média	19,14	7,21	6,85	9,31	6,59	49,02	9,72
Desvio Padrão	8,42	3,24	2,03	4,38	2,91	18,77	5,71
Mediana	22,00	8,00	7,00	11,00	8,00	55,00	9,00
Valor máximo	30,00	10,00	10,00	15,00	10,00	75,00	30,00
Valor mínimo	1,00	0,00	2,00	0,00	2,00	5,00	0,00
75%	25,00	10,00	8,00	12,75	9,00	65,00	13,75
25%	14,50	5,25	6,00	7,00	4,00	36,25	6,00

Tabela III - Escores obtidos nos domínios do Índice Internacional de Função Erétil e da Escala de Hamilton dos 47 pacientes com insuficiência renal crônica terminal submetidos à hemodialise

**Anexo IX - Escores calculados dos 11 domínios
específicos do questionário de QVRS (KDQOL-SF™)
para 47 pacientes em hemodiálise crônica.**

Escores calculados dos 11 domínios específicos do questionário de QVRS (KDQOL-SF™)

Paciente	Sintomas/ problemas	Efeitos da doença renal	Sobrecarga da doença renal	Papel profissi onal	Função Cognitiva	Qualidade das interações sociais	Função sexual	Sono	Suporte	Estímulo da equipe da diálise	Satisfação do paciente
01	85,42	90,63	37,50	100,00	100,00	86,67	0,00	67,50	83,50	50,00	50,00
02	68,75	75,00	12,50	0,00	93,33	66,67	100,00	80,00	100,00	75,00	33,00
03	58,33	40,63	37,50	0,00	60,00	86,67	75,00	60,00	50,00	100,00	83,00
04	75,00	71,88	50,00	50,00	80,00	60,00	87,50	47,50	33,00	100,00	0,00
05	70,83	59,38	0,00	0,00	66,67	100,00	0,00	60,00	100,00	62,50	50,00
06	18,75	25,00	37,50	100,00	100,00	73,33	87,50	67,50	66,50	100,00	83,00
07	85,42	31,25	25,00	0,00	33,33	86,67	50,00	85,00	100,00	100,00	67,00
08	70,83	31,25	50,00	0,00	66,67	53,33	75,00	42,50	83,50	75,00	67,00
09	85,42	56,25	43,75	100,00	86,67	86,67	100,00	80,00	83,50	75,00	83,00
10	83,33	46,88	62,50	50,00	100,00	100,00	100,00	100,00	16,50	87,50	100,00
11	64,58	50,00	31,25	0,00	66,67	66,67	0,00	50,00	83,50	62,50	50,00
12	97,92	87,50	37,50	0,00	93,33	66,67	75,00	72,50	100,00	62,50	50,00
13	75,00	81,25	0,00	0,00	80,00	73,33	75,00	75,00	100,00	100,00	83,00
14	72,92	43,75	62,50	100,00	100,00	73,33	100,00	80,00	66,50	87,50	67,00

Escores calculados dos 11 domínios específicos do questionário de QVRS (KDQOL-SF™)

Paciente	Sintomas/ problemas	Efeitos da doença renal	Sobrecarga da doença renal	Papel profissi onal	Função Cognitiva	Qualidade das interações sociais	Função sexual	Sono	Suporte	Estímulo da equipe da diálise	Satisfação do paciente
16	75,00	50,00	31,25	0,00	93,33	80,00	50,00	47,5 0	50,00	62,50	67,00
16	83,33	87,50	62,50	0,00	86,67	46,67	100,00	75,0 0	100,0	75,00	100,00
17	85,42	75,00	31,25	0,00	100,00	100,00	0,00	82,5 0	83,50	87,50	83,00
18	83,33	81,25	56,25	0,00	100,00	100,00	100,00	77,5 0	67,00	75,00	100,00
19	81,25	59,38	43,75	50,00	66,67	80,00	100,00	85,0 0	66,50	100,00	50,00
20	45,83	50,00	37,50	0,00	53,33	46,67	25,00	40,0 0	83,50	75,00	67,00
21	77,08	59,38	12,50	0,00	93,33	93,33	100,00	57,5 0	83,50	75,00	67,00
22	72,92	43,75	31,25	0,00	100,00	86,67	0,00	57,5 0	100,0	75,00	83,00
23	41,67	37,50	0,00	0,00	40,00	46,67	0,00	50,0 0	100,0	75,00	83,00
24	64,58	71,88	87,50	100,00	93,33	53,33	75,00	37,5 0	0,00	50,00	50,00
25	79,17	56,25	25,00	0,00	100,00	93,33	100,00	77,5 0	100,0	62,50	67,00
26	75,00	59,38	25,00	0,00	93,33	86,67	100,00	55,0 0	50,00	100,00	67,00
27	77,08	50,00	18,75	0,00	40,00	73,33	100,00	30,0 0	83,50	37,50	33,00
28	85,42	87,50	100,00	0,00	93,33	66,67	100,00	70,0 0	0,00	100,00	100,00

Escores calculados dos 11 domínios específicos do questionário de QVRS (KDQOL-SF™)

Paciente	Sintomas/ problemas	Efeitos da doença renal	Sobrecarga da doença renal	Papel profissi onal	Função Cognitiva	Qualidade das interações sociais	Função sexual	Sono	Suporte	Estímulo da equipe da diálise	Satisfação do paciente
29	83,33	81,25	50,00	100,00	93,33	73,33	87,50	87,5 0	50,00	87,50	100,00
30	81,25	56,25	31,25	0,00	80,00	93,33	0,00	80,0 0	50,00	62,50	33,00
31	79,17	81,25	100,00	100,00	100,00	93,33	100,00	42,5 0	100,0 0	100,00	67,00
32	47,92	81,25	25,00	0,00	20,00	60,00	37,50	65,0 0	67,00	75,00	67,00
33	58,33	62,50	25,00	0,00	86,67	53,33	0,00	47,5 0	16,50	100,00	50,00
34	87,50	65,63	75,00	100,00	100,00	66,67	50,00	62,5 0	100,0 0	100,00	67,00
35	81,25	59,38	75,00	50,00	86,67	93,33	0,00	75,0 0	33,00	100,00	0,00
36	64,58	75,00	18,75	0,00	100,00	86,67	87,50	75,0 0	83,50	75,00	83,00
37	68,75	46,88	6,25	0,00	66,67	66,67	75,00	72,5 0	67,00	75,00	67,00
38	81,25	46,88	0,00	0,00	100,00	80,00	62,50	50,0 0	66,50	100,00	67,00
39	70,83	25,00	0,00	100,00	26,67	46,67	25,00	30,0 0	100,0 0	62,50	67,00
40	75,00	81,25	0,00	0,00	93,33	66,67	75,00	52,5 0	83,50	100,00	50,00
41	91,67	62,50	18,75	0,00	60,00	40,00	0,00	80,0 0	100,0 0	100,00	83,00
42	60,42	50,00	50,00	0,00	93,33	73,33	25,00	50,0 0	100,0 0	87,50	83,00
43	79,17	65,63	75,00	0,00	100,00	93,33	100,00	75,0	100,0	100,00	83,00

Escores calculados dos 11 domínios específicos do questionário de QVRS (KDQOL-SF™)

Paciente	Sintomas/ problemas	Efeitos da doença renal	Sobrecarga da doença renal	Papel profissi onal	Função Cognitiva	Qualidade das interações sociais	Função sexual	Sono	Suporte	Estímulo da equipe da diálise	Satisfação do paciente
44	91,67	56,25	0,00	0,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	67,00
45	91,67	43,75	25,00	0,00	100,00	60,00	25,00	42,50	100,00	100,00	67,00
46	79,17	78,13	18,75	50,00	86,67	93,33	0,00	90,00	0,00	100,00	83,00
47	91,67	96,88	50,00	100,00	100,00	66,67	100,00	90,00	100,00	75,00	50,00
Média	74,55	61,17	36,03	26,59	82,41	75,31	60,10	65,47	73,42	82,71	66,31
Desvio padrão	14,69	18,31	26,42	41,50	22,04	17,19	40,51	18,04	30,47	17,20	22,62
Median a	77,08	59,37	31,25	0,00	93,33	75,33	75,00	67,50	83,50	87,50	67,00
V. max	97,91	96,87	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
V.min	18,75	25,00	0,00	0,00	20,00	40,00	0,00	30,00	0,00	37,50	0,00
75%	83,33	77,34	50,00	50,00	100,00	91,66	100,00	80,00	100,00	100,00	83,00
25%	69,27	47,65	18,75	0,00	66,66	66,66	25,00	50,00	54,12	75,00	50,00

Tabela IV - Escores calculados dos 11 domínios específicos do questionário de QVRS (KDQOL-SF™) para 47 pacientes em hemodiálise crônica.

**Anexo X -Escore calculados dos 8 domínios genéricos
do questionário de QVRS (KDQOL-SF™) de 47
pacientes em hemodiálise crônica**

**Escores calculados dos 8 domínios genéricos do questionário de
QVRS (KDQOL-SF™)**

Paciente	Funcionamento físico	Função física	Dor	Saúde Geral	Bem-estar emocional	Função emocional	Função Social	Energia/fadiga
01	75,00	25,00	67,50	45,00	68,00	100,00	62,50	65,00
02	65,00	0,00	67,50	70,00	80,00	33,33	100,00	70,00
03	65,00	0,00	57,50	55,00	80,00	0,00	62,50	70,00
04	80,00	0,00	45,00	30,00	60,00	33,33	50,00	55,00
05	55,00	0,00	20,00	90,00	100,00	33,33	37,50	100,00
06	85,00	100,00	90,00	65,00	60,00	100,00	87,50	65,00
07	55,00	0,00	100,00	30,00	60,00	0,00	37,50	55,00
08	70,00	50,00	90,00	25,00	60,00	33,33	62,50	55,00
09	80,00	50,00	32,50	70,00	80,00	100,00	50,00	70,00
10	95,00	50,00	80,00	65,00	100,00	33,33	87,50	55,00
11	50,00	0,00	80,00	30,00	60,00	0,00	37,50	40,00
12	40,00	25,00	67,50	55,00	76,00	33,33	87,50	80,00
13	75,00	0,00	67,50	45,00	60,00	33,33	50,00	50,00
14	85,00	50,00	100,00	40,00	40,00	66,67	75,00	65,00
16	45,00	50,00	77,50	35,00	68,00	33,33	62,50	55,00
16	95,00	50,00	67,50	90,00	88,00	0,00	75,00	80,00
17	75,00	25,00	77,50	90,00	76,00	66,67	87,50	70,00
18	75,00	100,00	100,00	85,00	100,00	100,00	100,00	90,00
19	30,00	0,00	32,50	75,00	76,00	0,00	62,50	75,00
20	25,00	0,00	32,50	35,00	56,00	0,00	50,00	50,00
21	70,00	25,00	100,00	50,00	80,00	0,00	87,50	60,00
22	75,00	50,00	90,00	25,00	76,00	100,00	100,00	80,00
23	50,00	0,00	45,00	35,00	68,00	0,00	25,00	45,00
24	75,00	100,00	67,50	60,00	76,00	100,00	87,50	70,00
25	45,00	0,00	67,50	15,00	72,00	0,00	75,00	85,00

Escores calculados dos 8 domínios genéricos do questionário de

QVRS (KDQOL-SF™)

Paciente	Funcionamento	Função	Dor	Saúde	Bem-estar	Função	Função	Energia/fadiga
	físico	física		Geral	emocional	emocional	Social	
26	70,00	0,00	57,50	40,00	56,00	0,00	25,00	20,00
27	70,00	75,00	67,50	70,00	72,00	66,67	75,00	40,00
28	85,00	75,00	90,00	85,00	100,00	100,00	87,50	90,00
29	100,00	75,00	57,50	60,00	84,00	66,67	75,00	75,00
30	95,00	100,00	90,00	30,00	68,00	100,00	62,50	70,00
31	90,00	25,00	77,50	75,00	52,00	100,00	75,00	55,00
32	60,00	25,00	80,00	30,00	44,00	0,00	75,00	50,00
33	55,00	50,00	77,50	10,00	48,00	0,00	62,50	45,00
34	100,00	100,00	22,50	85,00	52,00	100,00	100,00	65,00
35	85,00	25,00	57,50	55,00	80,00	100,00	100,00	90,00
36	70,00	25,00	57,50	45,00	96,00	33,33	75,00	85,00
37	45,00	0,00	32,50	35,00	72,00	33,33	62,50	60,00
38	90,00	25,00	67,50	40,00	68,00	33,33	37,50	75,00
39	15,00	0,00	100,00	40,00	44,00	0,00	62,50	15,00
40	55,00	0,00	22,50	45,00	72,00	0,00	87,50	45,00
41	0,00	0,00	100,00	50,00	56,00	0,00	75,00	50,00
42	25,00	0,00	37,50	65,00	68,00	33,33	100,00	55,00
43	35,00	0,00	57,50	85,00	84,00	0,00	75,00	75,00
44	100,00	0,00	100,00	85,00	100,00	0,00	100,00	100,00
45	100,00	0,00	100,00	90,00	32,00	0,00	50,00	65,00
46	70,00	75,00	100,00	55,00	92,00	66,67	87,50	90,00
47	95,00	100,00	100,00	70,00	76,00	100,00	100,00	80,00
.
Média	66,91.	32,44.	.69,68	54,33.	.70,97	.41,13	71,27.	.64,89
Desvio padrão	.24,28	.35,70	.24,43	.22,32	.16,87	.40,65	.21,32	.18,54

**Escores calculados dos 8 domínios genéricos do questionário de
QVRS (KDQOL-SF™)**

Paciente	Funcionamento físico	Função física	Dor	Saúde Geral	Bem-estar emocional	Função emocional	Função Social	Energia/fadiga
Mediana	.70,00	.25,00	.67,5	.55,00	.72,00	.33,33	.75,00	.65,00
V. max	.100,00	.100,00	.100,00	.90,00	.100,00	.100,00	.100,00	.100,00
V.min	.0,00	.0,00	.20,00	.10,00	.32,00	.0,00	.25,00	.15,00
75%	.85,00	.50,00	.90,00	.70,00	.80,00	.91,66	.87,5	.78,70
25%	.51,20	.0,00	.57,50	.35,00	.60,00	0,00.	.62,5	55,00.

Tabela V - Escores calculados dos 8 domínios genéricos do questionário de QVRS (KDQOL-SF™) de 47 pacientes em hemodiálise crônica.

Anexo XI – Correlações entre os escores do IIEF, escores do Questionário de QVRS KDQOL-SF™ e a escala de Hamilton, para 47 pacientes submetidos à hemodiálise.

**Correlações entre os escores do IIEF, escores do Questionário de QVRS
KDQOL-SF™ e a Escala de Hamilton, para 47 pacientes submetidos à
hemodiálise.**

Domínios do IIEF	Função Erétil		Função Orgástica		Desejo Sexual		Satisfação na relação sexual		Satisfação com a vida sexual		Soma IIEF	
	rs	p	rs	p	rs	p	rs	p	rs	p	rs	p
Domínios do KDQOL												
Lista de sintomas e problemas	0,258	0,079	0,178	0,229	0,156	0,292	0,326	0,025	0,403	0,005	0,329	0,024
Efeitos da doença renal	0,340	0,0194	0,192	0,194	0,312	0,033	0,369	0,010	0,345	0,017	0,369	0,010
Sobrecarga da doença renal	0,179	0,226	0,321	0,028	0,132	0,376	0,187	0,206	0,343	0,018	0,241	0,103
Papel profissional	0,268	0,068	0,276	0,060	0,248	0,092	0,234	0,113	0,192	0,196	0,261	0,076
Função cognitiva	0,198	0,180	0,215	0,146	0,037	0,800	0,286	0,051	0,267	0,070	0,223	0,131
Qualidade da interação social	0,328	0,024	0,228	0,122	0,138	0,351	0,212	0,152	0,302	0,039	0,288	0,049
Função sexual	0,583	0,000	0,508	0,000	0,394	0,006	0,696	0,000	0,695	0,000	0,670	0,000
Sono	0,343	0,018	0,218	0,140	0,393	0,006	0,279	0,057	0,288	0,049	0,336	0,021
Suporte social	-0,071	0,633	-0,201	0,175	-0,126	0,398	-0,009	0,950	0,078	0,599	-0,045	0,761
Estimulo por parte da equipe	0,088	0,552	0,003	0,982	0,083	0,574	0,061	0,679	0,028	0,851	0,065	0,662

Correlações entre os escores do IIEF, escores do Questionário de QVRS KDQOL-SF™ e a Escala de Hamilton, para 47 pacientes submetidos à hemodiálise.

Domínios do IIEF	Função Erétil	Função Orgástica	Desejo Sexual	Satisfação na relação sexual	Satisfação com a vida sexual	Soma IIEF
Satisfação do paciente	-0,185 0,211	-0,015 0,915	-0,039 0,790	-0,115 0,442	-0,193 0,194	-0,149 0,317
SF-36						
Funcionamento físico	0,391 0,006	0,384 0,007	0,422 0,003	0,414 0,003	0,331 0,023	0,429 0,002
Função física	0,128 0,391	0,363 0,012	0,179 0,228	0,208 0,159	0,145 0,330	0,196 0,186
Dor	-0,127 0,394	-0,017 0,906	-0,117 0,432	-0,123 0,406	-0,079 0,594	-0,124 0,405
Saúde geral	0,362 0,012	0,349 0,016	0,302 0,038	0,412 0,004	0,444 0,001	0,454 0,001
Bem-estar emocional	0,273 0,063	0,324 0,026	0,422 0,003	0,334 0,022	0,306 0,036	0,371 0,010
Função emocional	0,286 0,051	0,321 0,028	0,216 0,144	0,299 0,041	0,270 0,066	0,302 0,039
Função social	0,153 0,305	0,163 0,271	0,214 0,148	0,158 0,286	0,272 0,064	0,191 0,198
Energia/fadiga	0,365 0,011	0,281 0,005	0,398 0,005	0,370 0,010	0,314 0,032	0,405 0,004
Hamilton	-0,205 0,166	-0,192 0,195	-0,235 0,110	-0,186 0,210	-0,239 0,105	-0,246 0,095

Tabela VI - Correlações entre os escores do IIEF, escores do Questionário de QVRS KDQOL-SF™ e a Escala de Hamilton, para 47 pacientes submetidos à hemodiálise.