

QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA - SF-36

Glauco Barnez Pignata Cattai*
Fabiana Alonso Rocha**
Nelson Nardo Junior**
Giuliano Gomes de Assis Pimentel***

RESUMO

Verificar a qualidade de vida (QV) dos pacientes com insuficiência renal crônica e analisar a correlação entre as dimensões do SF-36. Este estudo foi realizado no setor de diálise da Santa Casa de Misericórdia, de Maringá-PR. A amostra foi composta por 35 pacientes de hemodiálise. Na avaliação da QV utilizou-se o SF-36. A análise estatística envolveu a ANOVA, na comparação das dimensões intragrupo e interestudos com o teste *post hoc* de *Bonferroni*. A correlação, entre as dimensões do instrumento, foi obtida pela *correlação de Pearson*. As dimensões saúde mental, dor e estado geral de saúde obtiveram as melhores pontuações médias. No entanto, os aspectos físicos e emocionais foram as dimensões consideradas mais comprometidas. Nas correlações entre as dimensões do SF-36, observaram-se associações significativas entre: capacidade funcional e aspecto físico; aspecto físico e vitalidade; aspecto físico e emocional; dor e saúde mental; vitalidade e aspecto social; vitalidade e saúde mental; aspecto social e emocional; para $p < 0,05$ e entre aspecto físico e emocional, e vitalidade e saúde mental, para $p < 0,01$. A avaliação objetiva das dimensões da QV do insuficiente renal crônico pode trazer elementos para subsidiar programas multidisciplinares, focados nas características específicas de cada grupo.

Palavras-chave: Insuficiência renal crônica. Qualidade de vida. SF-36. Tratamento. Promoção da saúde.

INTRODUÇÃO

A insuficiência renal crônica (IRC) refere-se ao diagnóstico sindrômico de perda progressiva e, geralmente, irreversível da função renal de depuração. Em razão do dano da filtração glomerular, ocorre o acúmulo de produtos da degradação metabólica no sangue⁽¹⁻³⁾.

Fatores como a idade avançada, raça negra, sexo masculino e baixos níveis socioeconômicos estão relacionados à chance maior de desenvolver doença renal terminal. As doenças mais comuns que provocam lesões nas diferentes estruturas dos rins são: glomerulonefrite, diabetes mellitus, hipertensão arterial, alterações renais (rim policístico), distúrbios auto-imunes e as infecções urinárias repetidas. Estas últimas ocorrem quando há obstrução do trato urinário, causando dificuldade de escoamento da urina, por causa da presença de cálculos ou cistos renais. Outra complicação que os indivíduos, com insuficiência renal frequentemente apresentam,

é a hipertensão arterial, pois os rins não conseguem eliminar o excesso de sal e água^(2,4,5).

O indivíduo, com insuficiência renal leve a moderada, pode apresentar apenas sintomas discretos, apesar do aumento da concentração de uréia em seu organismo. Algumas das doenças levam anos ou até mesmo décadas para que seu dano se torne aparente, com consequente atraso dos diagnósticos. É importante ressaltar que, na maioria das vezes, os pacientes permanecem praticamente sem sintomas até que tenham perdido cerca de 50% de sua função renal^(2,5).

À medida que a IRC progride, começa a aparecer um conjunto de sinais e sintomas que constituem a síndrome urêmica. O indivíduo pode apresentar: fadiga, cansaço fácil, anorexia, emagrecimento, prurido, náuseas, insônia e comprometimento do estado mental⁽²⁾. O aumento do acúmulo de substâncias tóxicas pode apresentar sintomas neuro-musculares como, por exemplo, espasmos, fraqueza muscular e câimbras. Além disso, pode apresentar a

* Acadêmico do Curso de Educação Física da Universidade Estadual de Maringá - UEM. Bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET/DEF/UEM

** Doutor. Professor Adjunto do Departamento de Educação Física da UEM. Tutor do PET/DEF/UEM.

*** Doutor. Professor Adjunto do Departamento de Educação Física da UEM.

sensação de formigamento, nas extremidades, e perda da sensibilidade em certas áreas do corpo. Dependendo do caso, quando a hipertensão arterial ou as alterações químicas do sangue causam disfunção cerebral, o indivíduo pode apresentar crises convulsivas^(1,2).

Após a confirmação do diagnóstico da IRC, o paciente é submetido a um tratamento substitutivo que pode ser a diálise peritonial ou a hemodiálise. No primeiro caso, o sangue é filtrado, diariamente, pela aplicação de um soro e de sua retirada; e, no segundo, a filtração do sangue é realizada por máquinas, três vezes na semana, em sessões de até 4 horas^(1,2,6).

Tanto um tratamento como o outro causam forte impacto na vida desses pacientes, uma vez que a alimentação, a vida social, a condição física e mental e também os valores que os orientam são alterados pelo tratamento e pela própria doença, podendo vir a comprometer outras dimensões da vida. O número insuficiente de rins disponíveis para o transplante, o convívio com a perda de companheiros de hemodiálise e o medo constante de infecções tornam mais problemáticos esses aspectos^(6,7).

Tais transtornos, na vida cotidiana do paciente submetido ao tratamento hemodialítico, têm motivado estudos sobre a qualidade de vida dessas pessoas, chegando, em alguns casos, a comparações entre os pacientes em tratamento, sujeitos saudáveis e transplantados⁽⁷⁻¹¹⁾. Identificar como, em quais dimensões e em que medida, a vida do renal crônico está sendo afetada é uma ação diagnóstica importante para subsidiar a intervenção, com participação de metodologias e profissionais pertinentes às carências e potencialidades de cada contexto. Entre os instrumentos utilizados com esse propósito, destaca-se o *SF-36*, traduzido e validado culturalmente no Brasil⁽¹²⁾.

Os objetivos deste estudo foram verificar a qualidade de vida dos pacientes com insuficiência renal crônica e analisar o coeficiente de correlação entre as dimensões do *SF-36*, a fim de identificar os aspectos mais comprometidos. Com isso, espera-se contribuir para o aperfeiçoamento da intervenção integrada sobre as diferentes manifestações da vida dessa população, na perspectiva da promoção da saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo foi realizado no Setor de Diálise da Santa Casa de Misericórdia, de Maringá – Hospital e Maternidade Maria Auxiliadora, na cidade de Maringá – PR. A população estudada era composta por 85 pacientes de ambos os sexos, em tratamento hemodialítico, naquele hospital. Compuseram a amostra, pacientes de três grupos (sessões) de hemodiálise, selecionados de acordo com o horário da realização do tratamento, perfazendo o total de 35 pacientes.

A coleta de dados foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2004. Os questionários foram aplicados pelos participantes do *Projeto de Pesquisa Recreação na Promoção da Qualidade de Vida em Pacientes Crônicos*. A aplicação teve duração média de 20 min e foi realizada durante a sessão de diálise. Os dados do SF-36, junto com material obtido por observação participante, sustentaram um programa multidisciplinar (Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Letras, Medicina, Musicoterapia e Psicologia), implantado no ano subsequente⁽⁶⁾.

Para a avaliação da qualidade de vida, utilizamos o instrumento do tipo genérico *SF-36 Medical Outcomes Study 36 – Item Short - Form Health Survey*, traduzido e validado no Brasil⁽¹²⁾. O instrumento é composto por 36 itens que fornecem pontuações em oito dimensões da qualidade de vida: a) capacidade funcional (CF), que é avaliada a partir do desempenho de atividades diárias como, aptidão para cuidar de si, vestir-se, tomar banho, subir escadas; b) limitação por aspectos físicos (AF), indicada pelo impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais; c) dor (DF), de acordo com o nível de dor e o impacto no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais; d) estado geral de saúde (SG), assinalado pela percepção subjetiva do estado geral de saúde; e) vitalidade (VIT), disposição dos pacientes em realizar tarefas do cotidiano; f) aspectos sociais (AS), pelo reflexo da condição de saúde nas atividades sociais; g) aspectos emocionais (AE), pelos reflexos das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais; h) saúde

mental (SM), pela escala de humor e bem-estar. A pontuação varia entre 00 e 100 pontos, que refletem o pior e o melhor estado geral de saúde, respectivamente.

A análise estatística envolveu a ANOVA, na comparação das dimensões intragrupo e interestudos, com o teste *post hoc de Bonferroni*. Para avaliação da correlação entre as dimensões do instrumento, foi realizada a *correlação de Pearson*, com nível de significância de $p < 0,05$.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Santa Casa de Misericórdia de

Maringá e o da Universidade Estadual de Maringá (Parecer 219/2004).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 apresenta as características gerais do grupo estudado (proporção de participantes por gênero, idade, tempo da doença, raça e comorbidades), expressas em frequência e percentual, média e desvio-padrão.

Tabela 1. Características do grupo estudado. Maringá-PR, 2004.

Sexo	
Feminino(%)	13(37,15%)
Masculino(%)	22(62,85%)
Idade(anos)	
Média(DP)	51,17(\pm 14,89)
Mínimo-Máximo	(21-86)
Tempo da doença(anos)	
Média(DP)	3,80(\pm 2,88)
Mínimo-Máximo	(0,2-11)
Raça(%)	
Branco	25(71,42%)
Não-brancos	10(28,58%)
Comorbidades(%)	
Hipertensão Arterial	35(100%)
Diabetes Mellitus	8(22,86%)
Outras	24(68,57%)

Podemos verificar, pelos resultados da Tabela 1, que o tempo médio de tratamento foi de 3,8 anos (\pm 2,88), sendo que esse tempo se refere apenas ao período de atendimento, na presente unidade hospitalar. Entretanto, há casos em que o paciente já tinha sido atendido em outros serviços ou unidades, o que dificultou precisar esse intervalo de tempo. Comparando o presente estudo com os encontrados na literatura brasileira, verificamos que o tempo em tratamento de hemodiálise só foi maior em um estudo⁽¹¹⁾.

Observamos, ainda, que todos os pacientes apresentaram outras comorbidades além da IRC, com destaque para hipertensão e diabetes.

No entanto, essas não são as únicas doenças que afetam esses pacientes: a insuficiência cardíaca, a anemia e o rim policístico também estão presentes.

No que se refere à raça, apesar de a literatura apontar que os negros têm maior chance de desenvolver a IRC, o presente estudo encontrou baixo número de pacientes negros que, mesmo somados aos das raças amarela, parda e indígena, não ultrapassou os 30% do total dos pacientes. Tal fato pode ser explicado pelos baixos índices de pessoas não-brancas residentes na cidade de Maringá – PR, quando comparadas aos dados da população brasileira⁽¹³⁾.

Em função da frequência semanal das sessões de hemodiálise (três vezes por semana) e de sua duração (média de 4 h, dependente do estágio da doença), é possível deduzir o comprometimento da qualidade de vida das pessoas submetidas a esse tratamento.

Com a finalidade de um maior entendimento desse impacto, foi aplicado o questionário SF-

36, por meio do qual foi avaliada a qualidade de vida desses pacientes, de acordo com as dimensões CF, AF, DF, SG, VIT, AS, AE e SM. Os resultados variaram entre 0 e 100, indicando tanto melhor classificação quanto maior fosse o índice obtido, que estão expressos em média seguido do desvio-padrão para cada uma das dimensões do SF-36, na Tabela 2.

Tabela 2. Pontuações obtidas para cada dimensão do questionário SF-36. Maringá-PR, 2004.

Dimensões	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Capacidade Funcional	64,71	±24,73	15	100
Aspectos Físicos	37,86	±37,07		100
Dor	67,57	±23,83	21	100
Estado Geral de Saúde	66,99	±16,57	25	97
Vitalidade	57,71	±18,88	25	100
Aspectos Sociais	63,47	±28,93		100
Aspectos Emocionais	42,12	±39,63		100
Saúde Mental	69,14	±19,63	28	100

No geral, as dimensões saúde mental, dor e estado geral de saúde obtiveram as maiores pontuações médias. Por outro lado, os aspectos físicos e emocionais foram as dimensões consideradas mais comprometidas. Numa

comparação dos resultados do grupo, utilizando a ANOVA, constatou-se que estas dimensões apresentaram escores significativamente inferiores às demais, com exceção da dimensão vitalidade, conforme pode ser visto na Tabela 3.

Tabela 3. Comparação entre as dimensões do SF-36 (intragrupo). Maringá-PR, 2004.

Dimensões	Valor de t calculado
Saúde mental x Aspectos físicos	4,787
Saúde mental x Aspectos emocionais	4,135
Dor x Aspectos físicos	4,547
Dor x Aspectos emocionais	3,895
Estado Geral de Saúde x Aspectos físicos	4,458
Estado Geral de Saúde x Aspectos emocionais	3,806
Capacidade funcional x Aspectos físicos	4,109
Capacidade funcional x Aspectos emocionais	3,457
Aspectos sociais x Aspectos físicos	3,919
Aspectos sociais x Aspectos Emocionais	3,267

(ANOVA) F=6,86 p=0,000 Teste *post hoc* – Bonferroni

Para melhor avaliação dos dados, obtidos no presente estudo, a Tabela 3 mostra um comparativo com outros quatro estudos (8-11). As dimensões capacidade funcional, dor, aspectos

sociais e saúde mental não diferiram entre os estudos. Nas demais, são usados indicadores de diferenças estatísticas entre os grupos.

Tabela 4. Comparação dos resultados do presente estudo com outros estudos publicados. Maringá-PR, 2004.

Dimensões	Presente estudo	Pereira et al.	Neto et al.	Santos	Castro et al.
	1	2	*	3	4
n	35	43	80	107	184
Capacidade Funcional	64,71 ±24,73	58,9 ±27,6	70 (0-100)	53,4 ±27,1	61 ±31
Aspectos Físicos	37,86 ±37,07 ^A	61,1 ±26,6 ^C	25 (0-100)	33,0 ±41,1 ^D	52 ±38
Dor	67,57 ±23,83	65,3 ±29,4	62 (0-100)	54,9 ±28,2	67 ±29
Estado Geral de Saúde	66,99 ±16,57 ^{AB}	49,4 ±27,1	57 (5-100)	40,5 ±23,0 ^D	60 ±25
Vitalidade	57,71 ±18,88	50,1 ±28,8	55 (10-100)	49,8 ±23,0 ^D	58 ±22
Aspectos Sociais	63,47 ±28,93	64,9 ±28,6	63 (0-100)	61,7 ±27,8	69 ±30
Aspectos Emocionais	42,12 ±39,63 ^A	70,6 ±42,0 ^C	34 (0-100)	34,7 ±41,4 ^D	60 ±39
Saúde Mental	69,14 ±19,63	57,5 ±28,2	68 (0-100)	62,0 ±22,6	62 ±25

* Ao contrário dos outros estudos o indicador de dispersão apresentado foi a amplitude, por isso, na comparação interestudos ele não foi considerado.

A = diferença significativa entre 1 e 2; B = diferença significativa entre 1 e 3

C = diferença significativa entre 2 e 3; D = diferença significativa entre 3 e 4

A fim de analisar a existência de correlação entre as dimensões do SF-36, utilizamos o

coeficiente de correlação de Pearson, cujos resultados foram expressos na Tabela 5.

Tabela 5. Coeficiente de correlação de Pearson entre as dimensões do SF-36. Maringá-PR, 2004.

CORRELAÇÃO	r	Nível de Significância
Capacidade Funcional X Aspecto Físico	0,41	significativo*
Aspecto físico X Vitalidade	0,41	significativo*
Aspecto Físico X Aspecto Emocional	0,49	significativo**
Dor X Saúde Mental	0,34	significativo*
Vitalidade X Aspecto Social	0,35	significativo*
Vitalidade X Saúde Mental	0,46	significativo**
Aspecto Social X Aspecto Emocional	0,41	significativo*

* para p<0,05. ** para p<0,01.

Nas correlações entre as dimensões do SF-36, observaram-se associações significativas entre: capacidade funcional e aspecto físico; aspecto físico e vitalidade; aspecto físico e aspecto emocional; dor e saúde mental; vitalidade e aspecto social; vitalidade e saúde mental; aspecto social e aspecto emocional; todas ao nível de significância de p<0,05. Destacam-se as relações entre aspecto físico e emocional e entre vitalidade e saúde mental, por apresentarem as maiores correlações neste estudo (p<0,01).

A IRC é uma doença que dificilmente é diagnosticada precocemente, o que, em muitos casos, só ocorre muito tempo depois de sua instalação⁽⁵⁾. O tratamento da IRC, mesmo aumentando o tempo de sobrevida, normalmente não diminui o impacto causado na vida desses pacientes (3, 7), tendo em vista que a doença e o tratamento causam alterações na alimentação, na vida social, na condição física e mental e nos valores que orientam essas pessoas, favorecendo o comprometimento emocional.

Essas alterações podem ser verificadas tanto neste como em outros estudos (Tabela 4) e, apesar das diferenças significativas entre eles no que diz respeito às dimensões aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade e aspectos emocionais, pode-se afirmar que o impacto causado pela doença é muito grande. As diferenças encontradas podem ser explicadas pelo tempo de tratamento em hemodiálise, tendo em vista que o presente estudo encontrou resultados muito parecidos com o estudo realizado em Sobral – CE (10), e com pelo menos um ano a mais de tratamento em comparação com os estudos realizados em São Paulo^(8,9).

Os pacientes que sofrem de IRC, normalmente, apresentam outras comorbidades como a hipertensão, o diabetes mellitus e o rim policístico^(2,4,5), outra comorbidade encontrada no presente estudo foi a insuficiência cardíaca, além daquelas mencionadas acima.

Os resultados dessa pesquisa apontam para a necessidade de um atendimento que procure, ao mesmo tempo, dar conta dos aspectos físicos, emocionais, sociais, psíquicos e biológicos. Neste sentido, ações lúdicas e recreativas, que favoreçam a integração social e alguns tipos de exercícios físicos podem contribuir para a melhora da qualidade de vida desses pacientes^(6,14,15), tendo em vista que as correlações, apresentadas na Tabela 5, indicam importante associação entre variáveis físicas e metais/ emocionais.

A esse respeito, é vasta a literatura que aponta os benefícios do exercício físico sobre a área emocional, pela obtenção de melhoras significativas nos níveis de depressão, auto-imagem e ansiedade, além de ser uma forma alternativa e bastante eficaz de liberar tensões, emoções e frustrações, características do IRC⁽¹⁶⁾.

O exercício físico também traz grandes contribuições aos aspectos fisiológicos e metabólicos como o aumento na massa óssea, no colesterol HDL, na flexibilidade e na força, ajudando, ainda, a controlar e a prevenir o diabetes, as dislipidemias, a obesidade, a hipertensão arterial e, conseqüentemente, auxiliando na diminuição do risco de desenvolver doenças cardiovasculares⁽¹⁷⁾.

As atividades lúdicas e de lazer também parecem contribuir, de maneira substancial, no tratamento desses pacientes, como demonstram Pimetel et al.⁽⁶⁾ e Pondé e Caroso⁽¹⁴⁾, uma vez que essas atividades também podem trazer melhoras nos quadros de estresse e angústias, além de contribuir com a diminuição dos processos inflamatórios⁽¹⁸⁾. De acordo com Masetti⁽¹⁵⁾ e Pondé⁽¹⁹⁾, o incremento do lúdico dentro de um hospital permite que a humanização do tratamento aconteça mais facilmente, amenizando o sofrimento e a tensão durante o processo.

Esses benefícios podem ser conseguidos com a implantação de programas que visem humanizar o atendimento a pacientes de doenças crônicas, por meio de atendimentos desenvolvidos por equipes multiprofissionais da saúde, conforme já proposto por vários autores e documentos^(6,15,20).

Nesse sentido, acreditamos que um dos papéis da Educação Física, em sua inclusão multidisciplinar no SUS, consiste em contribuir, de maneira substancial, com programas voltados a atividades físicas, lúdicas e recreativas, para a melhora da qualidade de vida de pacientes, que necessitam de atendimento voltado para o completo bem-estar físico, mental e social. Tal contribuição se faz possível em consonância com a humanização do atendimento, privilegiando ações voltadas para a promoção da saúde com uma visão não-reducionista, entendendo-a como um recurso para a vida e não como um objetivo de viver, conforme é preconizado na Carta de Ottawa⁽²⁰⁾.

Nesse sentido, a promoção da saúde não pode estar na responsabilidade de um único setor. Por isso, é importante ressaltar a necessidade de um atendimento com diversos profissionais da saúde, no qual todas as áreas do conhecimento estejam inseridas para a concretização do processo de promoção da saúde, dentro e fora do ambiente hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade de vida de pacientes renais crônicos, como demonstrado no presente estudo, é bastante prejudicada. Contudo, ações

multiprofissionais têm se revelado um importante instrumento na melhoria dessa condição. Dessa forma, a promoção da saúde desses pacientes não deve estar na responsabilidade de um único

setor. Por isso, a política de humanização, com inclusão de outros profissionais da saúde, pode atender a essa necessidade dentro e fora do ambiente hospitalar.

PATIENTS QUALITY OF LIFE WITH CHRONIC RENAL INSUFFICIENCY – SF-36

ABSTRACT

To verify the quality of life(QoL) of patients suffering from chronic renal failure, and to analyze the correlations among the dimensions of SF-36. This study was carried out in the dialysis sector of the Santa Casa de Misericórdia of Maringá – PR. The data were collected between August and September 2004. The sample was composed of 35 hemodialysis patients. For the QoL evaluation, the SF-36 survey was used. The statistical analysis involved an ANOVA for intra-group comparisons, along with the Bonferroni *post hoc* test for inter-study dimensions. For the evaluation of the correlations between the instrument's dimensions, Pearson's correlation was applied. The mental health, pain and general health dimensions obtained the best average scores. However, the physical and emotional aspects were the dimensions considered most compromised. The correlations among the SF-36 dimensions showed significant associations between: functional capacity and the physical aspect; physical aspect and vitality; physical and emotional aspects; pain and mental health; vitality and the social aspect; vitality and mental health; social and emotional aspects; $p < 0.05$ for physical and emotional aspects; and $p < 0.01$ for vitality and mental health. The objective evaluation of the QoL dimensions of the patient with chronic renal failure can be a catalyst for subsidizing multidisciplinary programs focused on the specific characteristics of each group.

Key words: Quality of life. Chronic renal failure. SF-36. Treatment. Health promotion.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA – SF-36

RESUMEN

Verificar la calidad de vida(CDV) de los pacientes, con insuficiencia renal crónica, y analizar la correlación entre las dimensiones del SF-36. Este estudio fue realizado en el sector de diálisis de Santa Casa de Misericordia, de Maringá - PR. La muestra fue compuesta por 35 pacientes de hemodiálisis. En la evaluación del CDV, se utilizó el SF-36. El análisis estadístico involucró ANOVA, en la comparación de las dimensiones intragrupo e interestudios con el teste *post hoc* de Bonferroni. La correlación, entre las dimensiones del instrumento, fue obtenida por la *correlación de Pearson*. Las dimensiones salud mental, dolor y estado general de salud obtuvieron las mejores puntuaciones medias. Sin embargo, los aspectos físicos y emocionales fueron las dimensiones consideradas más comprometidas. En las correlaciones entre las dimensiones de SF-36, se observaron asociaciones significativas entre: la capacidad funcional y el aspecto físico; el aspecto físico y vitalidad; el aspecto físico y emocional; el dolor y la salud mental; la vitalidad y el aspecto social; la vitalidad y la salud mental; el aspecto social y emocional; para $p < 0,05$ y entre el aspecto físico y emocional; la vitalidad y la salud mental, para $p < 0,01$. La evaluación objetiva de las dimensiones de CDV del paciente con insuficiencia renal crónica puede traer elementos para subsidiar programas multidisciplinarios, enfocados en las características específicas de cada grupo.

Palabras Clave: Insuficiencia renal crónica. Calidad e vida. SF-36. Tratamiento. Promoción de la salud.

REFERÊNCIAS

1. Fujimaki M, Rosa OPS, Torres SA. Cariogenic microorganisms in patients with chronic renal failure under dialysis. Rev Odonto Univ São Paulo. 1998;12(2):149-58.
2. Barros E, Manfro RC, Thomé FS, Gonçalves LFS. Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento. 2ª ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul; 1999.
3. Ciconelli M. O paciente com insuficiência renal crônica em hemodiálise: descrição do tratamento em problemas enfrentados pelo paciente, sua família e equipe de saúde [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem; 1981.
4. White Y, Grenyer BFS. The biopsychosocial impact of end-stage renal disease: the experience of dialysis patients and their partners. J Adv Nurs. 1999;30(6):1312-20.

5. Hricik DE, Sedor JR, Ganz MB. Segredos em nefrologia: respostas necessárias ao dia-a-dia, em rounds, na clínica, em exames orais e escritos. Porto Alegre: Artmed Editora; 2002.
6. Pimentel GGA, Cattai GBP, Rocha FA, Carvalho VM, Araújo AS. Educação física para pacientes renais crônicos. Rev Digital. 2006;11(101).
7. Silva DMGV, Vieira RM, Koschnik Z, Azevedo M, Souza SS. Qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamentos hemodialítico. Rev Bras Enfermagem. 2002;55(5):562-7.
8. Castro M, Caiuby AVS, Draibe AS, Canziani MEF. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. Rev. Assoc Med.Bras. 2003;49(3):145-249.
9. Neto JFR, Ferraz MB, Cendoroglo M, Draibe S, Yu L, Sesso R. Quality of life at the initiation of dialysis treatment – a comparison between the SF-36 and the KDQ questionnaires. Qual Life Res. 2000;9:101-7.
10. Pereira LCP, Chang J, Fadil-Romão MA, Abensur H, Araújo MRT, Noronha IL, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde em paciente transplantado renal. J Bras Nefrol. 2003;25(1):10-6.
11. Santos PR. Correlação entre marcadores laboratoriais e nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. J Bras Nefrol. 2005;27(2):70-5.
12. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36)” [tese de doutorado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 1997.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000: características da população e dos domicílios - resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.
14. Pondé MP, Caroso C. Lazer como fator de proteção da saúde mental. Rev Cienc Med. 2003;12(2):163-72.
15. Masetti M. Doutores da ética da alegria. Interface. 2005;9(17):453-8.
16. Godoy RF. Benefícios do exercício físico sobre a área emocional. Movimento. 2002;8(2):7-
17. American College of Sports Medicine. ACSM’s guidelines for exercise testing and prescription. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
18. Steptoe A, Wardle J, Marmot M. Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes. PNAS. 2005;102(18):6508-12.
19. Pondé MP. Lazer e saúde mental: uma abordagem semântica e pragmática no campo da saúde coletiva [tese de doutorado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2000.
20. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: Canadian Public Health Association; 1986.

Endereço para correspondência: Glauco Barnez Pignata Cattai. Rua Vaz Caminha, 1197. Zona 2. Maringá – PR. CEP: 87010-420. E-mail: glaucocattai@yahoo.com.br