

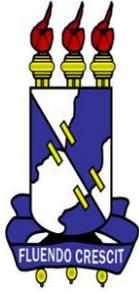
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**PREVALÊNCIA DOS DISTÚRBIOS DO SONO E SUA INFLUÊNCIA NA
QUALIDADE DE VIDA DE UMA POPULAÇÃO DIALÍTICA**

LÂNIA NÓIA S. SANTOS

Turma: MEDICINA 2013.2

**São Cristóvão
2013**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**PREVALÊNCIA DOS DISTÚRBIOS DO SONO E SUA INFLUÊNCIA NA
QUALIDADE DE VIDA DE UMA POPULAÇÃO DIALÍTICA**

Lânia Nóia S. Santos

Monografia submetida à Banca Examinadora da Universidade Federal de Sergipe em cumprimento parcial dos requisitos para conclusão do curso de Medicina, sob a orientação do Prof. Adjunto Dr. Kleyton de Andrade Bastos.

**São Cristóvão
2013**

**PREVALÊNCIA DOS DISTÚRBIOS DO SONO E SUA INFLUÊNCIA NA
QUALIDADE DE VIDA DE UMA POPULAÇÃO DIALÍTICA**

Aprovada em ____/____/____

Doutorando (a): Lânia Nóia Santana Santos

Orientador: Prof. Adjunto Dr. Kleyton de Andrade Bastos.
Universidade Federal de Sergipe

Examinador: Prof. Douglas Rafanelle Motta

*"A alegria está na luta,
na tentativa,
no sofrimento envolvido
e não na vitória propriamente dita."*

Mahatma Gandhi

AGRADECIMENTOS

A DEUS, por ser meu guia em todos os momentos. Por me dar sabedoria, serenidade e humildade para lutar por meus objetivos.

Aos meus pais, Magali e Zacarias, pilares do meu caráter e da minha formação, grandes responsáveis por tudo o que conquisto. Obrigada pelo amor, pela família que temos e pela educação que me proporcionaram.

A minha irmã, Laíze, pelo companheirismo, pela ajuda de sempre, por todos os momentos que já passamos juntas e por servir de exemplo para mim. A minha sobrinha, Gabriela, que alegra a minha vida, por descontrair os meus dias e me fazer esquecer todos os problemas.

A minha avó, Osmarina, pelo apoio, pela fé, por se orgulhar de mim e pela torcida de sempre.

Aos meus amigos, em especial, Camilla Lima, por ser minha grande companheira ao longo desses seis anos de curso e por fazer parte dos principais momentos da minha vida.

Ao meu orientador Dr. Kleyton Bastos pela paciência no ensino, pela atenção e por ser peça fundamental na construção deste trabalho.

Agradeço a todos àqueles que torcem por mim e que contribuem para a minha formação e para o meu conhecimento. Obrigada!

Lânia Nóia S. Santos

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

DCV – Doença Cardiovascular

DRC – Doença Renal Crônica

FG – Filtração Glomerular

KDOQI - *Kidney Disease Outcome Quality Initiative*

NREM – *Non- Rapid Eye Moviment*

QV – Qualidade de vida

REM – *Rapid Eye Moviment*

TFG – Taxa de Filtração Glomerular

TRS – Terapia Renal de Substituição

SUMÁRIO

REVISÃO DE LITERATURA

- 1.1 Doença Renal Crônica.....
- 1.2 Distúrbios do Sono.....
- 1.3 Qualidade de Vida.....

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

ARTIGO ORIGINAL

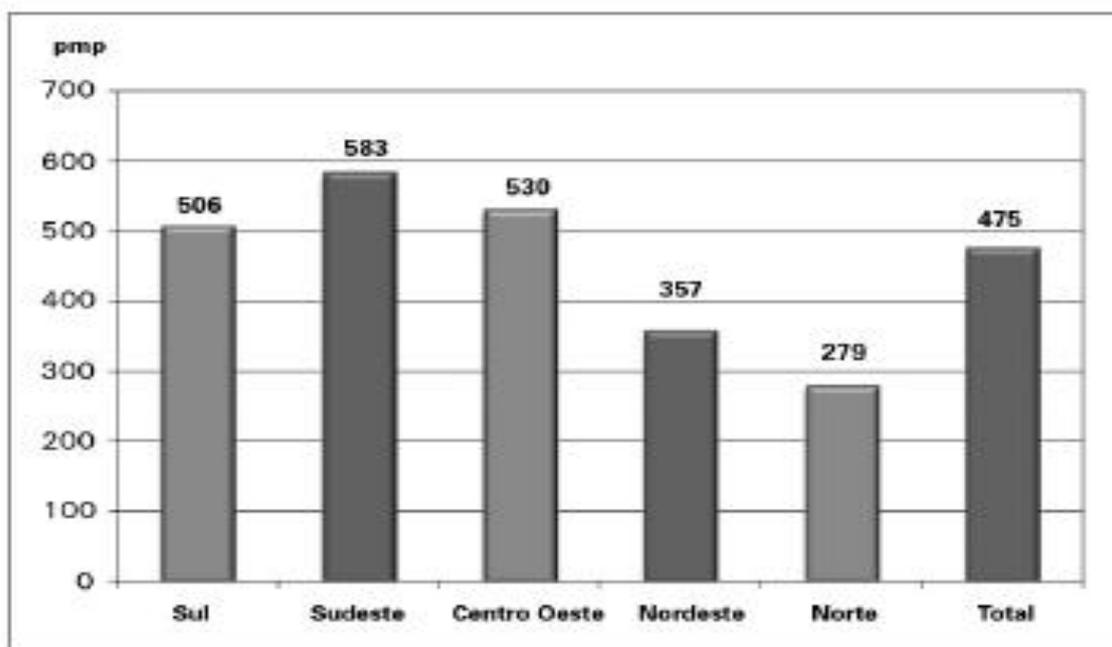
- Resumo.....
- Abstract.....
- Introdução.....
- Materiais e Métodos.....
- Análise de Dados.....
- Resultados e Discussão.....
- Conclusão.....
- Referências Bibliográficas.....
- ANEXOS**.....

1. REVISÃO DE LITERATURA

1.1 DOENÇA RENAL CRÔNICA

Segundo levantamento do Censo de Diálise da SBN 2011, havia uma estimativa de 643 unidades dialíticas no Brasil, com um número aproximado de 91.314 pacientes em diálise naquele ano. Destes, 57,3% eram do sexo masculino e 42,7% do sexo feminino, 66,9% compreendia a faixa etária entre 19 e 64 anos. Cerca 90,6% estavam em hemodiálise, 9,4% em diálise peritoneal e 35,5% do total aguardava em fila de transplante. Dos pacientes atendidos, aproximadamente 85% teve seu tratamento pago pelo SUS. Como diagnóstico de base, a hipertensão arterial foi apontada como responsável por 35,1% dos casos, a diabetes mellitus por 28,4 (SESSO *et al.*, 2012).

FIGURA 1: PREVALÊNCIA ESTIMADA DE PACIENTES EM DIÁLISE NO BRASIL, POR REGIÃO, CENSO 2011



Fonte: SESSO *et al.*, 2012.

Em 2002, a Kidney Disease Outcome Quality Initiative (KDOQI), patrocinada pela National Kidney Foundation, publicou uma diretriz sobre Doença Renal Crônica que compreendia avaliação, classificação e estratificação de risco. Nesse importante documento, uma nova estrutura conceitual para o diagnóstico de DRC foi proposta e aceita mundialmente

nos anos seguintes. A definição é baseada em três componentes: um componente anatômico ou estrutural (marcadores de dano renal); um componente funcional (baseado na TFG) e um componente temporal. Com base nessa definição, seria portador de DRC qualquer indivíduo que, independente da causa, apresentasse TFG < 60 mL/min/1,73m² ou a TFG > 60 mL/min/1,73m² associada a pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso (por exemplo, proteinúria) presente há pelo menos 3 meses.

A KDOQI¹ também sugeriu que a DRC deveria ser classificada em estágios baseados na TFG, como mostrado na Tabela 1.

TABELA 1: ESTADIAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA PROPOSTO PELO KDOQI E ATUALIZADO PELO NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR CHRONIC CONDITION

Estágios da DRC	Taxa de filtração glomerular*	Proteinúria
1	≥ 90	Presente
2	60-89	Presente
3A	45-59	Presente ou ausente
3B	30-44	
4	15-29	Presente ou ausente
5	<15	Presente ou ausente

*mL/min/1,73m².

Fonte: Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. New York, National Kidney Foundation, 2002.

Alguns pacientes apresentam suscetibilidade aumentada para DRC e são considerados grupos de risco. São eles: 1. Hipertensos - A hipertensão arterial é comum na DRC, podendo ocorrer em mais de 75% dos pacientes de qualquer idade; 2. Diabéticos - Os pacientes diabéticos apresentam risco aumentado para DRC e doença cardiovascular e devem ser monitorizados frequentemente para a ocorrência da lesão renal; 3. Idosos - A diminuição fisiológica da FG e, as lesões renais que ocorrem com a idade, secundárias a doenças crônicas comuns em pacientes de idade avançada, tornam os idosos susceptíveis a DRC; 4. Pacientes com DCV - A DRC é considerada fator de risco para DCV e estudo recente demonstrou que a

DCV se associa independentemente com diminuição da FG e com a ocorrência de DRC; 5. Familiares de pacientes portadores de DRC - Os familiares de pacientes portadores de DRC apresentam prevalência aumentada de hipertensão arterial, *Diabetes mellitus*, proteinúria e doença renal. 6. Pacientes em uso de medicações nefrotóxicas- O uso de medicações nefrotóxicas deveria ser evitado ou otimizado nos pacientes com DRC, particularmente quando a FG é menor que 60 mL/min/1,73m² (GOMES *et al.*, 2010).

Os rins são órgãos fundamentais para a manutenção da homeostase do corpo humano. Assim, não é surpresa constatar que, diminuição progressiva da função renal implique em comprometimento de essencialmente todos os outros órgãos. A função renal é avaliada pela filtração glomerular (FG) e sua diminuição é observada na Doença Renal Crônica associada a perda das funções regulatórias, excretórias e endócrinas do rim. Quando a FG atinge valores muito baixos, inferiores a 15ml/min/1,72m², estabelece-se o que denominamos falência funcional renal. Ou seja, o estágio mais avançado do continuum de perda progressiva observado na DRC (GOMES *et al.*, 2010).

Idealmente, os pacientes em estágio 5 da DRC devem ser preparados com antecedência para o início da TRS, evitando-se procedimentos de urgência. Para tanto, desde o estágio 4 (TFG estimada <30mL/min/1,73m²) deveriam receber orientações sobre as opções de tratamento da DRC em estágio terminal (KIRSZTAJN *et al.*, 2011).

A hemodiálise é o tratamento dialítico mais utilizado na atualidade (FAYERS; MACHIN, 2000). Emprega o processo de difusão através de uma membrana semipermeável, para remover as substâncias indesejáveis do sangue, enquanto fornece componentes desejáveis (HARRISON, 1998). A prescrição do tratamento é em média três sessões semanais, por um período de três a cinco horas por sessão, dependendo das necessidades individuais (RIELLA, 2003).

Ao contrário dessa modalidade dialítica, que é realizada em centros específicos, a diálise peritoneal é uma técnica preferencialmente domiciliar, que utiliza o peritônio como membrana semipermeável para remoção de líquidos e escórias. Normalmente, é realizada de forma diária pelo próprio paciente, familiares ou cuidadores. Nesse caso, o dialisato é infundido através de um cateter tunelizado e flexível na cavidade abdominal, permanece por um período pré-determinado e é drenado pela mesma via, levando consigo os produtos de degradação do metabolismo, assim como o excesso de líquido (HARRISON, 1998).

No transplante renal, implanta-se um rim saudável em um paciente portador de doença renal crônica terminal. É o tratamento de escolha para pacientes nesse estágio, que não apresentem contra-indicações ao procedimento e, além de ser mais custo-efetivo que os procedimentos dialíticos, oferece melhor sobrevida e qualidade de vida (SIVIERO *et al.*, 2013).

A DRC é um problema de grande relevância clínica, cuja evolução depende da qualidade do tratamento ofertado em todos os estágios. A identificação dos grupos de risco para desenvolver a doença, o diagnóstico imediato, o encaminhamento para acompanhamento nefrológico e a implementação das medidas que retardam sua progressão, aliadas ao diagnóstico e tratamento de suas complicações e comorbidades, são estratégias que fundamentam os princípios da prevenção da doença renal (RIELLA, 2010).

1.2 DISTÚRBIOS DO SONO

O sono é uma condição fisiológica de atividade cerebral, natural e periódica, caracterizada por modificação do estado de consciência, redução da sensibilidade aos estímulos ambientais, acompanhados por características motoras e posturais próprias, além de alterações autônomas. A ocorrência do sono em ciclos previsíveis e a natural capacidade de reversão de um estado de relativa não reação a estímulos externos (sono-vigília) são condições que permitem distinguir o sono de estados de perda de consciência patológicos (GOMES; QUINHONES; ENGELHARDT, 2010).

Durante cada noite de sono, uma pessoa passa por estágios de dois diferentes tipos que se alternam entre si. Estes são chamados de sono de ondas lentas, porque neste tipo as ondas cerebrais são muito lentas; e sono REM, que significa sono dos movimentos oculares rápidos, porque neste tipo, os olhos movimentam-se rapidamente, apesar de a pessoa ainda estar dormindo.

A maior parte do sono durante a noite é de ondas lentas. Este é o tipo de sono profundo, repousante, que a pessoa tem na primeira hora após ter estado desperta por muitas horas. Os episódios de sono REM ocorrem periodicamente durante o repouso e ocupam cerca de 25% do tempo de sono de um adulto jovem. Normalmente, voltam a cada 90 minutos,

aproximadamente. Este tipo não é tão repousante e, geralmente, associa-se a sonhos vívidos (GUYTON; HALL, 1997).

A necessidade diária de sono varia com a idade e de forma individual. A maioria dos adultos não se sente completamente refeito de sua necessidade de sono com menos de 7 horas por dia. A privação total do sono em uma noite leva ao fenômeno de rebote nas 2 noites seguintes. Assim, há tendência a aumento nas proporções de sono REM na noite seguinte e aumento do sono NREM na segunda noite, voltando-se à arquitetura normal do sono somente na terceira noite. (Disponível em: <<http://rnp.fmrp.usp.br/aulas/SonoNormalClassificacaoDosDisturbios.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2013).

Os Distúrbios do Sono têm recebido atenção especial nos últimos anos. Na população geral, associam-se a maior utilização de serviços de saúde e medicamentos hipnóticos, além de diminuição da qualidade de vida e piora nas habilidades funcionais (UNRUH et al, 2006). Nos pacientes com doença renal crônica estes distúrbios correlacionam-se ainda com maior risco cardiovascular, determinando mortalidade precoce. A prevalência estimada por estudos varia de 45 a 80% dos pacientes em tratamento dialítico, enquanto na parcela em tratamento conservador ainda é desconhecida (COHEN, 2007), Sonolência diurna excessiva e distúrbios do sono, incluindo Síndrome da Apnéia do Sono, Síndrome das Pernas Inquietas e Distúrbios dos Movimentos Periódicos dos Membros ocorrem com frequência crescente na população em estágio final da doença renal (PERL; UNRUH; CHAN, 2006).

Um recente estudo na população geral concluiu que a privação de sono afeta negativamente a função cognitiva e as funções biológicas que a sustentam, enquanto outro estudo mostrou uma redução na atenção e déficit no processamento de informações. Kutner et al relataram, para ambas as modalidades dialíticas, associação entre depressão e distúrbio do sono com menores níveis de função cognitiva (KUTNER, 2007).

1.3 QUALIDADE DE VIDA

Qualidade de vida é um termo que representa um resultado final de todo um processo histórico cujas primeiras tentativas conceituais surgem a partir de 384 a.C. com

Aristóteles, que se refere à associação entre felicidade e bem-estar. (FAYERS; MACHIN, 2000).

É definida pela Organização Mundial da Saúde (1998) como “a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, no contexto cultural e sistema de valores do local onde vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Abrange domínios de funcionamento, como condições físicas e capacidade funcional, condições psicológicas e bem estar, interações sociais, condições ou fatores econômicos e/ou vocacionais e condições religiosas e/ou espirituais. A avaliação da qualidade de vida é realizada com base na percepção que o indivíduo tem em relação a cada uma destas áreas e a terminologia utilizada pode diferir entre os investigadores (Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n2/a10v12n2.pdf>>. Acesso em: 29 Abr. 2013).

As terapias de caráter crônico apresentam 03 objetivos básicos: aumentar a longevidade, reduzir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Os dois primeiros são relativamente fáceis de medir e têm sido tradicionalmente adotados na avaliação da eficácia de determinado tratamento, enquanto o terceiro só teve sua importância reconhecida muito recentemente, em virtude, principalmente, da evolução de programas preventivos e terapêuticos e aumento da sobrevida destes pacientes, passando-se, então, a desenvolver os mais variados métodos para sua mensuração. (BARBOSA *et al.*, 2007).

O progresso da nefrologia e o aumento da sobrevida dos portadores de doença crônica fazem com que os profissionais de saúde se preocupem cada vez mais com a manutenção da QV desses pacientes. Sendo assim, apesar da reconhecida efetividade dos tratamentos oferecidos aos portadores de DRC - com inclusão do desenvolvimento de alta tecnologia de máquinas e procedimentos, fatores facilitadores para sobrevida consideravelmente prolongada - constata-se por meio da literatura uma queda substancial na qualidade de vida dos doentes (FLECK *et al.*, 1999).

Em pacientes renais crônicos, é influenciada pela própria doença e pelo tipo de terapia de substituição da função renal. Fatores como idade do paciente, presença de anemia, comorbidades e depressão podem ser importantes influenciadores. Alguns destes problemas, quando identificados no início do tratamento, são passíveis de intervenção, que pode influenciar favoravelmente a evolução da doença (Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n2/a10v12n2.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2013).

Além de fatores associados ao tratamento, pacientes em diálise têm outras fontes de stresse, como dificuldades profissionais e redução da renda mensal, diminuição da capacidade ou do interesse sexual, medo da morte, restrições dietéticas e hídricas, alterações da imagem corporal e práticas específicas de higiene, tornando necessário o fornecimento de suporte social e educacional como parte integrante do tratamento (Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n2/a10v12n2.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2013). A pior qualidade de vida na população em estágio final de doença renal pode ser atribuída à presença de distúrbios do sono concomitante a estes fatores (PERL; UNRUH; CHAN, 2006).

Na vivência cotidiana com estes pacientes, os mesmos expressam sentimentos como medo do desconhecido, da incapacidade, do não sustento da família, da auto-imagem e, até mesmo da morte. Por outro lado, também reconhecem que o tratamento possibilita a espera pelo transplante renal e, com isso, uma expectativa de melhorar a sua qualidade de vida (SILVA *et al.*, 2013).

A diálise peritoneal vem sendo apontada como uma modalidade de terapia renal substitutiva que favorece o retorno e a manutenção do paciente com DRC terminal ao mercado de trabalho, em função de maior autonomia para o auto cuidado, da flexibilidade para a realização do tratamento no domicílio, com retorno ao ambulatório apenas 01 vez ao mês. Contudo, pode-se observar que esses pacientes ainda encontram dificuldades para continuar desempenhando suas atividades laborais (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Carmichael *et al.* mostraram que, em comparação com a população geral, os pacientes em diálise apresentaram pior qualidade de vida em todos os aspectos estudados. Barbosa *et al.* avaliaram 114 pacientes em hemodiálise através do questionário SF- 36 e evidenciaram importante rebaixamento do nível de QV, sobretudo no que se referia aos aspectos físicos (CARMICHAEL *et al.*, 2007).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, L. M. M; ANDRADE JR, Manoel Pacheco; BASTOS, Kleyton de Andrade. Preditores de Qualidade de Vida em Pacientes com Doença Renal Crônica em Hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, 2007. Caderno, p. 222.

CARMICHAEL, P; POPOOLA, J; JOHN, I; STEVENS P.E; CARMICHAEL, A. R. Assessment of quality of life in a single centre dialysis population using the KDQOL-SF questionnaire. *Quality of Life Research*, Reino Unido, 9 mar. 2000. Caderno, p. 195-205.

Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. New York, National Kidney Foundation, 2002.

COHEN, Scott D.; PATEL, Samir S.; Khetpal Prashant; PETERSON, Rolf A.; KIMMEL, Paul L. Pain, Sleep Disturbance, and quality of life in patients with chronic kidney disease. **Clinical Journal of the American Society Nephrology**, set. 2007. Caderno, p. 919-925.

Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável BASTOS, Marcus Gomes; BREGMAN Rachel; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. *Revista da Associação de Medicina Brasileira*. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302010000200028>>. Acesso em: 24 out. 2013.

FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; HAUSER, Stephen L.; LONGO, Dan L.; JAMESON, J. Larry; BRAUNWALD, Eugene. **Medicina Interna de Harrison**. 18. ed. São Paulo: Atmed, 2013, 2. v.

FAYERS P. M; MACHIN D. **Quality of life. Assessment, analysis and interpretation**. Chichester: John Wiley: 2000.

FLECK, M. P et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL - 100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, p. 21-28, 1999.

GOMES, Marleide da Mota; QUINHONES, Marcos Schmidt; ENGELHARDT, Elias. Neurofisiologia do sono e aspectos farmacoterapêuticos dos seus transtornos. **Revista Brasileira de Neurologia**, n. 46. p. 5-15, 2010.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

ILIESCU, Eduard A.; YEATES, Karen E.; HOLLAND, David C. Quality of sleep in patients with chronic kidney disease. **Nephrology Dialysis Transplantation**, jun. 2004. Caderno, p. 95-99.

KIRSZTAJN G. M; ROMÃO JR., J. E; SOUZA, E; SORIANO, E. A; RIBAS D. F.; ANDRADA, N. C; Bastos, M. G. Doença Renal Crônica (Pré-terapia Renal Substitutiva): Tratamento. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes11/doenca_renal_cronica_pre_terapia_renal_substitutiva_tratamento.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2013.

KUTNER, N.G.; ZHANG, R; HUANG, Y; BLIWISE, D. L. Association of sleep difficulty with Kidney Disease Quality of Life cognitive function score reported by patients who recently started dialysis. **Clinical Journal of the American Society Nephrology**, jan. 2007. Caderno p. 284-289.

MUCSI, Istyan; RETHELYI, Janos; VAMOS, Eszter; CSEPANVI, Gabor; TOMPA, Gyorgyi; BAROTFI, Szabolcs, *et al.* Sleep disorders and illness intrusiveness in patients on chronic dialysis. **Nephrology Dialysis Transplantation**, mai. 2004. Caderno, p. 1815-1822.

OLIVEIRA, Marília Pilotto; KUSUMOTA, Luciana; MARQUES, Sueli; RIBEIRO, Rita de Cássia Helú Mendonça; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani; HAAS, Vanderlei José. Trabalho e qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em diálise peritoneal. Scielo, out. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002012000300006&lng=pt>. Acesso em: 01 out. 2013.

PERL J; UNRUH, M. L; CHAN C. T. Sleep disorders in end-stage renal disease: 'Markers of inadequate dialysis'? **Kidney International**, Toronto, 13 set. 2006. Caderno, p. 1687-1693.

RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2003.

SESSO, Ricardo de Castro Cintra; LOPES, Antonio Alberto; THOMÉ, Fernando Saldanha; LUGON, Jocemir Ronaldo; WATANABLE Yoshimi; SANTOS, Daniel Rinaldi. Diálise crônica no Brasil – Relatório do Censo Brasileiro de Diálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, jul/set. 2012. Caderno, p. 272-277.

SILVA, Alessandra Silva; SILVEIRA, Rosemary Silva; FERNANDES, Geani Farias Machado; TOMASCHEWSKI, Jamila Geri; BORDIGNON, Simoní Saraiva. Percepções do paciente renal submetido à hemodiálise e sua influência na qualidade de vida. SILVA, Alessandra Silva da et al. Percepções do paciente renal submetido à hemodiálise e sua influência na qualidade de vida. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, 2013.

SIVIERO, Pamila; MACHADO, Carla Jorge; RODRIGUES, Roberto Nascimento. **Doença renal crônica: um agravo de proporções crescentes na população brasileira**. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR, 2013.

UNRUH, M. L. et al. Sleep quality and its correlates in the first year of dialysis. **Clinical Journal of the American Society Nephrology**, mar. 2006. Caderno, p. 802-810.

REFERÊNCIAS ELETRÔNICAS

Disponível em: <<http://rnp.fmrp.usp.br/aulas/SonoNormalClassificacaoDosDisturbios.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2013.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n2/a10v12n2.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2013.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n2/a10v12n2.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2013.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

OBJETIVOS

O Jornal Brasileiro de Nefrologia (JBN) - ISSN 0101-2800 - é uma publicação trimestral (março, junho, setembro e dezembro) da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) com a finalidade de publicar trabalhos originais de todas as áreas relevantes da NEFROLOGIA em nosso meio. Além dos números regulares, o JBN publica suplementos anuais, que incluem JBN Educacionais, voltados principalmente à atualização clínica. Na seleção dos artigos para publicação, avaliam-se a originalidade, a relevância do tema e a qualidade da metodologia científica utilizada, além da adequação às normas editoriais adotadas pela revista. Todos os artigos publicados serão revisados por pareceristas anônimos. A decisão sobre a aceitação do artigo para publicação ocorrerá, sempre que possível, no prazo de três meses a partir da data de seu recebimento. Os direitos autorais dos artigos automaticamente são transferidos para o Jornal Brasileiro de Nefrologia. O conteúdo do material enviado para publicação no JBN não poderá ter sido publicado anteriormente, nem submetido para publicação em outras revistas. Para serem publicados em outras revistas, ainda que parcialmente, necessitarão de aprovação por escrito dos Editores. Os conceitos e declarações contidos nos trabalhos são de total responsabilidade dos autores. Artigos de revisão, atualização ou cartas devem ser redigidos em português ou inglês. O artigo deve se enquadrar em uma das diferentes categorias de artigos da revista.

SÃO ACEITOS PARA PUBLICAÇÃO

Editorial

Comentário crítico e aprofundado, preparado a convite dos Editores e/ou submetido por pessoa com notório saber sobre o assunto abordado. Os editoriais podem conter até 900 palavras e cinco referências.

Artigos Originais

Apresentam resultados inéditos de pesquisa, constituindo trabalhos completos que contêm todas as informações relevantes para o leitor que deseja repetir o trabalho do autor ou avaliar seus resultados e conclusões. Os artigos podem conter até 5.000 palavras. A sua estrutura formal deve apresentar os tópicos Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões. O uso de subtítulos é recomendado particularmente na discussão do artigo. Implicações clínicas e limitações do estudo devem ser apontadas. Sugere-se, quando apropriado, o detalhamento do tópico "Método", informando o desenho do estudo, o local onde foi realizado, os participantes do estudo, os desfechos clínicos de interesse e a intervenção. Para esses artigos, deve-se apresentar um resumo contendo Introdução, Objetivo(s), Métodos, Resultado(s) e Conclusão(ões).

Comunicações Breves

Artigos originais, porém mais curtos, abordando campos de interesse para a Nefrologia, com resultados preliminares ou de relevância imediata, devem ter até 1.500 palavras. Incluir um resumo, seguindo o modelo dos artigos originais, e, no máximo, uma tabela ou figura, além de, no máximo, 15 referências bibliográficas. As comunicações breves devem ser encaminhadas apenas em português.

Artigos de Revisão

Preferencialmente solicitados pelos Editores a especialistas da área. Objetivam englobar e avaliar criticamente os conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, comentando trabalhos de outros autores, baseados em uma bibliografia abrangente ou eventualmente por demanda espontânea. Devem conter até 6.000 palavras. O texto do artigo deve apresentar Introdução, Discussão, Conclusão e outras subdivisões, se necessárias (Ex: "Quadro clínico", "Tratamento"). Esses artigos devem apresentar resumo, não necessariamente estruturado. Uma lista abrangente, porém não excessiva, de referências bibliográficas deve aparecer no final do texto. Preferencialmente até 80 referências para artigos nesta modalidade.

Artigos de Atualização

Destinados a abordar informações atuais relevantes à prática clínica, menos completos que os artigos de revisão.

Preferencialmente por convite dos editores e eventualmente por demanda espontânea. Devem conter até 2.000 palavras, apresentar um resumo não necessariamente estruturado e, preferencialmente, até 40 referências bibliográficas.

Relatos de Casos

Apresentação de experiência profissional, baseada em estudo de casos peculiares e comentários sucintos de interesse para atuação de outros profissionais da área. Devem conter até 1.500 palavras. A sua estrutura deve apresentar, no mínimo, os seguintes tópicos: Introdução, explicando a relevância do caso; Apresentação estruturada do caso (por exemplo: identificação do paciente, queixa e história patológica pregressa, antecedentes pessoais e familiares e exame clínico); e Discussão.

Ensaio Clínico

Toda matéria relacionada com pesquisa humana e pesquisa animal deve ter aprovação prévia da Comissão de Ética em Pesquisa da Instituição na qual o trabalho foi realizado, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsinque (1964 e suas versões de 1975, 1983 e 1989), das Normas Internacionais de Proteção aos Animais e da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa com seres humanos. É necessário disponibilizar no trabalho o número deste protocolo.

Cartas

Opiniões e comentários sobre o conteúdo da revista, sua linha editorial ou sobre temas de relevância científica: os textos devem ser breves, com, no máximo, 500 palavras. Podem ser comentários sobre material publicado na revista ou trazer dados novos e observações clínicas. Apenas uma tabela e uma figura são permitidas e, no máximo, cinco referências. Todos os autores (máximo de cinco) devem assinar a carta.

Consulta Nefrológica em 10 Minutos

Obrigatoriamente a convite dos editores, essa seção tem como principal objetivo oferecer aos leitores uma consulta rápida sobre temas do dia a dia da nefrologia. O texto deverá conter, em média, 630 palavras. Apenas uma tabela e uma figura são permitidas e, no máximo, cinco referências.

Suplementos/JBN Educacionais: a convite dos Editores

Com temas específicos relevantes à atualização clínica, são compostos por um editorial ou apresentação e artigos de atualização. Devem conter até 2.000 palavras, apresentar um resumo não necessariamente estruturado e, preferencialmente, até 40 referências bibliográficas.

Pró-memória

Documentação histórica de assuntos relacionados à nefrologia ou áreas relevantes, do ponto de vista histórico.

REQUISITOS TÉCNICOS

Devem ser enviados:

a) arquivo word (.doc ou .rtf), digitado em espaço duplo, fonte tamanho 12, margem de 3 cm de cada lado, com páginas numeradas em algarismos arábicos, iniciando-se cada seção em

uma nova página, consecutivamente: página de título, resumo e descritores, texto, agradecimentos, referências, tabelas e legendas – excluem-se imagens, que devem ser enviadas em formato jpg ou tiff;

b) permissão para reprodução do material;

c) aprovação do Comitê de Ética da Instituição onde foi realizado o trabalho, quando referente a intervenções (diagnósticas ou terapêuticas) em seres humanos;

d) carta assinada por todos os autores no termo em que se afirme o ineditismo do trabalho. A ausência de assinatura será interpretada como desinteresse ou desaprovação da publicação, determinando a exclusão editorial do nome dessa pessoa da relação de autores;

e) endereço completo do autor correspondente.

MODELO DE CARTA DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS (PERMISSÃO PARA REPRODUÇÃO DO MATERIAL)

Senhor Editor,

Pela presente, nós, abaixo-assinados, encaminhamos o artigo (*nome do trabalho*), de nossa autoria, apresentado como artigo (*modalidade – original; revisão; atualização; relato de caso; etc.*) à apreciação do Corpo Editorial do Jornal Brasileiro de Nefrologia para publicação. Em atenção às normas constantes das “*Instruções aos Autores*”, informamos que:

a) o referido estudo foi realizado na (*nome da instituição*);

b) o protocolo foi aprovado pelo Comitê de Ética de nossa instituição;

c) o termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado para os estudos que envolvem seres humanos;

d) cedemos para a Sociedade Brasileira de Nefrologia, em caráter irrevogável, em caso de aceitação para publicação, os direitos autorais do estudo que ora encaminhamos, reconhecendo ser vedada qualquer reprodução, total ou parcial, sem prévia e necessária autorização solicitada por escrito e obtida da SBN;

e) estamos guardando cópia do material ora encaminhado; e

f) o trabalho teve o suporte financeiro de (nomes das instituições que deram apoio à realização do estudo).

No que se refere ao imperativo ético de apontar possíveis fatores capazes de influenciar os resultados da pesquisa, salientamos que (*explicitar, se for o caso, as relações que envolvem conflitos de interesse profissionais, financeiros e benefícios diretos ou indiretos, ou declarar explicitamente a inexistência de tais vinculações*).

Para viabilizar a troca de correspondência, ficam estabelecidos os seguintes dados: *nome do autor escolhido, seguido do nome da instituição, do endereço postal completo, do número de telefone e, se possível, do endereço eletrônico*.

Sendo o que era para o momento, e no aguardo de sua manifestação, subscrevemo-nos.

Atenciosamente,

(Local e data, seguidos das assinaturas dos respectivos nomes completos)

PREPARO DO MANUSCRITO

Página de identificação: devem constar da primeira página: a) Título do artigo, que deve ser conciso e completo, descrevendo o assunto a que se refere (palavras supérfluas devem ser omitidas). Deve-se apresentar a versão do título para o inglês; b) nome dos autores; c) instituição e/ou setor da instituição a que cada autor está filiado, acompanhada dos respectivos endereços (títulos pessoais e cargos ocupados não deverão ser indicados); d) nome do departamento e/ou da instituição onde o trabalho foi realizado; e) indicação do autor responsável pela correspondência; f) se o trabalho tiver sido subvencionado, deve-se indicar o nome da agência de fomento que concedeu o subsídio; g) se tiver sido baseado em uma tese acadêmica, deve-se indicar o título, ano e a instituição em que foi apresentada; h) se tiver sido apresentado em reunião científica, deve-se indicar o nome do evento, o local e a data da realização.

Resumo e descritores: os artigos originais, comunicações breves, artigos de revisão e artigos de atualização, escritos em português, devem conter, na segunda página, o resumo em português e em inglês. Os resumos devem identificar os objetivos, os procedimentos e as conclusões do trabalho (máximo de 250 palavras para resumos, que deverão ser estruturados). Os resumos estruturados devem apresentar, no início de cada parágrafo, o nome das

subdivisões que compõem a estrutura formal do artigo (Introdução, Objetivo, Método, Resultado e Conclusão). Os descritores (palavras-chave), expressões que representam o assunto tratado no trabalho, devem ser em número de 3 a 10, fornecidos pelo autor, baseando-se no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme, que é uma tradução do MeSH (*Medical Subject Headings*) da *National Library of Medicine* e disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>. Devem ser apresentados em português e em inglês.

Texto: deverá obedecer à estrutura exigida para cada categoria de artigo. Citações no texto e as referências citadas nas legendas das tabelas e das figuras devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto, com algarismos arábicos (números-índices). As referências devem ser citadas no texto sem parênteses, em expoente, conforme o exemplo: Referências².

Tabelas: cada tabela deve ser enviada em um arquivo separado. As tabelas devem ser numeradas consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e encabeçadas por um título apropriado. Devem ser citadas no texto, sem duplicação de informação. As tabelas, com seus títulos e rodapés, devem ser autoexplicativas. Tabelas provenientes de outras fontes devem citar as referências originais no rodapé.

Figuras e gráficos: as ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos etc.) devem ser enviadas individualmente, em formato JPG (em alta resolução - 300 dpi). Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e ser suficientemente claras para permitir sua reprodução. As legendas para as figuras deverão constar em arquivo separado. Não serão aceitas fotocópias. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores devem providenciar a permissão, por escrito, para a sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Análise estatística: os autores devem demonstrar que os procedimentos estatísticos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (p. ex, $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$) devem ser mencionados.

Abreviações: as abreviações devem ser indicadas no texto no momento de sua primeira utilização. Em seguida, não se deve repetir o nome por extenso.

Nome de medicamentos: deve-se usar o nome genérico.

Havendo citação de aparelhos/equipamentos: todos os aparelhos/equipamentos citados devem incluir modelo, nome do fabricante, estado e país de fabricação.

Agradecimentos: devem incluir a colaboração de pessoas, grupos ou instituições que mereçam reconhecimento, mas que não tenham justificadas suas inclusões como autoras; agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico etc. Devem vir antes das referências bibliográficas.

Referências: devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto e identificadas com algarismos arábicos. A apresentação deverá estar baseada no formato denominado "*Vancouver Style*", conforme exemplos abaixo, e os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela *List of Journal Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine* e disponibilizados no endereço: <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf>.

Os autores devem certificar-se de que as referências citadas no texto constam da lista de referências com datas exatas e nomes de autores corretamente grafados. A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores. Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências bibliográficas; apenas citados no texto ou em nota de rodapé.

A LISTA DE REFERÊNCIAS DEVE SEGUIR O MODELO DOS EXEMPLOS ABAIXO:

Artigos de periódicos (de um até seis autores)

Almeida OP. Autoria de artigos científicos: o que fazem os tais autores? Rev Bras Psiquiatr 1998;20:113-6.

Artigos de periódicos (mais de seis autores)

Slatopolsky E, Weerts C, Lopez-Hilker S *et al.* Calcium carbonate as a phosphate binder in patients with chronic renal failure undergoing dialysis. N Engl J Med.1986; 315:157-61.

Artigos sem nome do autor

Cancer in South Africa[editorial]. S Afr Med J 1994; 84:15.

Livros no todo

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

Capítulos de livro

Phillips SJ, Whisnant JP. *Hypertension and stroke.* In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

Livros em que editores (organizadores) são autores

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Teses

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

Trabalhos apresentados em congressos

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. *In*: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland;1992. p. 1561-5.

Artigo de periódico em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[24 screens]. Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

Outros tipos de referência deverão seguir o documento International Committee of Medical Journal Editors (Grupo de Vancouver), disponível na Internet no site www.icmje.org, *October* 2004.

Envio do manuscrito

As submissões devem ser feitas *on-line* pelo *site* www.jbn.org.br. É imprescindível que a permissão para a reprodução do material, as cartas com a aprovação do Comitê de Ética da Instituição onde foi realizado o trabalho - quando referente a intervenções (diagnósticas ou terapêuticas) e seres humanos - e aquela assinada por todos os autores em que se afirme o ineditismo do trabalho sejam enviadas por fax à SBN (fax número: 11 5573-6000) ou escaneadas e enviadas para o e-mail jbn@sbn.org.br.

Lista de verificação para envio de artigos

Antes de encaminhar seus artigos para publicação no *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, os autores devem verificar se o material encaminhado obedece às seguintes condições:

Autores

- () São apresentados nome e sobrenome dos autores.
- () São apresentadas as instituições às quais cada autor é vinculado.
- () Carta de apresentação atende os requisitos éticos (assinada por todos os autores, menciona conflitos de interesse existentes, citadas as fontes de apoio ou financiamento etc.).

Título

- () É apresentado em português, em inglês e título resumido.

Modalidade

() É apresentada a modalidade do artigo (original, revisão, relato de caso, atualização e outros)

Resumo

() É estruturado e contém até 250 palavras (artigo original e comentário breve).

() Contém até 150 palavras (artigo de atualização e de revisão).

() É apresentado em português e em inglês (exceto carta e relato de caso).

Descritores (palavras-chave)

() Integram o vocabulário do Decs (Bireme-Lilacs).

() Estão apresentados em português e em inglês.

Referências

() Seguem as normas do Grupo de Vancouver (Ex: Veja KJ, Pina I, Krevsky B. *Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med* 1996; 124:980-3.

() São numeradas na ordem em que aparecem no texto.

() São identificadas por algarismos arábicos, sobrescritos. Ex: “conforme atesta Johnson 1”.

() Obedecem, preferencialmente, ao limite de 40 para artigos originais, 15 para comunicações breves, 15 para relatos de caso, 80 para artigos de revisão e 40 para artigos de atualização.

Apresentação

() Em sua versão eletrônica, o trabalho está redigido em um único arquivo de texto em formato .doc ou .rtf (Microsoft Word).

() As tabelas e figuras não ultrapassam, em conjunto, o limite máximo de seis unidades.

() Em sua versão eletrônica, as tabelas são apresentadas em formato .doc (Microsoft Word) ou .xls (Microsoft Excel).

() Em sua versão eletrônica, as ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos etc.) devem ser enviadas individualmente, em formato .jpg (em alta resolução – 300 dpi).

Considerações éticas e legais

Segue as normas do *Uniform Requirements for Manuscripts (URM) Submitted to Biomedical Journals* desenvolvidas pelo *The International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)* – fevereiro de 2006.]

Considerações éticas e legais

Segue as normas do *Uniform Requirements for Manuscripts (URM) Submitted to Biomedical Journals* desenvolvidas pelo *The International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)* - fevereiro de 2006.]

Conflito de interesse

A confiança pública no processo de revisão por pares e a credibilidade dos artigos publicados dependem, em parte, de como o conflito de interesse é administrado durante a redação, revisão por pares e a decisão editorial. O conflito de interesse existe quando um autor (ou instituição do autor), revisor ou editor tem relações financeiras ou pessoais que influenciem de forma inadequada (viés) suas ações (tais relações são também conhecidas como duplo compromisso, interesses conflitantes ou fidelidades conflitantes). Essas relações variam entre aqueles com potencial insignificante para aqueles com grande potencial para influenciar o julgamento, e nem todas as relações representam verdadeiro conflito de interesse. O potencial conflito de interesse pode existir dependendo se o indivíduo acredita ou não que a relação afete seu julgamento científico. Relações financeiras (tais como emprego, consultorias, posse de ações, testemunho de especialista pago) são os conflitos de interesse mais facilmente identificáveis e os mais susceptíveis de minar a credibilidade da revista, dos autores, e da própria ciência. No entanto, podem ocorrer conflitos por outras razões, tais como relações pessoais, competição acadêmica e paixão intelectual.

Consentimento informado

Os doentes têm o direito à privacidade que não deve ser infringida sem o consentimento informado. Identificação de informações, incluindo os nomes dos pacientes, iniciais ou números no hospital, não devem ser publicadas em descrições, fotografias e genealogias, a menos que a informação seja essencial para os propósitos científicos e o paciente (ou responsável) dê o consentimento livre e esclarecido para a publicação.

O consentimento informado para este propósito requer que o manuscrito a ser publicado seja mostrado ao paciente. Os autores devem identificar os indivíduos que prestam a assistência a escrever e divulgar a fonte de financiamento para essa assistência. Detalhes identificadores devem ser omitidos se não são essenciais.

O anonimato completo é difícil de se conseguir, no entanto, no caso de qualquer dúvida, o consentimento deve ser obtido. Por exemplo, mascarar a região ocular em fotografias de pacientes é uma proteção de anonimato inadequada. Se as características de identificação são alteradas para proteger o anonimato, como na linhagem genética, os autores devem garantir que as alterações não distorçam significado científico. Quando o consentimento informado foi obtido, ele deve ser indicado no artigo publicado.

Princípios éticos

Ao relatar experimentos em seres humanos, os autores devem indicar se os procedimentos seguidos estiveram de acordo com os padrões éticos do comitê responsável por experimentação humana (institucional e nacional) e com a Declaração de Helsinki de 1975, revisado em 2000. Se houver dúvida se a pesquisa foi realizada em conformidade com a Declaração de Helsinki, os autores devem explicar a razão para sua abordagem e demonstrar que o corpo de revisão institucional aprovou explicitamente os aspectos duvidosos do estudo. Ao relatar experimentos com animais, os autores devem indicar se as orientações institucionais e nacionais para o cuidado e utilização de animais de laboratório foram seguidas.

ARTIGO ORIGINAL

Impacto dos Distúrbios do Sono na Qualidade de Vida de Renais Crônicos em Diálise
Impact of Sleep Disorders on Quality of Life in Chronic Renal Dialysis

Autores: Lânia Nóia S. Santos ^I; Kleyton de Andrade Bastos ^{II}.

^I Acadêmica do Sexto Ano da Universidade Federal de Sergipe - UFS, São Cristóvão, Sergipe, Brasil.

^{II} Professor Adjunto de Nefrologia do Departamento de Medicina da UFS; Nefrologista da CLINESE.

Correspondência:

Lânia Nóia Santana Santos: Rua Erundina Nobre Santos, 51, Bloco Porto das pedras, apto 104, Luzia

Telefone: (79)3217-8403/(79)9953-8962

E-mail: lanianoia@hotmail.com

Instituição: Hospital Universitário

Conflito de interesses: Nada a declarar / Fonte financiadora: Não houve

RESUMO:

INTRODUÇÃO: Os distúrbios do sono correspondem a uma das principais queixas em renais crônicos em terapia dialítica e são apontados como fator de influência negativa na qualidade de vida desta população.

OBJETIVOS: Avaliar a prevalência de distúrbios do sono na população em diálise e a relação de tais distúrbios com a qualidade de vida dos doentes.

METODOLOGIA: Estudo do tipo transversal, envolvendo pacientes renais crônicos, em hemodiálise ou diálise peritoneal. Os pacientes foram avaliados através de questionários específicos de distúrbios do sono, sonolência diurna e qualidade de vida. **RESULTADOS:** A maioria dos pacientes foi homem, com média de idade de $50,95 \pm 15,36$ anos e submetidos à hemodiálise. A sonolência diurna esteve presente em 48% da amostra, 17,2% apresentou distúrbios do sono e 52,4% qualidade do sono ruim. As dimensões do KDQOL mais prejudicadas nessa população foram sobrecarga da doença renal, função física e, principalmente, perfil profissional. Pelo teste estatístico U de Mann-Whitney, evidenciou-se que pacientes com sonolência diurna e distúrbios do sono apresentaram pior qualidade de vida.

CONCLUSÃO: Os distúrbios do sono aparecem na população dialítica com prevalência significativa e associam-se com pior qualidade de vida de tais doentes. Tal fato alerta para a

necessidade de um acompanhamento multidisciplinar desses pacientes a fim de minimizar a incidência dos transtornos do sono e evitar o comprometimento de sua qualidade de vida.

Descritores: Doença Renal Crônica, Diálise, Distúrbios do Sono, Qualidade de Vida.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Sleep disorders are among the most prevalent complaints in dialysis patients and are considered an important factor of negative influence on quality of life.

OBJECTIVES: To evaluate the prevalence of sleep disorders in dialysis population and study the relationship of these disorders with the quality of life in this group.

METHODS: A cross sectional study was conducted on kidney patients on dialysis or peritoneal dialysis. The patients ask specific questionnaires about sleep disturbances, daytime sleepiness and quality of life.

RESULTS: The most of the patients were men, $50,95 \pm 15,36$ years old, on hemodialysis. Daytime sleepiness was present in 48% and sleep disorders in 17,2%, while poor sleep quality was related in 52,4% of the sample. The most affected dimensions of KDQOL were overhead of renal disease, physical function and, especially, professional profile. The statistical test U of Mann- Whitney showed patients with daytime sleepiness and sleep disorders had a poorer quality of life.

CONCLUSION: Sleep disturbances are highly prevalent in ESRD patients and are associated with poorer quality of life. It suggests the need of a multidisciplinary follow-up for these patients, in order to reduce the incidence of sleep disorders and avoid the decrement of their quality of life.

Descriptors: Chronic Kidney Disease, Dialysis, Sleep Disorders, Quality of Life

Introdução

A doença renal crônica (DRC) emerge em anos recentes como um sério problema de saúde nas populações contemporâneas, sendo considerada uma “epidemia” de crescimento alarmante. Entre as doenças de curso crônico, figura entre as que geram maior impacto na qualidade de vida (QV). Tal fato decorre de vários fatores, como necessidade de modificação alimentar e de hábitos, esquema terapêutico rigoroso, convívio com doença incurável e dependência de uma máquina nas fases avançadas, além de exercer efeito negativo sobre os níveis de energia e vitalidade, por vezes reduzindo ou limitando as interações sociais e prejudicando a saúde psíquica. Essas informações estão disponíveis em Silveira¹.

Sendo assim, de acordo com Fleck et al.², apesar da reconhecida efetividade dos tratamentos oferecidos aos portadores de DRC - com inclusão do desenvolvimento de alta tecnologia de máquinas e procedimentos, fatores facilitadores para sobrevida consideravelmente prolongada - constata-se por meio da literatura uma queda substancial na QV dos doentes.

Os distúrbios do sono têm recebido atenção especial nos últimos tempos, sendo apontados como uma das queixas mais frequentes na população dialítica. A alta prevalência resulta da associação entre fatores sócio- demográficos, estilo de vida e forma de tratamento. Uremia, anemia, aumento dos níveis séricos de potássio, tabagismo, alcoolismo, alteração do ritmo circadiano em decorrência da diálise e distúrbios psiquiátricos, como depressão, são segundo estudos, os fatores mais implicados, na sua gênese, como afirmam Unruh et al.³, Merlino⁴ e Sabry⁵.

Pesquisas como as de Shayamsunder et al.⁶, Davison⁷ e Kimmel⁸ apontam como consequência da privação de sono aumento da percepção de dor, depressão, déficit de

atenção, dificuldade no processamento de informações e comprometimento da função cognitiva.

Tais alterações são descritas como responsáveis por um efeito negativo sobre a QV e o status funcional, segundo Perl et al.⁹.

Percebe-se, na literatura, ampla variedade de publicações que avaliam qualidade e quantidade do sono em renais crônicos em tratamento dialítico. Entretanto, há certa carência de trabalhos que correlacionem esses achados com a QV dos doentes.

O presente estudo foi, então, realizado com o objetivo de avaliar a prevalência dos distúrbios do sono, bem como a sua influência sobre a qualidade de vida da população em uma população de pacientes em diálise.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo clínico transversal, realizado na CLINESE – Clínica de Nefrologia de Sergipe Ltda, em Aracaju- SE, no ano de 2013. Foram selecionados 356 pacientes adultos, com função cognitiva preservada e capazes de se comunicar verbalmente, que estavam clinicamente estáveis e há, pelo menos, 03 meses em hemodiálise ou diálise peritoneal, não submetidos a transplante renal anterior. Destes, alguns não aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, outros vieram a óbito ou necessitaram de internação hospitalar. Assim, ao final, foram pesquisados 273 pacientes.

Estes foram avaliados através de questionários específicos para distúrbios de sono e a QV, o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh, a Escala de Sonolência de Epworth e o Kidney Disease and Quality of Life Short Form (KDQOL-SF). Os questionários foram

aplicados aos pacientes por meio de entrevista realizada pelo próprio pesquisador, na CLINESE, durante as sessões de hemodiálise ou consultas de diálise peritoneal.

O Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh foi desenvolvido com o objetivo de fornecer uma medida de qualidade de sono padronizada, fácil de ser respondida e interpretada, que discriminasse os pacientes entre “bons dormidores” e “maus dormidores”. Consiste de 19 questões auto-administradas e 05 respondidas pelos companheiros de quarto. Estas últimas são utilizadas somente para informação clínica. As 19 questões são agrupadas em 07 componentes, com pesos distribuídos numa escala de 0 a 10. Estes componentes do PSQI, versões padronizadas de áreas rotineiramente avaliadas em entrevistas clínicas de pacientes com queixas em relação ao sono, são a qualidade subjetiva do sono, a latência para o sono, a duração do sono, a eficiência habitual do sono, os transtornos do sono, o uso de medicamentos para dormir e a disfunção diurna. As pontuações destes componentes são somadas para produzirem um escore global, que varia de 0 a 21, conforme Bertolazi¹⁰.

A Escala de Sonolência de Epworth trata-se de um questionário autoaplicável que avalia a probabilidade de adormecer em oito situações envolvendo atividades diárias, algumas delas conhecidas como sendo altamente soporíficas. O escore global varia de 0 a 24, de acordo com Johns^{11 12}.

O KDQOL-SF é um instrumento específico que avalia doença renal crônica terminal, aplicável a pacientes que realizam algum tipo de programa dialítico. É auto-aplicável e consiste em 80 itens, divididos em 19 escalas. Inclui o SF-36, que faz medidas genéricas, e é suplementado por escalas multi-itens, que se voltam para as preocupações particulares dos pacientes. O questionário cobre 80 itens e consiste de um instrumento genérico (SF-36), mais 43 itens específicos para DRC, segundo Kalantar-Zadeh¹³. Seus resultados são analisados através de 19 escalas, 11 das quais específicas para DRC (lista de

sintomas/problemas, efeitos da doença renal, papel profissional, função cognitiva, qualidade da interação social, função sexual, sono, apoio social, estímulo por parte da equipe de hemodiálise e satisfação do paciente) e oito referentes ao SF-36 (função física, aspecto físico, dor, saúde geral, bem-estar emocional, aspectos emocionais, aspectos sociais e energia/fadiga), informações obtidas em Lopes¹⁴. Dados sócio- demográficos, clínicos e laboratoriais foram obtidos a partir dos prontuários dos pacientes.

Análise de Dados

Os distúrbios do sono foram avaliados na população através do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh e a sonolência diurna através da Escala de Sonolência de Epworth. Com as pontuações obtidas no PSQI, dividiu-se, então, a amostra em 3 partes, em que os pacientes foram agrupados em: boa qualidade do sono, qualidade do sono ruim e distúrbios do sono. O mesmo foi feito para a ESS, agrupando os pacientes entre: ausência de sonolência diurna, sonolência diurna presente e sonolência diurna excessiva.

Na análise do KDQOL, os domínios variam de 0 a 100. Pontuações mais altas correspondem a melhores percepções da qualidade de vida. Valores iguais ou abaixo da pontuação mediana em cada domínio (≤ 50) indicam baixa QV. Para se obter um “escore global”, foi feito um somatório dos 19 domínios e extraída sua média. Obteve-se o ponto médio entre a maior e a menor média dos participantes e, com esse valor, dividiu-se a amostra em dois grupos: pior QV e melhor QV. As menores médias foram agrupadas como pior QV e as maiores como melhor QV.

Para relacionar os escores obtidos em ambos, EES e PSQI, com as médias do KDQOL, utilizou-se o teste estatístico U de Mann-Whitney, pois as análises apresentaram forma assimétrica.

Toda a análise foi feita utilizando-se o programa estatístico SPSS-19.

Resultados

Dos 273 pacientes que participaram do estudo, 61,9% eram homens, com média de idade de $50,95 \pm 15,36$ anos. Quanto à modalidade dialítica, 78,8% da amostra encontrava-se em hemodiálise e 21,3% em diálise peritoneal, como está ilustrado a Figura 1. Enquanto que a Tabela 1 sumariza as características clínico-demográficas da amostra.

Sobre a etiologia da doença renal, cerca de metade dos pacientes tinha doença de base desconhecida (51,3%) e os demais apresentavam entre nefropatia diabética (23,1%), glomerulopatias (8,4%), hipertensão arterial (6,6%), uropatia obstrutiva (2,6%), dentre outras.

A média do PSQI foi 6,57, com mediana de 6 e desvio-padrão igual a 2,87. Foi encontrado comprometimento da qualidade do sono em 69,6% da amostra e a sonolência diurna esteve presente em 48%, sendo considerada excessiva em 9,5% destes. A Tabela 2 e a Tabela 3 sumarizam tais dados.

As dimensões do KDQOL que tiveram maiores pontuações foram suporte social, função sexual, função cognitiva, estímulo da equipe de diálise e interação social. Por outro lado, sobrecarga da DRC, função física, função emocional e papel profissional obtiveram os piores escores. A Tabela 4 mostra as pontuações obtidas para os 19 domínios do KDQOL.

O teste U de Mann-Whitney revelou ($p < 0,001$) que indivíduos com boa qualidade do sono tiveram melhores índices no escore global do KDQOL (mediana=75,49), quando comparados com os portadores de qualidade do sono ruim (mediana=66,00) ou distúrbios do sono (mediana=61,45). Quanto à análise da EES, o teste mostrou relação semelhante ($p < 0,03$). Pacientes que não apresentavam sonolência diurna obtiveram melhor escore global do KDQOL (mediana=74,22) que aqueles com sonolência diurna (mediana=65,88) e sonolência diurna excessiva (mediana=58,36).

Discussão

Os resultados desse estudo mostraram prevalência significativa de distúrbios do sono em renais crônicos em tratamento dialítico e evidenciaram um importante comprometimento da QV desses pacientes.

Os dados sócio-demográficos da amostra são concordantes com os da população brasileira, segundo o Censo de Diálise 2011, que aponta predomínio de homens adultos, submetidos à hemodiálise. Com relação à doença de base, a hipertensão arterial respondeu por apenas 6,6% dos casos, com incidência menor que a nefropatia diabética. Porém, há que se considerar que a maioria dos pacientes não tinha acompanhamento ambulatorial pré-dialítico e teve seu diagnóstico tardio, o que justifica o grande número de casos com doença de base desconhecida, como afirma Sesso et al.¹⁵.

O comprometimento do padrão do sono, bem como a sonolência diurna ficaram evidentes na nossa população, o que já era esperado, de acordo com os dados da literatura.

Com relação ao KDQOL, Perfil Profissional foi o domínio com pior escore, fato que é corroborado por outros estudos de acordo com Coutinho et al.¹⁶. O desemprego entre os

portadores de DRC em programa de terapia renal substitutiva é um problema freqüente, segundo Silva et al.¹⁷. E cerca de 2/3 desses pacientes não retornam para o emprego em que se encontravam antes do aparecimento da doença, dados encontrados em Daugirdas¹⁸.

A associação entre síndrome da apnéia do sono, síndrome das pernas inquietas e insônia com má QV em pacientes dialíticos já foi citada em publicações anteriores, como a de Perl⁹ e Mucsi¹⁹. Entretanto, ainda há certa escassez de trabalhos que fazem essa correlação, que é o principal objetivo de nosso estudo. A maioria das publicações nessa área trata, apenas, sobre a influência dos distúrbios do sono em fatores que podem estar implicados com o “bem estar” de tais doentes.

Autores como Daugirdas¹⁸ afirmam que a perda de um emprego afeta em grande parte o aspecto psicológico de uma pessoa, especialmente, se do sexo masculino, cuja imagem de homem, muitas vezes, está vinculada ao trabalho que executa. Outros, como Carreira e Marcon²⁰ defendem que a ausência de uma ocupação pode ser a etiologia de uma patologia no ser humano e que a atividade laboral delinea-se como um dos meios para manter o homem vinculado à realidade. Na nossa amostra, o comprometimento do perfil profissional pode estar relacionado com um baixo rendimento diário devido à qualidade do sono ruim e pode ser responsável por gerar mudança brusca no modo de vida dos pacientes.

Kutner et al.²¹ observaram que a presença de distúrbios do sono associa-se a piores escores nos domínios do KDQOL- SF. Eles relataram, também, um rebaixamento da função cognitiva desses pacientes. Seu estudo, porém, teve limitações, pois avaliou a função cognitiva através do KDQOL e diagnosticou o distúrbio do sono através de resposta direta do entrevistado, do tipo sim ou não.

Outro estudo que avaliou pacientes em hemodiálise, não encontrou relação entre os distúrbios do sono e a função cognitiva, porém, observou maior prevalência de depressão

no grupo onde os transtornos estavam presentes. Nosso trabalho não avaliou essa relação, porém, observamos que o perfil emocional foi um dos mais afetados, segundo Kutner et al.²¹. Acredita-se, então, que depressão precisa ser investigada nos nossos doentes e que sua presença pode afetar o bem estar e o perfil psicológico.

Como já citado anteriormente, a carência de publicações semelhantes a essa acabou sendo uma das principais limitações do nosso trabalho, devido à falta de dados para comparação. Além disso, não foi possível um estudo sequencial da amostra antes e após o início da terapia dialítica, o que nos impossibilitou analisar se houve, de fato, comprometimento do sono e da QV com a instituição da terapêutica. Importante frisar, também, que apesar de comprovada a associação dos distúrbios do sono com a QV, em nosso estudo, não se pode comprovar a relação de causa e efeito entre tal associação, pois não foram avaliados outros potenciais confundidores.

Conclusão

A amostra estudada evidenciou que os distúrbios do sono, realmente, encontram-se presentes na população dialítica e exercem forte influência sobre a qualidade de vida de tais doentes. Diversos são os fatores que podem estar implicados na gênese dessa associação, como depressão, disfunção cognitiva, falta de ocupação regular. Infere-se, então, que é de extrema importância que os centros de diálise contem com acompanhamento multidisciplinar a fim de tratar e/ ou prevenir essas causas, evitando, assim, o comprometimento da qualidade de vida de seus pacientes.

Referências

- 1 Silveira CB, Pantoja IKOR, Silva ARM, Azevedo, RN, Sá NB, Turiel MGP, Nunes MBG. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise em um hospital público de Belém – Pará *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. [Internet]. 2010 jan. [acesso em 2013 out 26]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002010000100008>
- 2 Fleck MP et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL - 100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 1999; 21: 21-28.
- 3 Unruh, ML et al. Sleep quality and its correlates in the first year of dialysis. *Clinical Journal of the American Society Nephrology*. [Internet]. 2006 mar. [acesso em 2013 out 22]. Disponível em: <http://cjasn.asnjournals.org/content/1/4/802.short>
- 4 Merlino G et al. Sleep disorders in patients with end-stage renal disease Undergoing dialysis therapy. *Nephrology Dialysis Transplantation*. [Internet]. 2006 Setembro [acesso em 2013 out 22]. Disponível em: <http://www.kidney-international.org>
- 5 Sabry AA et al. Sleep disorders in hemodialysis patients. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*. [Internet]. 2010 Março [acesso em 2013 out 20]. Disponível em: <http://www.sjkd.org/article.asp?issn=13192442;year=2010;volume=21;issue=2;spage=300;epage=305;aulast=Sabry>
- 6 Shayamsunder AK, Anekwe E, Khetpal P, et al. Sleep disturbance, pain and quality of life in hemodialysis patients. *Clinical Journal of the American Society Nephrology*. [Internet]. 2003 mai [acesso em 2013 Abril 23]. Disponível em: <http://cjasn.asnjournals.org/content/2/5/919.full>
- 7 Davison SN. Pain in hemodialysis patients: Prevalence, cause, severity, and management. *American Journal of Kidney Diseases*. [Internet]. 2003 Maio [acesso em 2013 out 15]. Disponível em: <http://jasn.asnjournals.org/content/16/8/2487.full>
- 8 Kimmel PL, Elmont SL, Newman JM, Danko H, Moss AH. ESRD patient quality of life: Symptoms, spiritual beliefs, psychosocial factors, and ethnicity. *American Journal of Kidney*

Diseases. [Internet]. 2003 Outubro [acesso em 2013 set 08]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14520621>

9 Perl et al. Sleep disorders in end-stage renal disease: 'Markers of inadequate dialysis'? *Kidney International*. [Internet]. 2006 Novembro [acesso em 2013 set 10]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16969388>

10 Bertolazi AN. Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono: Escala de Sonolência de Epworth e Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh. UFRGS LUME Repositório Digital. [Internet]. 2008 Setembro [acesso em 2013 set 10]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/14041>

11 Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Journal of Sleep Research*. [Internet]. 1991 Junho [acesso em 2013 set 13]. Disponível em: http://www.journalsleep.org/PDF/Oral_Split/Oral_Monday.pdf

12 Johns MW. Sensitivity and specificity of the multiple sleep latency test (MSLT), the maintenance of wakefulness test and the Epworth sleepiness scale: failure of the MSLT as a gold standard. *Journal of Sleep Research*. [Internet]. 2000.

13 Kalantar-Zadeh K, Kuwae N, Wu DY, Shantouf RS, Fouque D, Anker SD, et al. Associations of body fat and its changes over time with quality of life and prospective mortality in hemodialysis patients. *The American Journal of Clinical Nutrition*. [Internet]. 2006.

14 Lopes AA, Bragg-Gresham JL, Goodkin DA, Fukuhara S, MapesDL, Young EW, et al. Factors associated with health-related quality of life among hemodialysis patients in the DOPPS. *Quality of Life Research*. [Internet]. 2007 Agosto [acesso em 2013 set 15]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-006-9143-7> PMID:17286199

15 Sesso RCC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Watanabe Y, Santos DR. Diálise crônica no Brasil – Relatório do Censo Brasileiro de Diálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. [Internet]. 2012 Setembro [acesso em 2013 jul 16]. Disponível em: http://www.jbn.org.br/detalhes_prelo.asp?id=2483

16 Coutinho PS, Vasconcelos GM, Lopes MLH, Wadiel WCA, Tavares MCH. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. Revista de Pesquisa em Saúde. 2000 jan-abr; 11(1): 13-17.

17 Silva OMM et al. Fatores de risco para o desemprego entre os pacientes submetidos a programas de diálise regular. Jornal Brasileiro de Nefrologia. [Internet]. 1995 Março [acesso em 2013 set 25]. Disponível em: <http://www.jbn.org.br/default.asp?ed=87>

18 Daugirdas JT, Ing TS. Manual de diálise. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999.

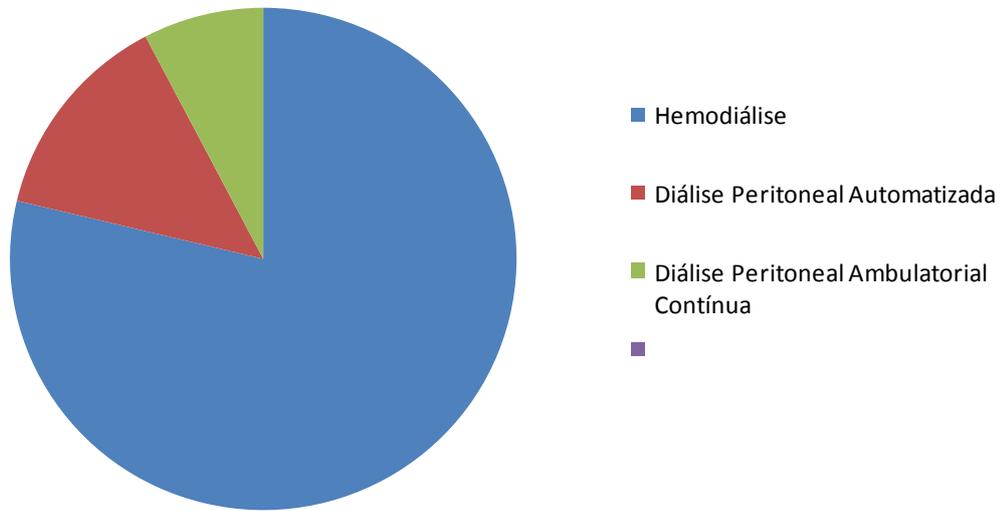
19 Mucsi I, Molnar MZ, Ambrus C et al. Restless legs syndrome, insomnia and quality of life in patients on maintenance dialysis. Nephrology Dialysis Transplantation. [Internet]. 2005 Janeiro [acesso em 2013 out 19]. Disponível em: . Restless legs syndrome, insomnia and quality of life in patients on maintenance dialysis. Nephrology Dialysis Transplantation

20 Carreira L, Marcon SS. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2003; 11(6): 823-831.

21 Kutner NG, Zhang R, Huang Y, Bliwise DL. Association off sleep difficulty with Kidney Disease Quality of Life cognitive function score reported by patients who recently started dialysis. Clinical Journal of the American Society Nephrology. [Internet]. 2007 Março [acesso em 2013 set 30]. Disponível em: <http://cjasn.asnjournals.org/content/2/2/284.full>

Gráfico (1)

Modalidade dialítica



Legenda: Distribuição da amostra por modalidade dialítica

Tabela (1)

Variável	Média (DP) ou %
Gênero (%)	
Masculino	61,9
Feminino	38,1
Idade	50,95 (15,36)
Escolaridade	
<04 anos	72,2
>04 anos	29,3
Renda Familiar	
<01 salário mínimo	10,6
1-5 salários mínimos	84,2
>5 salários mínimos	5,2
Ocupação regular	
Possui	19,8
Não possui	80,2
Estado civil	
Solteiro, casado ou divorciado	32,7
Casado	66,3
Mora com acompanhante (%)	
Sim	95,6
Não	4,4
Tempo em diálise (meses)	54,45 (34,19)
Acesso vascular (%)	
Fístula arteriovenosa	67,0
Catéter de curta permanência	2,9
Catéter de longa permanência	8,8
Seguimento pré- dialítico (%)	
Realizou	31,9
Não realizou	68,1
Comorbidades (%)	
Hipertensão	92,3
Diabetes mellitus	27,1
AVC	4,8
IAM	3,7
Outros (ICC, câncer, hepatopatia)	12,8
Dados laboratoriais	
Hemoglobina (g/dL)	11
Albumina (g/dL)	4,1
Produto Ca X P (mg ² /dL ²)	46
Kt/V	1,41

Legenda: Perfil demográfico, clínico e laboratorial da amostra (n=273)

Tabela (2)

PSQI	N	%
Boa qualidade de sono	83	30,4
Qualidade de sono ruim	143	52,4
Distúrbio de sono	47	17,2

Legenda: Incidência de Transtornos do sono na amostra (n=273)

Tabela (3)

	N	%
Ausência de sonolência	142	52,0
Sonolência presente	105	38,5
Sonolência excessiva	26	9,5
Total	273	100,0

Legenda: Incidência de Sonolência Diurna na amostra (n=273)

Tabela (4)

DIMENSÕES	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO	MEDIANA	MÍNIMO	MÁXIMO
ESPECÍFICAS					
SINTOMAS/ PROBLEMAS	72,13	15,43	75,00	23,08	92,31
EFEITOS DA DRC	71,36	18,79	71,88	18,75	100
SOBRECARGA DA DRC	48,15	27,65	50,00	0	100
PAPEL PROFISSIONAL	17,40	30,91	0	0	100
FUNÇÃO COGNITIVA	81,71	20,49	93,33	13,33	100
QUALIDADE DA INTERAÇÃO SOCIAL	81,95	19,58	86,67	0	100
FUNÇÃO SEXUAL*	84,37	24,27	100	0	100
SONO	69,21	25,26	75	0	100
SUPORTE SOCIAL	86,75	22,74	100	0	100
ESTÍMULO EQUIPE DE DIÁLISE	81,87	25,38	100	0	100
SATISFAÇÃO DO PACIENTE	73,87	21,56	83,33	0	100
GENÉRICAS (SF36)					
FUNCIONAMENTO FÍSICO	58,63	31,24	65,00	0	100
FUNÇÃO FÍSICA	35,62	40,75	0	0	100
DOR	70,12	32,86	80,00	0	100
SAÚDE GERAL	54,41	24,97	55,00	0	100
BEM-ESTAR EMOCIONAL	72,45	23,62	80,00	4,00	100
FUNÇÃO EMOCIONAL	49,94	42,70	33,33	0	100
FUNÇÃO SOCIAL	75,27	27,22	87,50	0	100
ENERGIA/ FADIGA	63,19	25,80	65,00	0	100

Legenda: Pontuações do KDQOL da amostra (n=273)

ANEXO

Lista de Anexos

- Anexo I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Anexo II - Questionário Sócio-Demográfico e Clínico
- Anexo III - Questionário de Pesquisa Sobre Qualidade de Vida e Fatores Associados
- Anexo IV - HAD
- Anexo V - Escala De Sonolência De Epworth (ESE-BR)
- Anexo VI - Índice De Qualidade Do Sono De Pittsburgh (PSQI-BR)

Anexo I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, portador de RG N° _____, manifesto aqui meu consentimento em participar do estudo intitulado “PREVALÊNCIA DOS DISTÚRBIOS DO SONO E SUA INFLUÊNCIA NA QUALIDADE DE VIDA DE RENAIIS CRÔNICOS EM TRATAMENTO DIALÍTICO” sob responsabilidade do Dr. _____.

O objetivo deste programa é de se avaliar qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em tratamento dialítico em Sergipe. Este objetivo pretende ser atingido pela coleta de informações relacionadas a minha doença e meu tratamento, bem como pela análise dos resultados dos exames de rotina. O entendimento da realidade sergipana é muito importante, pois permitirá que os médicos e enfermeiros, a partir destas informações, identifiquem maneiras de melhorar a qualidade de vida dos pacientes em diálise, no futuro. Estou ciente que:

- (i) Estou permitindo voluntariamente que sejam coletadas pelo médico e enfermeiro que acompanham meu tratamento uma série de dados relacionados a minha doença e ao tratamento de diálise. Estes dados incluem informações que serão obtidas a partir de uma entrevista com o meu médico e enfermeiro, bem como da análise de resultados dos meus exames;
- (ii) A coleta de dados não implica na realização de exames que não façam parte da rotina de exames que eu necessito para o meu acompanhamento mensal;
- (iii) A minha participação no estudo pode resultar em um pequeno aumento no tempo da minha consulta com o médico ou enfermeiro;
- (iv) Estou ciente que meus dados serão tratados com absoluta segurança para garantir a confidencialidade, privacidade e anonimato em todas as etapas do estudo;
- (v) Disponibilizarei estes dados para serem analisados pelos pesquisadores responsáveis e utilizados em publicações científicas. Meu nome ou qualquer outro dado de identificação não aparecerá nas análises dos dados ou relatos científicos.
- (vi) Poderei a qualquer momento (desde o início até o final da pesquisa, agora até a publicação do artigo científico) solicitar esclarecimentos sobre o estudo;
- (vii) Tenho a liberdade de recusar a participar ou retirar meu consentimento, em qualquer fase do estudo, sem que eu seja penalizado por esta atitude;

(viii) Como voluntário não receberei dinheiro pela participação no seguinte estudo:
“PREVALÊNCIA DE DISTÚRBIOS DO SONO E SUA INFLUÊNCIA NA QUALIDADE DE VIDA DE RENAIIS CRÔNICOS EM TRATAMENTO DIALÍTICO”;

(ix) Qualquer dúvida adicional ou problemas relacionados ao estudo poderão ser resolvidos através do seguinte telefone _____.

Estando de acordo com tal termo, firmo aqui,

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Anexo II - QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO

1- DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

Data da entrevista: _____

Nome: _____ **D. N.:** _____

Endereço: _____

Distância do centro: (1) até 100 km (2) > 100 km

Sexo: (1) Masculino (2) Feminino **Idade em que iniciou diálise:** _____

E.Civil: (1) Solteiro (2) Casado/União estável (3) Divorciado (4) Viúvo (5) Outro

Ocupação: (1) Regular, freqüente (2) Irregular, ocasional (3) Nenhuma

Renda familiar: (1) menos que 1 salário mínimo

(2) de 1 até 5 salários mínimos

(3) de mais que 5 até 10 salários mínimos

(4) de mais que 10 salários mínimos

(5) nenhuma renda

Escolaridade: (1) Analfabeto (2) 1º grau incompleto (3) 1º grau completo

(4) 2º grau incompleto (5) 2º grau completo (6) Nível superior incompleto

(7) Nível superior completo

Nº de pessoas que moram em sua casa: (1) Mora sozinho(a) (2) 2 a 3 pessoas

(3) 4 a 5 pessoas (4) Mais de 5

2- INFORMAÇÕES MÉDICAS

Diabetes: (1) Sim **Hipertensão:** (1) Sim **IAM prévio:** (1) Sim **ICC:** (1) Sim

(2) Não

(2) Não

(2) Não

(2) Não

DVP: (1) Sim **Doença maligna:** (1) Sim **Hepatopatia crônica:** (1) Sim

(2) Não

(2) Não

(2) Não

Etiologia da IRC: _____

Modalidade dialítica inicial: (1) HD (2) CAPD (3) DPA **Tempo total em diálise:** _____

Acesso vascular atual: (1) FAV (2) CDL (3) Permcath **Tempo em HD:** _____

Tempo em DP: _____ **Turno que dialisa:** _____

Acompanhamento pré-dialítico: (1) Sim (2) Não **Tempo:** (1) de 3 meses a menos de 6

(2) 6 meses ou mais

Entrada na modalidade dialítica: (1) Urgência (2) Eletiva

**Exames complementares: Hb Ht Ktv Ferro Ferritina Sat. Transferrina Ca x
P PTH Albumina**

Anexo III - QUESTIONÁRIO DE PESQUISA SOBRE QUALIDADE DE VIDA E FATORES ASSOCIADOS

Este questionário tem como finalidade avaliar qualidade de vida e fatores como depressão, ansiedade, distúrbios de sono, síndrome de pernas inquietas e disfunções sexuais em pacientes dialíticos. Os dados aqui expressos servem para pesquisa e serão mantidos em sigilo absoluto.

NOME: _____

IDADE: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

DATA DA AVALIAÇÃO: _____

Nº DO QUESTIONÁRIO: _____

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.]

(1) Excelente (2) Muito Boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim

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

- (1) Muito melhor agora do que há um ano atrás.
- (2) Um pouco melhor agora do que há um ano atrás.
- (3) Aproximadamente igual há um ano atrás.
- (4) Um pouco pior agora do que há um ano atrás.
- (5) Muito pior agora do que há um ano atrás

KDQOL - SF

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 cada linha.]

- (1) Sim, dificulta muito
- (2) Sim, dificulta um pouco
- (3) Não, não dificulta nada a Atividades que requerem muito esforço, como corrida, levantar objetos pesados, participar de esportes que requerem muito esforço

a) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, varrer o chão, jogar boliche, ou

- caminhar mais de uma hora. 1 2 3
- b) Levantar ou carregar compras de supermercado. 1 2 3
- c) Subir vários lances de escada. 1 2 3
- d) Subir um lance de escada. 1 2 3
- e) Inclinar-se, ajoelhar-se, ou curvar-se. 1 2 3
- f) Caminhar mais do que um quilômetro. 1 2 3
- g) Caminhar vários quarteirões. 1 2 3
- h) Caminhar um quarteirão. 1 2 3
- i) Tomar banho ou vestir-se. 1 2 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?

(1) Sim (2) Não

- a) Você reduziu a quantidade de tempo que passa trabalhando ou em outras atividades. 1 2
- b) Fez menos coisas do que gostaria. 1 2
- c) Sentiu dificuldade no tipo de trabalho que realiza ou outras atividades. 1 2
- d) Teve dificuldade para trabalhar ou para realizar outras atividades (p.ex, precisou fazer mais esforço). 1 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)?

(1) Sim (2) Não

- a) Reduziu a quantidade de tempo que passa trabalhando ou em outras atividades. 1 2
- b) Fez menos coisas do que gostaria. 1 2
- c) Trabalhou ou realizou outras atividades com menos atenção do que de costume. 1 2

6. Durante as 4 últimas semanas, até que ponto os problemas com sua saúde física ou emocional interferiram com atividades sociais normais com família, amigos, vizinhos, ou grupos?

(1) Nada (2) Um pouco (3) Moderadamente (4) Bastante (5) Extremamente

7. Quanta dor no corpo você sentiu durante as 4 últimas semanas?

(1) Nenhuma (2) Muito (3) Leve (4) Moderada (5) Intensa (6) Muito Intensa

8. Durante as 4 últimas semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho habitual (incluindo o trabalho fora de casa e o trabalho em casa)?

(1) Nada (2) Um pouco (3) Moderadamente (4) Bastante (5) Extremamente

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

- (1) Todo o tempo
- (2) A maior parte do tempo
- (3) Uma boa parte do tempo
- (4) Alguma parte do tempo
- (5) Uma pequena parte do tempo
- (6) Nenhum momento

a) Você se sentiu cheio de vida?

1 2 3 4 5 6

b) Você se sentiu uma pessoa muito nervosa?

1 2 3 4 5 6

c) Você se sentiu tão "para baixo" que nada conseguia animá-lo?

1 2 3 4 5 6

d) Você se sentiu calmo e tranqüilo?

1 2 3 4 5 6

e) Você teve muita energia?

1 2 3 4 5 6

f) Você se sentiu desanimado e deprimido?

1 2 3 4 5 6

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.)?

- (1) Todo o tempo
- (2) A maior parte do tempo
- (3) Alguma parte do tempo
- (4) Uma pequena parte do tempo
- (5) Nenhum momento

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

- (1) Sem dúvida verdadeiro
- (2) Geralmen teverdade
- (3) Não sei
- (4) Geralmente Falso
- (5) Sem dúvida, falso

- a) Parece que eu fico doente com mais facilidade do que outras pessoas. 1 2 3 4 5
- b) Eu me sinto tão saudável quanto qualquer pessoa que conheço. 1 2 3 4 5
- c) Acredito que minha saúde vai piorar. 1 2 3 4 5
- d) Minha saúde está excelente. 1 2 3 4 5

Sua Doença Renal

12. Até que ponto cada uma das seguintes declarações é verdadeira ou falsa para você?

- (1) Sem dúvida Verdadeiro
- (2) Geralmente Verdade
- (3) Não sei
- (4) Geralmente falso
- (5) Sem dúvida
- (6)Falso

- a) Minha doença renal interfere demais com a minha vida. 1 2 3 4 5 6
- b) Muito do meu tempo é gasto com minha doença renal. 1 2 3 4 5 6
- c) Eu me sinto decepcionado ao lidar com minha doença renal. 1 2 3 4 5 6
- d) Eu me sinto um peso para minha família. 1 2 3 4 5 6

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...

- (1) Nenhum momento
- (2) Uma pequena parte do tempo

- (3) Alguma parte do tempo
- (4) Uma boa parte do tempo
- (5) A maior parte do tempo
- (6) Todo o tempo

a) Você se isolou (se afastou) das pessoas ao seu redor?
1 2 3 4 5 6

b) Você demorou para reagir às coisas que foram ditas ou aconteceram?
1 2 3 4 5 6

c) Você se irritou com as pessoas próximas?
1 2 3 4 5 6

d) Você teve dificuldade para concentrar-se ou pensar?
1 2 3 4 5 6

e) Você se relacionou bem com as outras pessoas?
1 2 3 4 5 6

f) Você se sentiu confuso?
1 2 3 4 5 6

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

- (1) Não me incomodei de forma alguma
- (2) Fiquei um pouco incomodado
- (3) Incomodei-me de forma moderada
- (4) Muito incomodado
- (6) Extremamente incomodado

a) Dores musculares? 1 2 3 4 5 6

b) Dor no peito? 1 2 3 4 5 6

c) Cãibras? 1 2 3 4 5 6

d) Coceira na pele? 1 2 3 4 5 6

e) Pele seca? 1 2 3 4 5 6

f) Falta de ar? 1 2 3 4 5 6

g) Fraqueza ou tontura? 1 2 3 4 5 6

h) Falta de apetite? 1 2 3 4 5 6

i) Esgotamento (muito cansaço)? 1 2 3 4 5 6

) Dormência nas mãos ou pés (**formigamento**)? 1 2 3 4 5 6

k) Vontade de vomitar ou indisposição estomacal? 1 2 3 4 5 6

l) (Somente paciente em hemodiálise) Problemas com sua via de acesso (fístula ou cateter)?
1 2 3 4 5 6

m) (Somente paciente em diálise peritoneal) Problemas com seu catéter? 1 2 3 4 5 6

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?

(1) Não incomoda nada

(2) Incomoda um pouco

(3) Incomoda de forma moderada

(5) Incomoda muito

(6) Incomoda Extremamente

a) Diminuição de líquido? 1 2 3 4 5 6

b) Diminuição alimentar? 1 2 3 4 5 6

c) Sua capacidade de trabalhar em casa? 1 2 3 4 5 6

d) Sua capacidade de viajar? 1 2 3 4 5 6

e) Depender dos médicos e outros profissionais da saúde? 1 2 3 4 5 6

f) Estresse ou preocupações causadas pela doença renal? 1 2 3 4 5 6

g) Sua vida sexual? 1 2 3 4 5 6

h) Sua aparência pessoal? 1 2 3 4 5 6

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)

Não1

Sim2

Nas últimas 4 semanas você teve problema em:

(1) Nenhum problema

(2) Pouco problema

(3) Um problema

(4) Muito problema

(5) Problema enorme

a) Ter satisfação sexual? 1 2 3 4 5

b) Ficar sexualmente excitado (a)? 1 2 3 4 5

Se respondeu não, por favor pule para a Questão 17

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

- (1) Nenhum momento
- (2) Uma pequena parte do tempo
- (3) Alguma parte do tempo
- (4) Uma boa parte do tempo
- (5) A maior parte do tempo
- (6) Todo o tempo

a) Acordou durante a noite e teve dificuldade para voltar a dormir? 1 2 3 4 5 6

b) Dormiu pelo tempo necessário? 1 2 3 4 5 6

c) Teve dificuldade para ficar acordado durante o dia? 1 2 3 4 5 6

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

- (1) Muito insatisfeito
- (2) Um pouco insatisfeito
- (3) Um pouco satisfeito
- (4) Muito satisfeito

a) A quantidade de tempo que você passa com sua família e amigos? 1 2 3 4

b) O apoio que você recebe de sua família e amigos? 1 2 3 4

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

- (1) Sim (2) Não

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

- (1) Sim (2) Não

22. No geral, como você avaliaria sua saúde?

A pior possível (tão ruim ou pior do que estar morto).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Meio termo entre pior e melhor.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A melhor possível.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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?

- (1) Muito ruim
- (2) Ruim
- (3) Regular
- (4) Bom
- (5) Muito bom
- (6) Excelente
- (7) O melhor

24. Quanto cada uma das afirmações a seguir é verdadeira ou falsa?

- (1) Sem dúvida verdadeiro
- (2) Geralmente verdade
- (3) Não sei
- (4) Geralmente falso
- (5) Sem dúvida falso

a) O pessoal da diálise me encorajou a ser o mais independente possível. 1 2 3 4 5

b) O pessoal da diálise ajudou-me a lidar com minha doença renal. 1 2 3 4 5

Anexo IV- HAD

Assinale com “X” a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão, considerando como você se tem se sentido neste último mês.

1. Eu me sinto tensa (o) ou contraída (o):

a maior parte do tempo boa parte do tempo de vez em quando nunca

2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes:

sim, do mesmo jeito que antes não tanto quanto antes só um pouco

já não consigo ter prazer em nada

3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer

sim, de jeito muito forte sim, mas não tão forte um pouco, mas isso não me preocupa não sinto nada disso

4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas

do mesmo jeito que antes atualmente um pouco menos atualmente bem menos não consigo mais

5. Estou com a cabeça cheia de preocupações

a maior parte do tempo boa parte do tempo de vez em quando raramente

6. Eu me sinto alegre

nunca poucas vezes muitas vezes

a maior parte do tempo

7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

sim, quase sempre muitas vezes poucas vezes nunca

8. Eu estou lenta (o) para pensar e fazer coisas:

quase sempre muitas vezes poucas vezes nunca

9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

nunca de vez em quando muitas vezes quase sempre

10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

completamente não estou mais me cuidando como eu deveria talvez não tanto quanto antes me cuido do mesmo jeito que antes

11. Eu me sinto inquieta (o), como se eu não pudesse ficar parada (o) em lugar nenhum:

sim, demais bastante um pouco não me sinto assim

12. Fico animada (o) esperando animadas as coisas boas que estão por vir

do mesmo jeito que antes um pouco menos que antes bem menos do que antes quase nunca

13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

a quase todo momento várias vezes

de vez em quando não senti isso

14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

quase sempre várias vezes poucas vezes quase nunca

Anexo V- ESCALA DE SONOLÊNCIA DE EPWORTH (ESE-BR)

Qual a probabilidade de você cochilar ou dormir, e não apenas se sentir cansado, nas seguintes situações? Considere o modo de vida que você tem levado recentemente. Mesmo que você não tenha feito algumas destas coisas recentemente, tente imaginar como elas o afetariam. Escolha o número mais apropriado para responder cada questão:

0= *nunca* cochilaria

1= *pequena* possibilidade de cochilar

2= probabilidade *média* de cochilar

3= *grande* probabilidade de cochilar

Situação Probabilidade de cochilar

Sentado e lendo 0 1 2 3

Assistindo TV 0 1 2 3

Sentado, quieto, em um lugar público

(por exemplo, teatro, reunião ou palestra) 0 1 2 3

Andando de carro por uma hora sem parar,
como passageiro 0 1 2 3

Ao deitar-se à tarde para descansar,
quando possível 0 1 2 3

Sentado conversando com alguém 0 1 2 3

Sentado quieto após o almoço
sem bebida de álcool 0 1 2 3

Em um carro parado no trânsito
por alguns minutos 0 1 2 3

Anexo VI - ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH (PSQI-BR)

As seguintes perguntas são relativas aos seus hábitos usuais de sono durante o **último mês somente**. Suas respostas devem indicar a lembrança mais exata da **maioria** dos dias e noites no último mês. Por favor, responda a todas as perguntas.

1. Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama à noite?

Hora usual de deitar_____

2. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir à noite?

Número de minutos_____

3. Durante o último mês, quando geralmente você levantou de manhã?

Hora usual de levantar_____

4. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite? (Este pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama).

Horas de sono por noite_____

Para cada uma das questões restantes, marque a melhor (uma) resposta. Por favor responda a todas as questões.

5. Durante o último mês, com que frequência você teve **dificuldade de dormir** porque você...

(a) não conseguiu adormecer em até 30 minutos

Nenhuma no último mês_____

Menos de 1 vez/semana_____

1 ou 2 vezes/semana_____

3 ou mais vezes/semana_____

(b) acordou no meio da noite ou de manhã cedo

Nenhuma no último mês_____

Menos de 1 vez/semana_____

1 ou 2 vezes/semana_____

3 ou mais vezes/semana_____

(c) precisou levantar para ir ao banheiro

Nenhuma no último mês_____

Menos de 1 vez/semana_____

1 ou 2 vezes/semana_____

3 ou mais vezes/semana_____

(d) não conseguiu respirar confortavelmente

Nenhuma no último mês_____

Menos de 1 vez/semana_____

1 ou 2 vezes/semana_____

3 ou mais vezes/semana_____

(e) tossiu ou roncou forte

Nenhuma no último mês_____

Menos de 1 vez/semana_____

1 ou 2 vezes/semana_____

3 ou mais vezes/semana_____

(f) sentiu muito frio

Nenhuma no último mês_____

Menos de 1 vez/semana_____

1 ou 2 vezes/semana_____

3 ou mais vezes/semana_____

(g) sentiu muito calor

Nenhuma no último mês_____

Menos de 1 vez/semana_____

1 ou 2 vezes/semana_____

3 ou mais vezes/semana_____

(h) teve sonhos ruins

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1 vez/semana _____

1 ou 2 vezes/semana _____

3 ou mais vezes/semana _____

(i) teve dor

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1 vez/semana _____

1 ou 2 vezes/semana _____

3 ou mais vezes/semana _____

(j) Outra(s) razão(ões), por favor descreva

Com que frequência, durante o último mês, você teve dificuldade para dormir devido a essa razão?

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1 vez/semana _____

1 ou 2 vezes/semana _____

3 ou mais vezes/semana _____

6. Durante o último mês, como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral?

Muito boa _____

Boa _____

Ruim _____

Muito ruim _____

7. Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou “por conta própria”) para lhe ajudar a dormir?

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1 vez/semana _____

1 ou 2 vezes/semana _____

3 ou mais vezes/semana _____

8. No último mês, com que frequência você teve dificuldade de ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos, trabalho, estudo)?

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1 vez/semana _____

1 ou 2 vezes/semana _____

3 ou mais vezes/semana _____

9. Durante o último mês, quão problemático foi para você manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais)?

Nenhuma dificuldade _____

Um problema muito leve _____

Um problema razoável _____

Um problema muito grande _____

10. Você tem um(a) parceiro(a) [esposo(a)] ou colega de quarto?

Não _____

Parceiro ou colega, mas em outro quarto _____

Parceiro no mesmo quarto, mas não na mesma cama _____

Parceiro na mesma cama _____

Se você tem um parceiro ou colega de quarto, pergunte a ele/ela com que frequência no último mês você teve...

(a) Ronco forte

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1 vez/semana _____

1 ou 2 vezes/semana _____

3 ou mais vezes/semana_____

(b) Longas paradas na respiração enquanto dormia

Nenhuma no último mês_____

Menos de 1 vez/semana_____

1 ou 2 vezes/semana_____

3 ou mais vezes/semana_____

(c) Contrações ou puxões nas pernas enquanto você dormia

Nenhuma no último mês_____

Menos de 1 vez/semana_____

1 ou 2 vezes/semana_____

3 ou mais vezes/semana_____

(d) Episódios de desorientação ou confusão durante o sono

Nenhuma no último mês_____

Menos de 1 vez/semana_____

1 ou 2 vezes/semana_____

3 ou mais vezes/semana_____

(e) Outras alterações (inquietações) enquanto você dorme; por favor,

descreva_____

Nenhuma no último mês_____

Menos de 1 vez/semana_____

1 ou 2 vezes/semana_____

3 ou mais vezes/semana_____

