



Universidade Federal
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

GABRIELLE MORAIS ARRUDA COSTA

**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA
RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

**CAJAZEIRAS
2013**

GABRIELLE MORAIS ARRUDA COSTA

**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA
RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Enfermagem - UAENF, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Esp. Maria Berenice Gomes
Nascimento Pinheiro

**CAJAZEIRAS
2013**



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

C837q Costa, Gabrielle Morais Arruda
Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. /Gabrielle Morais Arruda Costa. Cajazeiras, 2013.
60f. : il.

Orientadora: Maria Berenice G. Nascimento Pinheiro
Monografia (Graduação) – UFCG/CFP

1. Insuficiência Renal. 2. Hemodiálise. I. Pinheiro, Maria Berenice Gomes Nascimento. II. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU- 616.61-008.6

GABRIELLE MORAIS ARRUDA COSTA

**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA
EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Enfermagem - UAENF, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Esp. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro

Aprovada em: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Esp. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro
UFCG/UAENF/CFP

Enf^ª. Ms. Eliane Leite Sousa
UFCG/UAENF/CFP

Prof^ª. Ms. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres
UFCG/UAENF/CFP

A Stélio Arruda e Lucineide Moraes, por todos os esforços, por todo carinho.

À equipe da hemodiálise e aos pacientes, que tanto facilitaram a realização deste trabalho.

Deixo a vocês a minha gratidão, muito obrigada!

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAROLINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAIAZEBRAS - PARAÍBA

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a **Deus**, que tornou possível esta realização, guiando-me e me dando forças para enfrentar os problemas diários, impulsionando-me a continuar.

A **toda minha família**, tenho muito carinho e amor por vocês. Em especial, aos meus pais, Stélio Arruda Costa e Lucineide Moraes de Araújo Costa; ao meu irmão Valério Moraes Arruda Costa. Obrigada por todo esse tempo que se dedicaram e abdicaram de diversas coisas para que esse sonho pudesse ser realizado; e, especialmente, pela paciência, compreensão, carinho, esforço e amor que me deram. Sem o apoio de vocês, o meu caminho seria mais difícil.

A **Gustavo Adolfo Leal Costa**, por todas as vezes que me incentivou, por todas as noites que me ouviu reclamar, pelos conselhos, pelo companheirismo, pelo carinho, pela paciência e pela calma que sempre me dedicou: obrigada por estar ao meu lado.

As minhas grandes amigas: Laryssa Lins, Nicole Dantas, Paula Frassinetti, Nathália Anaissi, Dayanne Alencar. Só tenho que agradecer a vocês pela paciência, pelo companheirismo, pela amizade e pela particularidade de cada uma que nos manteve unidas. Saibam que vocês foram a minha família aqui, que me apoiaram e ajudaram durante todo esse tempo. Dizem que o tempo e a distância costuma afastar as amizades. Espero que com a força e a união que ela surgiu e se manteve até agora, permaneça daqui pra frente. Vou sentir saudades de todas. Amo vocês!

Tito Lívio, meu grande amigo, companheiro e até mesmo confidente. Obrigada por tudo. Foi muito bom estar finalmente blocada com você.

A **Bianca Karenina**, família, amiga, companheira. Obrigada pela oportunidade de conhecê-la melhor, foi uma surpresa e uma alegria imensa. Saudades de morar com você!

A **Fabelly Gomes** que dividiu comigo uma casa e muitas histórias. A convivência entre as pessoas costuma se tornar difícil, mas posso dizer que entre as dificuldades e alegrias foi bom estar com você. Obrigada por cada momento.

Paula Medeiros, amiga de sempre, uma das melhores, mesmo distante.

A **Siguyna**, “Seu” Antônio, Dona Maria, Aninha, “Tofinho” e Laís, aos quais dedico uma gratidão e um carinho inigualável. Vocês me acolheram e cuidaram de mim como se eu fosse da família. Obrigada pela preocupação, atenção e carinho. Vocês foram uma segunda família pra mim.

A **Tia Rosélia**, Ruberval, Rafaella, Raphael e Ravenna. Obrigada por tudo.

A **Francisca e Severino Lins**, pelo acolhimento e carinho que tiveram comigo. Obrigada por tudo.

Aos demais amigos, em especial, a Alana Batalha, Érica Batalha, Gradycélia Alcântara, Jayson Xerez, Sérgio Ricardo, Jéssika Roberto, Mariana Camilo, Milena Gabriella, Tallita Pinheiro, a presença de vocês foi importante e fundamental. Saibam que os poucos e bons

momentos serão sempre lembrados com muito carinho. Cada conversa, cada saída, cada detalhe com vocês, construíram nossa história.

Ao encontro inesperado com as enfermeiras **Suelânia Queiroga e Gerlane Cristinne**, que me ajudaram a adquirir cada vez mais saberes e contribuíram de forma significativa para a construção do meu perfil profissional. Admiro e tenho muito carinho por vocês.

Agradeço a todos os professores e funcionários da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. Agradeço em especial a minha orientadora **Berenice Gomes**, que esteve comigo durante este último período, possibilitando a construção deste estudo através do conhecimento e perseverança. Obrigada por acreditar no meu sucesso.

In memoriam, Rita Azevedo de Moraes.

Finalmente, sinto-me honrada por ter participado e vivenciado cada momento dessa trajetória. Obrigada a todos, por tudo.

“Dificuldades e obstáculos são fontes valiosas de saúde e
força para qualquer sociedade.”

Albert Einstein

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAIBA

COSTA, Gabrielle Morais Arruda. **Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico**. 2013. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2012. p 61.

RESUMO

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma doença progressiva e irreversível que acarreta alterações significativas no organismo e compromete a qualidade de vida, por isso necessita de um tratamento de hemodiálise. Esta pesquisa objetivou avaliar a qualidade de vida dos pacientes portadores de doença renal crônica em tratamento hemodialítico, bem como caracterizá-los, identificar os fatores que interferem e influenciam na mesma. Trata-se de um estudo de campo, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa realizada em um centro de hemodiálise do Alto Sertão da Paraíba, município de Cajazeiras. Foi utilizado um questionário sócio-demográfico e o Whoqol-bref para avaliar a média dos domínios e da qualidade de vida dos participantes, bem como o teste de Correlação de Pearson entre as variáveis obtidas. Atualmente, existem 50 pacientes com IRC fazendo tratamento hemodialítico no local da pesquisa. A amostra foi composta por 100% da população, seguindo os critérios de inclusão e exclusão. Foram excluídos da coleta 11 pacientes, resultando assim em uma amostragem de 39 pessoas, onde 2 destes estavam em tratamento hemodialítico há menos de 6 meses; 3 não compareceram ao local da pesquisa durante o período estipulado para a coleta; 5 se recusaram a participar e 1 era portador de transtorno mental. A pesquisa contou com pacientes de ambos os sexos: 54% do sexo masculino e 46% do sexo feminino e possui, com relação a faixa etária, alta prevalência para maiores de 51 anos. De modo geral, o domínio mais prejudicado entre os participantes foi o físico (DF), com média de 59,44, e o mais preservado foi o domínio social (DS), com média de 72,87, refletindo na Qualidade de Vida (QV) dos portadores de IR, que apresentaram uma média de 64,96. Através do teste de Correlação Pearson observou-se relação de significância entre os diversos domínios, onde todos os domínios apresentaram uma correlação alta com a QV. Conclui-se que os pacientes com IRC em tratamento hemodialítico possuem uma qualidade de vida regular, e que o conhecimento dos profissionais acerca deste assunto é primordial para que alcance uma otimização na assistência aos portadores de IRC em tratamento hemodialítico.

Palavras-chaves: Qualidade de Vida. Hemodiálise. Insuficiência Renal.

COSTA, Gabrielle Morais Arruda. Quality of life of patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis. In 2013. Nursing bachelor's degree thesis - Federal University of Campina Grande, Cajazeiras, Paraíba.

ABSTRACT

The Chronic Renal Failure (CRF) is a progressive and irreversible disease that causes significant changes in the body and affects the quality of life, so it needs a dialysis treatment. This research aimed to evaluate the quality of life of patients with chronic renal disease on hemodialysis, as well as to characterize them, and to identify the factors that affect and influence the quality of life. This is a field study, descriptive, cross-sectional, with quantitative approach realized in a hemodialysis center in Cajazeiras, Paraíba. A socio-demographic questionnaire and the WHOQOL-BREF were used to evaluate the average scores and quality of life of participants, as well as the Pearson correlation test between the variables obtained. Currently, there are 50 patients with CRF undergoing hemodialysis in the research site. The sample comprised 100% of the population, according to the criteria of inclusion and exclusion. Were excluded from the collection 11 patients, resulting in a sample of 39 people, where 2 were on hemodialysis for less than 6 months, 3 did not attend to the research site during the period stipulated for collection, 5 refused to participate and 1 was mentally ill. The research included patients of both sexes: 54% male and 46% female and has, with respect to age, high prevalence for over 51 years. In general, the area most affected among the participants was the physical, with average 59.44, and the best preserved was the social domain, with an average of 72.87, reflecting on Quality of Life of patients with CRF, which showed an average of 64.96. Through the Pearson correlation test was observed significant relationship between the various domains, where all areas showed a high correlation with QOL. We conclude that patients with CRF on hemodialysis have a regular quality of life, and the knowledge of the professionals on this subject is essential to reach an optimization in assisting patients with CRF undergoing hemodialysis.

Keywords: Quality of Life. Hemodialysis. Renal Failure.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- AVC** – Acesso Venoso Central
AVP – Acesso Venoso Periférico
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CHC – Centro de Hemodiálise de Cajazeiras
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DA – Domínio Ambiental
DF – Domínio Físico
DM – Diabetes Mellitus
DP – Domínio Psicológico
DRC - Doença Renal Crônica
DRET – Doença Renal Crônica em Estágio Terminal
DS – Domínio Social
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
HRC – Hospital Regional de Cajazeiras
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IR – Insuficiência Renal
IRA – Insuficiência Renal Aguda
IRC – Insuficiência Renal Crônica
MMII – Membros Inferiores
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PA – Pressão Arterial
PNAPDR – Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal
PE – Processo de Enfermagem
QV – Qualidade de Vida
SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem
SBN – Sociedade Brasileira de Nefrologia
SPSS – Statistical Package For The Social Sciences
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Compromisso Livre Esclarecido
TFG – Taxa de Filtração Glomerular

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Domínios e facetas do WHOQOL-bref	31
Tabela 1: Distribuição dos participantes da pesquisa quanto ao gênero, faixa etária, estado civil, escolaridade, ocupação, total de pessoas com quem mora e a quanto tempo realiza hemodiálise	34
Tabela 2. Escores obtidos no WHOQOL-bref de pacientes em hemodiálise (N=39). Cajazeiras-PB, 2013	38
Tabela 3. Correlação entre os domínios do WHOQOL-bref de pacientes em hemodiálise (N=39). Cajazeiras-PB, 2013	40

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA RENAL	15
2.2 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA	16
2.3 HEMODIÁLISE	18
2.4 QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE	20
2.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA HEMODIÁLISE.....	23
3 METODOLOGIA	25
3.1 TIPO DE ESTUDO	25
3.2 LOCAL DE PESQUISA	25
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	26
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	27
3.5. PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS	28
3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	29
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	29
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	30
4.2 ANÁLISE DE DADOS ESPECÍFICOS	34
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	40
APÊNDICES	47
APÊNDICE A	47
APÊNDICE B	48
APÊNDICE C	49
APÊNDICE D	50
APÊNDICE E	55
ANEXOS	57
ANEXO I	57

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas têm recebido maior atenção dos profissionais de saúde por apresentar um índice de altas taxas de morbimortalidade, tornando-se assim uma grande preocupação para o campo da saúde pública. Entre as várias doenças crônicas que acometem a população, a insuficiência renal crônica (IRC) é considerada uma patologia sem expectativa de cura, de evolução rápida e progressiva, desencadeando diversas reações para os pacientes, além de comprometer a qualidade de vida (QV) e por atingir, não só o estado físico, como também o socioeconômico e o psicológico do paciente (MARTINS; CESARINO, 2005; BEZERRA, 2006).

A doença renal crônica (DRC) possui uma alta prevalência em nível mundial. De acordo com o censo de hemodiálise realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) (2011), estimou-se um total de 91.314 mil pacientes em tratamento hemodialítico.

A insuficiência renal (IR) consiste na perda das funções renais e pode ser classificada em aguda e crônica. Em se tratando da IRC, inicialmente, essa perda da função renal é de difícil diagnóstico, pois não são relatados sinais e sintomas. Em sua fase mais avançada, os rins não conseguem manter a homeostase corporal levando o portador renal crônico a apresentar sinais e sintomas como: irritabilidade, dificuldade de concentração, fraqueza, sonolência, polaciúria – principalmente à noite - com alteração na cor da urina. Pode ainda apresentar um aumento da pressão arterial (PA), hiperglicemia, perda de peso, anemia, náuseas e vômitos, entre outros. (LIMA, 2000; TRETINI et al., 2004; BEZERRA, 2006).

Essa doença está presente em um grande número de pessoas e apresenta uma evolução gradativa e irreversível, gerando complicações e agravos para os pacientes portadores. Trata-se de uma enfermidade na qual o único tratamento é através da diálise, sendo ela classificada em duas modalidades, a peritoneal e a hemodiálise. Ambos os tratamentos mudam significativamente a rotina do paciente, onde o mesmo precisa conviver com máquinas, medicamentos e procedimentos, e várias terapias que requerem dedicação do portador a fim de dá continuidade ao tratamento

Segundo Machado e Car (2003); Martins e Cesarino (2005) a IRC e o tratamento dialítico desencadeiam diversas situações para o paciente, comprometendo vários aspectos relacionados à saúde, ou seja, podemos dizer que há um grande impacto na vida ocasionado por essa enfermidade. As condições de tratamento e a evolução crônica da doença limitam os portadores de IRC e são, portanto, fatores agressores que desencadeiam estresse, isolamento social bem como limitações à possibilidade de locomoção e passeios; diminuição das

atividades físicas, dependência e sentimento de medo e incerteza com relação à saúde e bem estar. Dessa forma, estes participam de forma significativa no processo de saúde-doença da população portadora dessa enfermidade. Portanto, a QV é um fator de extrema importância porque interfere diretamente na efetividade de tratamentos e intervenções na área de saúde.

Para Guedes e Guedes (2012), mesmo com os avanços tecnológicos e terapêuticos alcançados até hoje, com objetivo de melhorar a condição clínica e aumentar a sobrevida do portador de IRC, o nível da qualidade de vida dos mesmos continua em declínio.

É notório que a pesquisa e a produção científica em enfermagem estão ganhando cada vez mais forte impacto no âmbito da busca pelo conhecimento e a sua divulgação. Sabendo-se que a assistência de enfermagem necessita constantemente de modificações para atender às necessidades individuais da população, é necessário, e de extrema importância, o avanço no campo de pesquisa com intuito de melhorar a qualidade da assistência de enfermagem e, consequentemente, a QV do indivíduo (PENNAFORT et al., 2010).

O interesse pelo tema se deu a partir da vivência durante os estágios curriculares, indo ao Centro de Hemodiálise, localizado no município de Cajazeiras, Estado da Paraíba.

Visto que o índice de doenças renais crônicas assume um caráter de preocupação global e possui um tratamento contínuo que acarreta grandes modificações no hábito e no estilo de vida dos pacientes; surgiu o interesse e a necessidade de conhecer melhor o serviço de saúde, assim como a dinâmica dos problemas vivenciados pelos pacientes ativos, uma vez que é um tratamento que envolve a força de vontade do paciente, devido às mudanças ocasionadas pela doença.

Diante do que foi exposto, levando em consideração principalmente a evolução crônica da doença e o tratamento realizado pelos portadores, surgem os seguintes questionamentos: quais as condições de vida a que estão submetidos estes pacientes? É possível que os mesmos possuam uma qualidade de vida considerada satisfatória? Será que os mesmos conseguem desenvolver suas atividades diárias sem nenhuma complicação? Até que ponto existe autonomia do paciente, será completamente ou parcialmente dependente?

Assim, esse estudo se torna relevante por possibilitar a avaliação da QV dos pacientes em tratamento hemodialítico, posto que analisa os fatores que interferem diretamente na saúde em sua amplitude e aborda os aspectos social, físico, psicológico e ambiental dos portadores de IRC nesta modalidade de tratamento.

Estima-se resultados consistentes que possibilitem compreender a dimensão dos fatores que atuam na saúde e na qualidade de vida dos portadores de IRC, a fim de refletir sobre a problemática, possibilitando um maior auxílio aos enfermos quanto às suas dúvidas e anseios,

e despertar nos profissionais de saúde possíveis estratégias de enfrentamento, destacando sua importância assim como a função de assistência no âmbito do cuidar.

A partir desta pesquisa, será permitida uma consideração sobre o quanto é importante que os profissionais de saúde possuam conhecimento e sensibilidade acerca dos pacientes, desvestindo os discursos técnicos e de uma cultura silenciosa, favorecendo a instrumentalização e dar subsídios para a criação de critérios que possam minimizar as dificuldades geradas pelo tratamento contínuo, e presença de complicações e sintomas decorrentes da patologia, tendo assim, como intuito, buscar maior harmonia no setor de hemodiálise, ajustamento e adaptação dos renais crônicos, melhorando assim qualidade a QV de vida dos pacientes de hemodiálise.

Por esse motivo, optou-se em realizar este estudo com o objetivo de avaliar a QV dos pacientes portadores de IRC, em tratamento hemodialítico, do Alto Sertão da Paraíba. Bem como, caracterizá-los quanto às variáveis sócio demográficas, averiguar os fatores que interferem nas atividades diárias dos pacientes e identificar a correlação entre a qualidade de vida global e os diversos domínios do WHOQOL-Bref.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA RENAL

O funcionamento do organismo dos seres vivos depende de atividades orgânicas as quais resultam de processos de decomposição, absorção e eliminação. O sistema urinário é um dos principais meios excretores do material indesejado produzido pelo metabolismo e é também responsável pelo controle dos líquidos corporais, sendo assim de grande importância para garantir a homeostase corporal (GUYTON, 2006).

Dentre outras funções dos rins, pode-se citar, a produção e secreção de hormônios que atuam na regulação hemodinâmica sistêmica e renal. Ele também é responsável pela maturação da medula óssea e pela regulação do metabolismo ósseo (ABREU, 2005).

O sistema urinário é composto pelos rins, pelve renal, ureteres, bexiga e uretra. Os rins são os principais órgãos responsáveis por manter a homeostase no organismo, possuindo uma estrutura altamente especializada capaz de realizar a filtração, absorção e excreção de substâncias. Os rins são órgãos pares localizados na região do flanco direito e esquerdo entre o peritônio e a parede posterior do abdome, sendo assim chamados de órgãos retroperitoneais (RIELLA, 2008; POTTER, 2009)

O rim de um indivíduo adulto mede aproximadamente de 11 a 13 cm de comprimento e pesa entre 125 a 170 gramas no homem; e 115 a 155, na mulher. Esses valores diminuem com o envelhecimento. Normalmente, o rim direito é mais baixo que o esquerdo devido a sua localização, abaixo do fígado. Possuem formato anatômico de feijão, com coloração avermelhada e é dividido em regiões como: a externa, o córtex, e uma interna, conhecida como medula (GUYTON, 2006).

Cada rim possui uma artéria principal denominada artéria renal, e é através desta que o fluxo sanguíneo chega até eles, que têm como porta de entrada o hilo no seu lado medial que se divide em várias artérias segmentares e progressivamente em arteríolas e terminam nos capilares glomerulares. Dessa forma, se dá a irrigação do rim assim como a filtração dos metabólitos para formação da urina (GUYTON, 2006; RIELLA, 2008).

Os rins possuem cerca de um milhão de unidades funcionais capazes de formar urina, denominadas néfrons. Cada um desses possui um glomérulo, capilares glomerulares que se anastomosam e que são responsáveis pela filtração do sangue e início da formação da urina. Por fim estão envolvidos pela cápsula de bowman. Depois de filtrado, o líquido flui para o

interior da cápsula de bowman e então é levado para o túbulo proximal, situado no córtex renal, seguindo para a alça de henle nos seus respectivos segmentos, descendente e ascendente. A partir destas, seguem o túbulo distal, túbulo conector e túbulo coletor cortical que levam ao ducto coletor cortical e, em seguida, o ducto coletor medular. Os ductos coletores se unem e se esvaziam na pelve renal seguindo para os ureteres, bexiga e uretra. Assim se dá a eliminação de urina através do sistema renal (GUYTON, 2006).

Ainda de acordo com Guyton (2006), qualquer lesão nas unidades funcionais desse sistema é irreversível. Então, qualquer fragilidade neste, pode acarretar a perda progressiva na função renal prejudicando a homeostase e acarretando problemas funcionais que possibilitam o desenvolvimento de doenças e agravos.

2.2 INSUFICIENCIA RENAL CRÔNICA

Em meados do século XIX, no Hospital Guy's em Londres, o médico Richard Bright descreveu uma enfermidade até então não conhecida, na qual pacientes apresentavam casos de edema com achados referentes a complicações do quadro de hipertensão arterial que os rins apresentavam frequentemente um aspecto que hoje pode ser identificado como um estado renal terminal referente à patologia em questão. A princípio, conhecida como a doença de Bright, a IRC era tida como um processo enfermo que evoluía sem grandes sintomas por anos, até atingir sua fase final (RIELLA, 2008).

Antigamente, com a falta de recursos e de tecnologia em saúde, as doenças crônicas degenerativas, como é o caso da IRC, eram de fato assustadoras e conseqüentemente levavam o paciente a agravos e complicações que conduziam a um estágio terminal. Hoje, o mercado de saúde possui e desenvolve cada vez mais tecnologias capazes de assegurar uma maior expectativa de vida aos portadores da enfermidade em questão (TERRA, 2007).

A IRC ou DRC, também chamada doença renal em estágio terminal (DRET), destaca-se dentre as principais doenças renais e possui um alto índice de morbimortalidade. Esta é resultado da excreção renal de metabólicos prejudicada, que se dá através da perda progressiva da função renal, fazendo com que ocorra o acúmulo de substâncias indesejáveis no organismo. A IRC é uma doença sistêmica progressiva e irreversível de caráter terminal, onde as funções reguladoras não são mais mantidas, acarretando distúrbios hídricos e eletrolíticos, ácidos e básicos que implicam diretamente sob a saúde dos pacientes com problemas renais. Em decorrência de tal fato, conseqüências e sintomas desse

comprometimento renal começam a surgir, sendo evidenciado primeiramente pela dificuldade de manutenção da homeostase interna (BRUNNER, 2009).

A IRC trata-se de uma doença de importância crescente e significativa no Brasil por ser cada vez mais comum e com elevadas taxas de morbimortalidade e custos. Para tanto, foi instituída uma Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal (PNAPDR). Esta tem por objetivo prevenir a doença através da promoção da saúde, visando diminuir o número de casos e agravos das patologias que interferem no processo de saúde-doença renal, como é o caso da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e da diabetes mellitus (DM). A PNAPDR é responsável, ainda, por desenvolver estratégias com objetivo de assegurar e proporcionar uma melhor qualidade de vida, ampliar a cobertura aos portadores de IRC e das patologias agravantes, qualificar a assistência e promover educação em saúde, assim como democratizar dados com objetivo de difundir as informações acerca da doença (LOUVISON et al., 2011)

Para Brasil (2006) a DRC pode ser diagnosticada através da identificação dos grupos de risco, e devem ser avaliados anualmente de acordo com as necessidades individuais; observando-se a presença de alterações de sedimento urinário, ou seja, a composição da excreta urinária, e a redução da filtração glomerular. Todo paciente que faz parte do grupo de risco não pode deixar de fazer essa avaliação.

De acordo com Bastos e Kirsztajn (2011), a ausência de sintomas no estado inicial da doença requer um nível de suspeição maior, principalmente, para aqueles que estão mais susceptíveis aos fatores de risco. A taxa de filtração glomerular (TFG) é a melhor medida da função renal, por ser de fácil compreensão, e é definida como a capacidade dos rins de eliminarem os metabólitos do sangue. A TFG é diminuída com o tempo, indicando que há uma diminuição na quantidade de néfrons, portanto, diminuição da função renal.

Segundo a portaria nº 1168/gm, em 15 de junho de 2004, Art. 2º: estabelece que a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal seja organizada de forma articulada entre o Ministério da Saúde (MS), as Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo: I - desenvolver estratégias de promoção da QV, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades (BRASIL, 2004).

De acordo com Schier (2008), a lesão renal manifesta-se através de anormalidades patológicas em exames de imagem e alterações na composição do sangue e urina.

As maiores causas que influenciam o mecanismo de progressão da doença renal são a DM e a HAS, sendo glomerulonefrite a terceira causa mais comum. Pacientes com DRET

apresentam uma pior qualidade de vida, uma taxa alta de morbidade e uma mortalidade anual de 22%, podendo ser diminuída de acordo com o quadro clínico e o estado de saúde do paciente no começo da terapia renal.

Fazem parte dos principais fatores de risco para a DRET, como já mencionado, a DM e a HAS: o sexo masculino, raça negra, idade avançada, tabagismo, o uso de nefrotoxinas, diminuição da massa renal, anemias, doenças renais proteinúricas, presença de (DRC) na família, e alguns fatores de risco cardiovasculares (LOUVISON et al., 2011)

Segundo Abreu (2005), a IRC apresenta-se em quatro estágios, na qual, o primeiro pode ser caracterizada por uma leve diminuição da função renal, em torno de 25 %, onde o paciente encontra-se assintomático, caso não haja nenhum tipo de infecção concomitante; no segundo caso, o rim apresenta aproximadamente 75% de comprometimento da sua função normal, onde o paciente apresenta sintomas como nictúria, anemia e uma elevação na concentração de uréia plasmática; em uma terceira fase, a homeostase interna já é bastante prejudicada, desenvolvendo no paciente anormalidades como: azotemia intensa, anemia, acidose metabólica, hiperfosfatemia, hipercalcemia e hiponatremia. Nesta etapa, o rim encontra-se com sua função renal abaixo de 20 %. Até este ponto de perda funcional, o paciente pode ser tratado através da dieta e de medicamentos. Na última fase, há predominância de sinais e sintomas como uremia. Nesta etapa são sugeridos tratamentos como diálise e transplante renal.

No geral, os pacientes que sofrem da enfermidade em questão devem ficar atentos para o aparecimento de alguns sinais e sintomas que podem ajudar a identificar que há um déficit no funcionamento renal, como: cansaço, falta de energia, fraqueza e desânimo, dificuldades para se concentrar, apetite reduzido, dificuldade para dormir, câibras à noite, inchaço ao redor dos olhos e nos membros inferiores (MMII) principalmente nos tornozelos e pés, pele seca e irritada e aumento na frequência de micção principalmente à noite, alteração na cor da urina, aumento da PA, anemia e náuseas e vômitos frequentes (BRASIL, 2011).

2.3 HEMODIÁLISE

No ano de 1949, Tito Ribeiro de Almeida, no Hospital das clínicas de São Paulo realizava pela primeira vez no Brasil o tratamento de hemodiálise, ou seja, utilizava um rim artificial para pacientes portadores de insuficiência renal (IR), onde a indicação para este tratamento na época era o estado de coma, o que acarretava a morte de muitos pacientes com poucas horas ou dias de tratamento. Antes da década de 60, o tratamento era possível apenas

para portadores de insuficiência renal aguda (IRA); somente em meados de 70 é que foi implantado o tratamento hemodialítico de longa duração para pacientes com IRC. Naquela época, a tecnologia não era aprimorada como nos dias atuais, porém desencadeou o processo de atualização em nefrologia e no tratamento de hemodiálise, chegando ao que temos hoje (SONESP, 2009)

Segundo a SBN (2012), a hemodiálise promove a retirada das substâncias tóxicas, ou seja, àquelas que não foram devidamente excretadas que se acumulam no sangue. Água e sais minerais do organismo são levados através da passagem do sangue por um filtro, realizando o processo de filtração necessário para garantir a qualidade de vida do paciente sem maiores complicações. A hemodiálise deve ser realizada por clínicas especializadas e em sessões que correspondem a três vezes por semana e que podem durar cerca de três a cinco horas, de acordo com as necessidades individuais dos pacientes. Este processo é viabilizado através de introdução de cateter ou por confecção de uma fistula de acesso venoso central (AVC) ou periférico (AVP), de forma que as veias permaneçam mais calibrosas, fornecendo um fluxo de sangue adequado para filtração.

A hemodiálise é atualmente a modalidade de tratamento mais utilizada e se realiza através de uma máquina que é capaz de fazer, pelos rins, o processo de filtração dos metabólitos sanguíneos, podendo ser assim chamada de “rim artificial”. Esta terapia requer dedicação por parte do paciente, que deve manter o tratamento de forma contínua comparecendo às unidades de hemodiálise semanalmente, para realizar o tratamento (KUSUMOTO et al., 2007).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2012), os recursos para hemodiálise aumentam em R\$ 181,6 mil, o que corresponde a um reajuste de 10%, o maior desde o ano de 2005. Isso significa dizer que o Ministério da Saúde (MS) está investindo para garantir a melhor qualidade de atendimento aos portadores de insuficiência renal. O MS, no ano de 2011, destinou recursos financeiros para ampliar o atendimento em hemodiálise no Sistema Único de Saúde (SUS) que objetivava a prevenção e a promoção da saúde para os pacientes renais, evitando complicações ou até mesmo a necessidade de tratamento hemodialítico (BRASIL, 2012).

Segundo o censo de hemodiálise de 2011, emitido pela SBN, existe um total de 687 unidades cadastradas, sendo ativas com programas crônicos apenas 643. Em 2011, estimou-se um total de 91.314 mil pacientes em tratamento hemodialítico, que representou uma queda comparada ao ano de 2010, onde foi estimado 92.091 mil pacientes. Foi possível observar

ainda que a grande maioria da população realiza o tratamento pelo SUS, correspondendo a 84,9%, e em outros convênios 15,1%.

Observou-se, ainda, de acordo com o censo de 2011, que a faixa etária mais prevalente no tratamento vai de 19 a 64 anos, atingindo um percentual de 66,9%. O número de homens, realizando tratamento, corresponde a 28.739 mil, ou seja, 57,3%; de mulheres, 21.389 mil, correspondente a 42,7% da população. Com base nas patologias prevalentes nas doenças renais, a HAS atinge um percentual de 35,1% e DM de 28,4%, prevalecendo sobre os demais agravos.

De acordo com Netina (2007), hemodiálise caracteriza-se por um processo de limpeza dos produtos que se acumulam no sangue. Sua indicação é principalmente para pacientes com IRC. É um recurso de tratamento que funciona como um rim artificial, sendo um procedimento desconfortável para o paciente, pois requer mudança no seu estilo de vida, interferindo, de certo modo, nas suas relações sociais, assim como no estado físico e emocional. O procedimento segue da seguinte forma: primeiramente é estabelecido o acesso, que pode ser por meio do cateter ou da fístula; em seguida, é administrada heparina, com exceção de que esta seja contraindicada através do dialisador, o sangue flui em uma direção para que ocorra a filtração, e após este processo, retorna na direção oposta, ou seja, retornando para o paciente.

A técnica de hemodiálise deve ser monitorada constantemente, e é realizada pelo profissional de enfermagem. Durante a sessão, o enfermeiro responsável deve garantir que sejam avaliados, durante o procedimento, o estado hemodinâmico e o equilíbrio eletrolítico e ácido-básico, bem como a manutenção do equipamento e sua esterilização, evitando assim risco de infecção para o paciente (NETTINA, 2007).

Como apoio à função renal, a hemodiálise consiste em um procedimento fundamental, porém apresenta certa dificuldade de adaptação para o paciente; principalmente, no que diz respeito à ansiedade que a mesma provoca quanto às modificações e adaptações no estilo de vida de cada um, considerando suas características individuais e pessoais, que são fatores decisivos quanto à adesão ao tratamento e a qualidade de vida (THOMAS; ALCHIERI, 2005).

2.4 QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE

Por volta dos anos 70, o conceito de qualidade de vida era vinculado apenas à área física do estabelecimento de saúde, o que acumulava um aumento no custeio de melhorias nos

equipamentos e contratação de profissionais. Recentemente este conceito está vinculado ao paciente e a preocupação com o seu completo bem estar (CASTRO et al., 2003).

O setor da saúde tem influenciado cada vez mais na construção do conceito da qualidade de vida, em decorrência dos paradigmas que influenciam as práticas realizadas nessa área; frente aos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são de caráter multifatorial e complexo, no qual englobam vários aspectos sociais. O processo da qualidade de vida está diretamente ligado às práticas assistenciais cotidianas prestadas pelos serviços de saúde. Dessa forma, a avaliação do paciente como um todo de acordo com sua especificidade, fornece subsídio para adequar o melhor tratamento às condições de vida do paciente, assim como sua adaptação à condição que lhe foi imposta pela enfermidade (SEILD; ZANNON, 2004).

Entre as doenças de evolução crônica, a doença renal traz consigo uma série de mudanças que geram um grande impacto na qualidade de vida do indivíduo. Elas começam a partir do diagnóstico, onde o paciente sofre com a não aceitação, por ser uma doença incurável e de caráter dependente, ou seja, é necessário que ele realize o tratamento de hemodiálise até o fim da vida, com mudanças rigorosas de hábito e estilo de vida. Ele também sofrerá alterações da autoimagem, que por vez dificulta a aceitação da condição clínica, associados à alterações no âmbito físico, social, econômico, psicológico e familiar. A IRC obriga o paciente a viver com uma doença incurável e sujeito a uma modalidade de tratamento difícil, dolorosa e de longa duração. Inicialmente são desenvolvidos estados de alerta, tensão, ansiedade e depressão quanto ao processo de adaptação da hemodiálise e, principalmente, pela exposição recorrente a unidade de diálise, além das mudanças individuais que acarreta a cada indivíduo na sua percepção (HIGA et al., 2008).

O interesse pelo termo qualidade de vida na hemodiálise se dá especialmente pelo aumento do número de pacientes renais crônicos. Acredita-se que a adoção de um caráter investigativo acerca da doença bem como suas consequências e as características sociais, físicas, econômicas e emocionais do paciente, correlacionadas com um planejamento de assistência de enfermagem ajudam a melhorar a QV e a sobrevida do paciente, proporcionando estímulos à clientela quanto à capacidade de melhorar e adapta-se por si mesmo ao novo estilo de vida (FRAZÃO; RAMOS; LIRA, 2011)

Os pacientes em tratamento de hemodiálise devem passar por diversos processos adaptativos que interferem diretamente na QV do portador de IRC, pois enfrentam diversas restrições no âmbito do trabalho, lazer, dieta, atividades sociais, econômicas, no relacionamento familiar e, principalmente, uma mudança brusca na auto-estima. Não é

possível distinguir a vida sem que esta esteja dependente de uma máquina na qual sem ela não há expectativas. Esta distinção pode variar de pessoa para pessoa, uma vez que o ser humano é dotado de capacidade de raciocínio individual e características e estilo de vida de caráter particular. Dessa forma, a concepção da QV não se restringe a tratamentos e intervenções médicas, e sim a uma dinâmica que o impacto da doença representa na vida de cada indivíduo (ANES; FERREIRA, 2009; COSTA et al., 2010).

A QV do portador de IRC em tratamento de hemodiálise está diretamente ligada à aceitação e ao entendimento que ele possui quanto ao processo da doença e ao tratamento; uma vez que, após o impacto do diagnóstico, começa uma nova etapa na vida dele. Nesse contexto, é justificável uma alteração na QV logo após as mudanças bruscas que acompanham o tratamento, sendo de fundamental importância a do paciente vontade de buscar melhores condições de vida (COUTINHO et al., 2010).

A aderência do paciente ao tratamento hemodialítico consiste em várias mudanças habituais e, para tanto, está interligada a diversos fatores que devem ser considerados com relação à qualidade de vida do paciente. Dentre estes: o suporte social, o ambiente de trabalho, a percepção do paciente quanto à doença, as alterações psicossociais, a motivação, e principalmente a relação familiar e o suporte da equipe de profissionais que atuam nos centros de hemodiálise, que tem por objetivo atingir a satisfação do paciente quanto ao serviço, facilitando o processo do tratamento, a aceitação do paciente e, conseqüentemente, a melhora na qualidade de vida do mesmo (THOMAS; ALCHIERI, 2005).

Diante das dificuldades encontradas pelo portador de IRC durante o tratamento, a diminuição do convívio social provoca um sentimento negativo que põe o paciente em dúvida se será possível seguir com o tratamento adiante e, na maioria das vezes, acarreta isolamento do mesmo. Ocorre também uma diminuição da libido e impotência, o que agrava a autoestima. O conhecimento acerca da doença e da dependência da hemodiálise desperta o medo da morte e um conjunto de fatores agravantes levam ao agravamento do quadro clínico, à exposição constante a fatores estressores desenvolvem, com frequência, a depressão. (MEIRELES; GOES; DIAS, 2004)

Sabe-se que o tratamento hemodialítico é contínuo e requer bastante esforço por parte do paciente. Dessa forma, as condições exigidas para este tipo de tratamento, inicialmente, vão desde a sua locomoção para os centros especializados até a disponibilidade para as várias sessões que ocorrem semanalmente, de acordo com as necessidades individuais, e com as alterações que não estão somente na adaptação do paciente a essa modalidade, mas também direcionadas às mudanças de hábitos como dietas e exercícios físicos, sendo necessário uma

otimização do tratamento bem como o desenvolvimento de uma melhor QV. (BARBOSA; VALADARES, 2009).

2.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA HEMODIÁLISE

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma prática que vem sendo implementada com objetivo de possibilitar a aplicação dos conhecimentos de enfermagem e garantir a qualidade assistencial e segurança para os pacientes, uma vez que para ser implementada necessita da avaliação clínica do profissional de enfermagem, e maior autonomia. O processo de enfermagem (PE) é a base para a SAE, baseando-se no fato de que esse é constituído pelos dados investigativos do cliente bem como o plano de cuidados elaborados pelo enfermeiro (a) (TANNURE; PINHEIRO, 2010).

Para garantir uma assistência de qualidade, o profissional deve assegurar uma estrutura organizacional específica, bem como recursos físicos e materiais adequados. Deve estar atento, principalmente, ao estado clínico do paciente, observando e compreendendo suas maiores necessidades, uma vez que o planejamento e a implementação da assistência devem estar voltados para as alterações do bem estar físico, psíquico, emocional e social do cliente (BITTAR; PEREIRA; LEMOS, 2006)

A enfermagem tem como principal foco o cuidado e a assistência ao paciente, e estes, vão além dos procedimentos técnicos e requerem um estabelecimento de relacionamento cliente-profissional, a fim de entender as maiores necessidades do paciente para garantir um trabalho humanizado, preocupado com o ser cuidado. Em se tratando especificamente do setor clínico de hemodiálise, este requer uma atenção especializada de enfermagem, principalmente, para manutenção da qualidade de vida do cliente. Dessa forma, pode-se destacar a importância do profissional de enfermagem neste setor acerca do cuidado prestado, assim como e a qualidade da assistência e a educação do paciente renal crônico, com objetivo de alcançar um atendimento qualificado no serviço, considerando o alto nível de complexidade e de dependência do tratamento de hemodiálise (RODRIGUES; BOTTI, 2009).

Para, Nascimento e Marques (2005) o principal objetivo da equipe de enfermagem neste setor consiste na observação dos pacientes nas sessões de hemodiálise, sendo essa uma função primordial e de grande importância, a fim de garantir o controle do tratamento e as complicações que podem vir a ocorrer durante uma sessão de hemodiálise, favorecendo desta forma um diagnóstico precoce de possíveis intercorrências, bem como garantir um atendimento qualificado.

A enfermagem desempenha ainda uma função primordial quanto à educação do paciente renal crônico. Em decorrência do procedimento doloroso, cheio de limitações e medos, alguns pacientes acabam se tornando desanimados e muitas vezes optam por abandonar o tratamento ou não seguir os cuidados com relação à doença. Sendo assim, é responsabilidade da enfermagem comprometer-se com a educação do paciente renal. Esta ação educativa é o principal meio de ensinar e estimular o paciente sobre como conviver com suas limitações e de encontrar meios dentro das possibilidades e recursos individuais, para que os pacientes se tornem autônomos e possam assumir suas responsabilidades e deveres acerca dos cuidados do esquema terapêutico, ou sejam, que estes possam cuidar de si mesmos e que possam buscar por si só meios de alcançar melhores condições e qualidade de vida (CESARINO; CASAGRANDE, 1998).

Para Bastos et al. (2004) a importância da equipe de saúde como um todo, ou seja, uma equipe multidisciplinar, interfere diretamente no acompanhamento do doente renal crônico, pois favorece a identificação dos problemas e complicações, facilita o entendimento do paciente em diversos aspectos de sua doença e ajuda a diminuir o impacto e agravos da DRC para o paciente, induzindo desta forma a otimização dos cuidados. Portanto, não só a equipe de enfermagem deve intervir no processo educativo do paciente, como também toda a equipe com um objetivo em comum: garantir melhores condições de tratamento e qualidade de vida para o paciente assistido.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Este trabalho trata-se de um estudo de campo, descritivo, transversal, com uma abordagem quantitativa.

A pesquisa de campo é aquela que exige um encontro direto entre pesquisador e população, ou seja, buscando o meio ou espaço em que ocorrem as informações a serem colhidas e documentadas (GONSALVES, 2007).

Para Silva e Menezes (2005), o estudo descritivo, como o próprio nome o caracteriza, é utilizado com objetivo de descrever determinada população ou fenômeno e suas características exigindo técnicas padronizadas para coleta de dados e o uso de questionários por meio de observação sistemática, caracterizando-se sob o levantamento de dados.

Entende-se por estudo transversal aquele que tem por objetivo detectar a “causa” e o “efeito” de modo investigativo e simultaneamente (PEREIRA, 2008); e o método quantitativo é descrito por Seabra (2009, p. 65):

“O método quantitativo caracteriza-se pelo processo de quantificação tanto no processo de coleta de informações, como no tratamento destas através de técnicas estatísticas e procedimentos matemáticos. Frequentemente empregado nos estudos descritivos de relação de causalidade entre fenômenos, o método quantitativo representa, em princípio, a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitando distorções de análise e interpretação, possibilitando aumentar a margem de segurança sobre os resultados.”

3.2 LOCAL DA PESQUISA

Este estudo foi realizado no Centro de Hemodiálise de Cajazeiras (CHC), Estado da Paraíba. O município localiza-se no Alto Sertão paraibano, situado na extremidade ocidental, pertencente à microrregião de Cajazeiras, que está situada a Oeste da capital do Estado, João Pessoa, distante desta, aproximadamente, 476 km. Possui, de acordo com o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), 58.446 habitantes.

O Centro de Hemodiálise de Cajazeiras está agregado à estrutura física do Hospital Regional de Cajazeiras (HRC) e apresenta pequeno porte, contendo apenas duas salas para

procedimento de hemodiálise, contabilizando um total de 12 poltronas/leitos hemodialíticos e atendendo a 50 pacientes, sendo apenas 17 Cajazeirenses.

O CHC atende a 15 municípios circunvizinhos, e conta com uma equipe composta por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem que são responsáveis pelo processo de diálise e pela manutenção do estado de saúde do paciente durante a sessão. No momento, o CHC não dispõe de sala para técnica de hemodiálise em pacientes com doenças infecto-contagiosas. Seu funcionamento se dá de segunda a sábado, com horário de funcionamento das 06:00 às 20:00 horas (nas segundas, quartas e sextas) e das 06:00 às 16:00 horas (nas terças, quintas e sábados).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população definida se refere ao objeto de investigação da pesquisa. É um universo populacional determinado de acordo com os critérios de inclusão apresentados e é a partir da interação entre pesquisador e população que são obtidos os dados a serem analisados (GONSALVES, 2007).

Para Marconi e Lakatos (2010), a amostra consiste em obter discricção a respeito da população selecionada, é um subconjunto do universo.

Atualmente existem 50 pacientes com IRC fazendo tratamento hemodialítico no local da pesquisa. A amostra foi composta por 100% da população, porém seguiram critérios de inclusão e exclusão.

Foram incluídos na pesquisa, os portadores de IRC, acima de 18 anos, de ambos os sexos e que estão em tratamento hemodialítico há mais de 6 meses.

Fizeram parte dos critérios de exclusão os pacientes que não aceitaram, de forma voluntária, assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APENDICE D), bem como os portadores de transtornos mentais, ou àqueles que, no ato da coleta de dados, apresentaram um rebaixamento do nível de consciência. Foram excluídos, também, da pesquisa, os pacientes que não compareceram a unidade de hemodiálise durante o período estipulado para coleta.

Dessa forma, ficaram de fora da pesquisa 11 pacientes, onde 2 estavam em tratamento hemodialítico a menos de 6 meses; 3 não compareceram ao local da pesquisa durante o período estipulado da coleta; 5 se recusaram a participar e 1 era portador de transtorno mental. Resultando assim em uma amostragem de 39 pessoas

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados foi dividido em duas etapas. A primeira etapa do questionário voltava-se para a caracterização dos participantes (APENDICE E) e a segunda, para os objetivos propostos.

O segundo instrumento (ANEXO I) foi destinado a coleta de dados referente à “qualidade de vida”. Para tanto, utilizou-se o Whoqol-bref (WHOQOL,2005). Instrumento testado e validado em várias culturas, sob a coordenação do World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL Group) da Organização Mundial de Saúde (OMS) (SAUPE; BROCA, 2004).

De acordo com Zanei (2006), esse instrumento de medida criado pelo grupo, fundamenta-se no pressuposto que a QV é uma construção subjetiva (percepção individual), multidimensional que envolve aspectos culturais, sociais e de meio ambiente e abrange tanto aspectos positivos quanto negativos.

Esse instrumento consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais representam cada uma 24 facetas que compõem o questionário original. As questões do WHOQOL-bref, por sua vez, compõem quadro domínios: físicos, psicológicos, relações sociais e de meio ambiente, com as suas respectivas facetas (FLECK et al., 2000) e estão descritas no quadro abaixo:

Domínios e facetas do WHOQOL-bref
Domínio 1- Domínio físico
3. Dor e desconforto
4. Dependência de medicação ou tratamento
10. Energia e fadiga
15. Mobilidade
16. Sono e repouso
17. Atividade da vida cotidiana
18. Capacidade de trabalho
Domínio 2- Domínio psicológico
5. Sentimentos positivos
6. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
7. Pensar, aprender, memória e concentração
11. Imagem corporal e aparência
19. Auto estima
26. Sentimento negativos
Domínio 3- Relações sociais
20. Relações pessoais
21. Atividade sexual
22. Suporte (apoio) social
Domínio 4- Meio ambiente
8. Segurança física e proteção

- | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9. Ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima)
12. Recursos financeiros
13. Oportunidade de adquirir novas informações e habilidade
14. Participação e oportunidades de recreação e lazer
23. Ambiente no lar
24. Cuidados de saúde e sociais
25. Transporte |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Quadro 1- Domínios e facetas do WHOQOL-bref

FONTE: Fleck et al (2000)

O presente estudo utiliza o método WHOQOL-bref como instrumento para coleta de dados específicos e validados para avaliação da qualidade de vida.

3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Para Marconi e Lakatos (2010), coleta de dados é a etapa da pesquisa que corresponde à aplicação dos instrumentos de coleta, sejam eles elaborados ou selecionados, objetivando a obtenção dos dados almejados a fim de realizar o estudo. Essa deve ser realizada de forma rigorosa, evitando desta forma, erros e defeitos resultantes.

Inicialmente, o projeto foi enviado para Plataforma Brasil onde foi também cadastrado; em seguida, encaminhado pelo mesmo para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para fins avaliativos e de viabilidade e aptidão para pesquisa. A partir desse momento, a pesquisadora participante foi pessoalmente ao Centro de Hemodiálise, já citado, onde realizou um primeiro contato com a equipe e os possíveis participantes do estudo. Foi realizada uma demonstração e se fez o esclarecimento da finalidade do estudo de acordo com a disponibilidade do usuário, respeitando a privacidade e o conforto do mesmo, objetivando maior aceitação por parte da equipe e do público alvo.

Uma vez disposto, os pacientes, em tratamento hemodialítico, assinaram o TCLE e receberam o questionário para que pudessem responder e que foi aplicado durante as sessões de hemodiálise nos horários de funcionamento. Tendo em vista que o paciente, durante as sessões de hemodiálise, fica com um membro contido à máquina, em alguns momentos foi necessário que a pesquisadora preenchesse os questionamentos.

3.6 PROCESSAMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Após o término da coleta, os dados obtidos foram digitados em planilha eletrônica do programa Excel for Windows, versão 2010, conferidos, corrigidos e importados para o programa Statistical Package for the Social Sciences (Programa SPSS), versão 17.0, para

análise estatística. E em seguida foram realizadas as discussões desses dados em confronto com a bibliografia pertinente.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi desenvolvido obedecendo e respeitando a todos os pressupostos exigidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), responsável pela regulamentação da pesquisa com seres humanos, com objetivo de assegurar e preservar os direitos dos participantes da pesquisa (BRASIL, 1996).

Seguindo as diretrizes referidas acima, foi garantida a liberdade do público alvo em participar ou não do estudo, mediante a assinatura voluntária do TCLE (APENDICE D) o qual contém todas as informações necessárias referentes à participação do sujeito.

A pesquisadora, em todo momento da coleta, esteve disposta a informar e esclarecer o procedimento, bem como a intencionalidade do estudo e o seu objetivo, assegurando o sigilo e a segurança do participante da pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados a seguir foram obtidos através do cálculo dos escores do Whoqol-bref onde foram obtidos os seus domínios. Em seguida, transportado para o programa Statistical Package for the Social Sciences (Programa SPSS), onde serão apresentados em forma de tabela para análise e discussão.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Tabela 1: Distribuição dos participantes da pesquisa quanto ao gênero, faixa etária, estado civil, escolaridade, ocupação, total de pessoas com quem mora e há quanto tempo realiza hemodiálise.

VARIÁVEIS	F	%
Gênero		
Feminino	18	46
Masculino	21	54
Idade (anos)		
18 a 30 anos	04	10,25
31 a 50 anos	13	33,34
51 ou mais anos	22	56,41
Estado civil		
Solteiro	09	23,08
Casado	26	66,67
Viúvo	04	10,25
Escolaridade		
Não sabe ler e nem escrever	06	17
Alfabetizado	02	5
Ensino Fundamental Incompleto	19	53
Ensino Fundamental Completo	02	5
Ensino Médio Incompleto	01	3
Ensino Médio Completo	06	17
Ensino Técnico	01	3
Ensino Superior	02	5
Ocupação		
Beneficiário	17	44
Aposentado	20	51
Pensionista	02	5
Quantas pessoas moram com você?		
Sozinho	01	2,56
1 pessoa	07	17,95
2 pessoas	07	17,95
3 pessoas	13	33,34
4 pessoas	05	12,82
5 ou mais pessoas	06	15,38
Tempo que realiza Hemodiálise		
Até 4 anos	23	58,97
Acima de 4 anos	16	41,03
TOTAL	39	100

FONTE: Pesquisa direta. 2013

A tabela 1 representa dados sociodemográficos dos pacientes com IRC em tratamento hemodialítico no município de Cajazeiras. Observa-se que, quanto ao gênero e faixa etária, é possível analisar o índice de homens que realizam o tratamento, atingindo um percentual de 54%; superior ao das mulheres, com 46% das participantes. É possível observar ainda que, com o aumento da faixa etária, há uma elevação no índice de prevalência da IRC nos pacientes, chegando aos seguintes resultados: entre 18 e 30 anos, obtêm-se um percentual de 10,25%; de 31 a 50 anos 33,34% e de 51 anos em diante há uma prevalência de 56,41%.

Sabe-se que, com o avançar da idade, as funções reguladoras do organismo diminuem gradativamente, o que evidencia o aparecimento de doenças crônicas nesta etapa da vida. É possível analisar que o índice de IRC acomete mais homens do que mulheres, o que sugere uma diminuição com relação aos cuidados de saúde por parte desses, prejudicando o processo de prevenção e diagnóstico precoce de doenças.

É possível observar, ainda em questão, que os dados referentes a esses não apresentam contradição, quando comparados ao senso de hemodiálise realizada pela SBN, onde se constatou que o número de homens que realizam o tratamento é superior ao das mulheres; bem como a faixa etária mais prevalente no tratamento vai de 19 a 64 anos, aumentando essa incidência com o avançar da idade (SBN, 2011).

Para Salgado Filho e Brito (2006), a DRC vem assumindo cada vez mais uma importância significativa a nível global em meio ao aparecimento de novos casos por ano e como consequência disso, uma maior busca pelo tratamento hemodialítico. O aumento dos casos de doenças renais se deve principalmente a patologias agravantes e o aumento na expectativa de vida da população, visto que com o passar dos anos, o organismo tende a perder suas funções reguladoras gradativamente.

Observou-se que, de acordo com o estado civil, a maioria da população entrevistada está oficialmente casada (66,67%) e vivem com seus companheiros.

Em um estudo realizado por Cordeiro (2009), há uma constatação em relação aos entrevistados que possuíam companheiro fixo. Neste estudo, representados pela população que se encontra casada, os mesmos apresentaram melhor média em relação à dimensão física, comparados aos que não possuíam companheiro fixo; o que indica que a capacidade para desempenhar as atividades diárias se tornava mais fácil com a ajuda e o apoio por parte do companheiro.

Desta forma, foi possível concluir que os participantes da pesquisa que estavam casados, não se sentiam sozinhos no enfrentamento da doença, superando obstáculos e desafios impostos pelas limitações físicas decorrentes da enfermidade.

Para analisar o grau de escolaridade é importante relacionar que, de forma geral, quanto maior o nível de estudo mais informações esse paciente terá sobre a sua condição clínica e as formas de manter uma vida mais saudável.

Para Baquedano (2010) o autocuidado pode ser considerado uma prática de funções reguladoras que os indivíduos desempenham com objetivo de manter um estilo de vida saudável, que não envolva riscos às funções vitais. Pode-se citar como exemplo, o autotratamento e os cuidados com situações que envolvam enfermidades. O mesmo colabora intensamente com qualidade de vida; uma vez que o próprio cuidado com a saúde evita ou diminui condutas médicas. Dessa forma, acredita-se que o conhecimento é uma ferramenta de grande importância e que influencia nas habilidades de autocuidado de cada indivíduo.

De acordo com os dados da pesquisa, é possível avaliar que a maioria da população possui algum tipo de estudo, contando apenas com 17% que não sabem ler e nem escrever; e 5% possuem apenas a alfabetização. Fica evidente que o baixo nível de escolaridade dificulta o processo de entendimento acerca da doença e sua modalidade de tratamento, comprometendo o processo de autocuidado. Conclui-se assim, que os profissionais devem, cada vez mais, capacitar-se para lidar com uma clientela diversificada em nível de instrução; trabalhando para que as informações sejam repassadas da melhor maneira, garantindo assim uma maior sensibilização do público alvo, bem como um melhor desempenho com relação ao autocuidado, prevenindo futuras complicações e resultando em um melhor estado de saúde.

Cabe observar que, no âmbito ocupacional/profissional de cada participante, nenhum se encontra em atividade laboral. O estudo aponta que 44% recebem um auxílio doença, ou seja, aqueles que recebem o benefício específico para os portadores de IRC dependentes do tratamento de hemodiálise; aposentados, 51 %; e pensionistas 5%.

Adaptar-se às características da IRC, sabendo-se que a mesma não possui cura e seu tratamento é de alta complexidade, significa adaptar-se também às inúmeras alterações na qualidade de vida, devido aos vários sintomas apresentados no decorrer da doença. Alguns deles causam diferentes níveis de limitação física e condições de trabalho, constituindo em um problema de saúde social e econômico (RUDNICKI, 2007).

A IRC é uma doença incapacitante na dimensão profissional, ou seja, impõe dificuldades e limitações físicas que incapacitam e anulam, na grande maioria das vezes, a aptidão para o trabalho. Neste estudo, especificamente, 100% dos participantes estão desempregados. Isso demonstra, geralmente, uma insatisfação do grupo populacional, principalmente, por gerar um sentimento incapacitante e ter-se a sensação de ser um “fardo” para a família. Quanto à questão salarial, a falta de emprego para esse grupo gera conflitos.

Muitos relataram que diminuíram o padrão de vida por viverem somente de benefícios/aposentadoria/pensão, sendo isso um fator importante na alteração da QV.

Outro aspecto social analisado nesta pesquisa foi observar a quantidade de pessoas que moravam sozinhas ou com outras pessoas, fazendo parte do convívio social familiar. Observou-se que apenas 2,56% delas moram sozinhas, estatística que corresponde a 01 (uma pessoa); os demais que moram com 01 pessoa, 17,95%, sendo este mesmo valor para as que moram com 02 pessoas; 33,34% moram com 03 pessoas, constituindo a maior parte da população; 12,82% moram com 04 pessoas e 15,38% moram com 05 ou mais pessoas.

O convívio social e as relações familiares são de grande importância no tratamento hemodialítico, visto que a doença acaba influenciando e gerando alterações físicas, sociais, psíquicas e emocionais que muitas vezes levam ao isolamento do paciente e a quadros depressivos.

Em seus estudos, Cordeiro (2009) analisou e constatou que houve diferenças nas dimensões de funcionamento físico, efeitos da doença e também função sexual, sendo mais baixas as variáveis para as pessoas que moravam sozinhas, o que indica uma pior situação das mesmas. Para tanto, vale ressaltar a importância do suporte familiar na QV bem como seu papel de colaborador com os cuidados na saúde do portador de IRC em tratamento de hemodiálise.

Para analisar o tempo de tratamento em hemodiálise, foram incluídos aqueles que faziam há mais de seis meses, considerando que dentro deste período de tempo, mudanças e variações na qualidade de vida estariam mais evidentes. Dividiu-se, então, os pacientes que realizam tratamento a mais de seis meses até os quatro primeiros anos, compreendendo um valor estatístico de 58,97%; e os que realizam hemodiálise há quatro anos ou mais, 41,03%.

Segundo Silveira et al. (2010), o impacto ocasionado pelo tempo de hemodiálise é pouco conhecido, porém, em seus estudos, observou que os pacientes com maior tempo de tratamento apresentaram melhor pontuação quanto aos domínios de capacidade funcional, aspectos físicos, vitalidade, aspectos emocionais e aspectos sociais.

4.2 ANÁLISE DE DADOS ESPECÍFICOS

Nesta etapa, os dados foram analisados de acordo com o instrumento de coleta Whoqol-Bref, específicos para qualidade de vida dos portadores de IRC em tratamento de hemodiálise do município de Cajazeiras, Estado da Paraíba.

O instrumento utilizado possui quatro domínios, sendo eles: físico, psicológico, social e ambiental; apresentados na tabela abaixo:

Tabela 2. Escores obtidos no WHOQOL-bref de pacientes em hemodiálise (N=39). Cajazeiras-PB, 2013.

		Estatística				
		DF	DP	DS	DA	QV
Nº	Válidos	39	39	39	39	39
	Perdidos	0	0	0	0	0
Média		59,44	65,39	72,87	62,19	64,96
Desvio Padrão		12,913	9,900	14,394	9,398	8,425
Mínimo		32	38	25	41	44
Máximo		89	92	100	84	89

FONTE: Pesquisa direta, 2013.

É possível analisar na tabela acima, os resultados que se obtêm através dos domínios e a QV, abordada de uma forma geral, no instrumento de coleta de Whoqol-Bref deste estudo. De um modo abrangente, o domínio mais prejudicado entre os participantes foi o físico (DF) com média de 59,44 e o mais preservado foi o domínio social (DS), com média de 72,87. Porém os demais domínios, tanto psicológico (DP) quanto ambiental (DA) também apresentaram médias baixas, refletindo na QV dos portadores de IRC que apresentaram uma média de 64,96.

O comprometimento no DF reflete o panorama de uma doença crônica, onde o tratamento gera dor e desconforto, assim como a dependência de medicação e terapia renal substitutiva; gera fadiga, diminui a mobilidade do paciente, já que este precisa conectar-se a uma máquina durante vários dias por semana, isso repercute no sono e repouso, na atividade da vida cotidiana e na capacidade de trabalho.

As condições ambientais também foi um domínio com média baixa, demonstrando que os pacientes com IRC, em uso de hemodiálise, sentem dificuldades em adquirir novas habilidades, oportunidades de trabalho, recreação, lazer e, talvez, até transportar-se de um lugar para outro.

Dessa forma, conclui-se que as limitações físicas ocasionadas pela doença, bem como as condições ambientais em que vivem, são os fatores mais agravantes para a qualidade de vida dos pacientes com IRC detectadas por este estudo. Levando a crer ainda que, com o tempo, os pacientes em hemodiálise conseguem superar desafios psicológicos impostos, assim como buscar e contar com um maior apoio social para o enfrentamento da doença e seu tratamento.

Uma boa característica do grupo estudado foi a melhor média nas relações sociais, mostrando que, apesar da doença e do tratamento, os portadores de IRC mantém boa relação pessoal e atividade sexual e apoio social. No tocante a QV, a mesma obteve uma média de 64,96, um valor que não caracteriza uma qualidade de vida ruim, porém, ao mesmo tempo, não condiz uma QV boa, e sim regular.

Segundo Higa et al. (2007), a IRC acarreta, para os pacientes, diversas modificações de caráter físico e de condições ambientais em que vivem, desencadeiam alterações psicológicas e sociais, estando esses diretamente interligados na avaliação da qualidade de vida dos mesmos. Em se tratando de que a percepção da qualidade de vida é única para cada participante, ela pode ser de caráter positivo, em que o paciente busca entendimento acerca da enfermidade e de medidas para melhor enfrentamento; bem como de aspecto negativo, aos quais existe um sentimento de negação com relação à doença.

As restrições ocasionadas pela hemodiálise podem alterar de forma significativa a QV dos portadores de IRC, uma vez que os sinais e sintomas físicos da doença acarretam mudanças no estilo de vida, e na capacidade para o trabalho despertando quadros depressivos com relação a doença (TRENTINI et al., 2004).

Ainda, segundo o autor supracitado, em seu estudo constatou que alterações nos padrões físicos podem estar relacionadas principalmente ao fator fadiga e a sinais de deteriorização músculo-esquelético e fraquezas físicas em decorrência da ação da hemodiálise, o que desencadeia outros vários sintomas como sentimentos negativos, depressivos ou irritativos.

A necessidade de realizar continuamente a hemodiálise colabora para a dependência de tratamento médico, incluído no DF, e interfere no trabalho e nos estudos, acarretando falta de energia e disposição para desempenhar atividades diárias.

No DP analisado, um estudo realizado por Terra e Costa (2007) mostra que os resultados se assemelham A situação da QV dos pacientes entrevistados foi de *nem ruim, nem boa*, em que vai de encontro ao resultado da média obtida neste estudo, considerando que na avaliação, quanto mais perto de 100%, melhor o resultado. Os mesmos levaram em consideração que nas relações sociais os pacientes apresentaram um escore entre *boa e muito boa*, indo de encontro à média obtida neste estudo em relação ao DS.

Em contrapartida, a revisão de literatura, como observado em Meireles; Goes; Dias (2004), o fator social é um dos mais prejudicados, por muitas vezes levar o paciente ao afastamento das relações sociais.

Confrontando os achados ainda com Terra e Costa (2007), observou-se que com relação ao DA, o fator mais agravante se deve às condições financeiras. Estas impossibilitam muitas vezes os pacientes, em sua grande maioria, não possuírem um local adequado de moradia e possuírem suas atividades de lazer diminuídas ou escassas. Chegando-se a conclusão de que, na caracterização sociodemográfica, nenhum dos participantes possui trabalho, vivendo apenas de benefícios, pensão ou aposentadoria, que na maioria das vezes não é aplicado no custo próprio, decorrendo do fato de que boa parte deles não vive só em ambiente residencial.

Tabela 3. Correlação entre os domínios do WHOQOL-bref de pacientes em hemodiálise (N=39). Cajazeiras-PB, 2013.

		Correlação				
		DF	DP	DS	DA	QV
DF	Pearson Correlation	1	,303	,271	,206	,645**
	Sig. (2-tailed)		,061	,095	,209	,000
	N	39	39	39	39	39
DP	Pearson Correlation	,303	1	,404*	,618**	,754**
	Sig. (2-tailed)	,061		,011	,000	,000
	N	39	39	39	39	39
DS	Pearson Correlation	,271	,404*	1	,436**	,771**
	Sig. (2-tailed)	,095	,011		,006	,000
	N	39	39	39	39	39
DA	Pearson Correlation	,206	,618**	,436**	1	,725**
	Sig. (2-tailed)	,209	,000	,006		,000
	N	39	39	39	39	39
QV	Pearson Correlation	,645**	,754**	,771**	,725**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	39	39	39	39	39

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

FONTE: Pesquisa direta. 2013

A tabela 3 trata-se de uma correlação entre os domínios e a QV. Foi utilizado o teste de Correlação de Person entre as variáveis, cujo resultado apontou relação de significância entre os diversos domínios, em que todos apresentaram uma correlação alta com a QV.

Referindo-se apenas aos domínios em si, foi possível analisar que o DF, em contradição com a literatura, neste caso, não possuiu correlação com outros domínios em específico, apenas interfere de forma geral e significativa na QV.

Em seus estudos, Machado e Car (2003) afirmam que a condição crônica e o tratamento hemodialítico são fontes de estresse, o que leva a ocasionar muitos problemas como isolamento social, perda do emprego, dependência da previdência social, parcial

impossibilidade de locomoção e passeios, diminuição da atividade física, necessidade de adaptação à perda da autonomia, alterações da imagem corporal e, ainda, um sentimento ambíguo entre medo viver e de morrer.

Com relação aos demais domínios, foi possível observar que o DP e o DS possuem uma pequena correlação entre si, porém, quando se trata do DA, ambos possuem forte influência, o que sugere que as relações sociais, o apoio de familiares e amigos, as questões financeiras e o meio em que vivem esses pacientes provocam uma mudança no psicológico individual, isso porque as condições de vida são únicas e divergentes para cada pessoa.

No que diz respeito à QV, segundo Bezerra (2006), vários aspectos como o físico, o psicológico, o social, incluindo o nível de satisfação de cada um e a importância que se dá a vida, bem como a capacidade de realizar atividades contribuem para uma QV boa ou excelente.

Vale ressaltar e observar com atenção que o tempo de tratamento de hemodiálise interfere nas dimensões do funcionamento físico, energia e fadiga, pois os mesmos alteram a capacidade de desempenhar as atividades diárias. Porém, comparando seu estudo a outros autores, Cordeiro (2009) constatou que o tempo de permanência na hemodiálise induz o paciente a buscar formas de lidar com as alterações dos domínios com o passar do tempo, sendo este um fator favorável a uma melhor qualidade de vida.

Portanto, uma vez que os domínios possuem correlação entre si, a qualidade de vida depende diretamente de pelo menos um mínimo de condições boas em cada um destes, para que o indivíduo possa levar a vida sem maiores prejuízos nos hábitos de viver após a descoberta da doença e início do tratamento de hemodiálise.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou conhecer a QV dos pacientes portadores de IRC em tratamento de hemodiálise do município de Cajazeiras, Estado da Paraíba; objetivando caracterizar suas variáveis sócio demográficas e, por meio do instrumento Whoqol-Bref, averiguar os fatores que interferem nas atividades diárias e influenciam na QV dos mesmos.

A IRC é uma enfermidade incurável e de progressão contínua que possui como forma de tratamento a hemodiálise, sendo esta, uma modalidade que exige disciplina e que ao mesmo tempo acarreta diversas alterações no âmbito físico, psicológico, social e ambiental, os quais influenciam na qualidade de vida do paciente.

É importante frisar que, mesmo com tais alterações, a hemodiálise é vista como um sinônimo de manutenção da vida, já que a mesma exerce uma das funções vitais que é o sistema de filtração do sangue, sem a qual não seriam eliminados os resíduos tóxicos e impróprios para o organismo.

Observou-se que, com relação ao DF, este foi o mais prejudicado em termos de avaliação, concluindo que as limitações impostas pelo tratamento levavam os pacientes a restrições com relação ao trabalho, e a desempenhar atividades físicas rotineiras bem como a necessidade de deslocamento para garantir o tratamento, visto que há uma dependência deste como garantia de vida, tornando-se assim um fator estressante para o paciente.

Entre o DP e DS, observou-se que os mesmos não foram tão prejudicados durante a avaliação, levando a crer que os pacientes possuem um grau de aceitação elevado com relação ao tratamento, destacando ainda que os mesmos acreditam fortemente neste com esperança, pois tem plena consciência de que é o único meio de continuar a viver. Ainda em questão, ficou claro que os portadores de IRC possuem relações sociais satisfatórias, obtendo assim o apoio necessário para o enfrentamento da doença assim como contribuindo para a diminuição de sentimentos negativos e impotência dentro do meio social.

O DA também apresentou uma média baixa, conclui-se que existe um déficit de segurança, conforto, oportunidade de lazer, recursos financeiros, meios de transporte, entre outros, que prejudicam a qualidade de vida dos pacientes em tratamento hemodialítico. É cabível analisar que a satisfação com o meio de transporte é fundamental para a locomoção para o centro de hemodiálise.

Foi possível analisar que existe, entre a maior parte da população, uma insatisfação com a capacidade de trabalho, uma diminuição na renda que os limita a manter o mesmo padrão de vida antes da enfermidade; as restrições e a diminuição brusca nas atividades de lazer e

passeios. Observou-se também, uma satisfação com as relações sociais e familiares, não se sentiam prejudicados de forma alguma com o serviço de saúde do centro de hemodiálise, e alguns ainda com a modalidade de tratamento, por manter uma esperança de que a vida pode continuar, mesmo que para isso sejam necessários os esforços e as restrições impostas. A busca pela QV envolve boa vontade e significa uma luta constante entre os limites impostos pela enfermidade e sua modalidade de tratamento, bem como buscar o controle dos sentimentos. Daí a importância do apoio social e familiar.

De um modo geral, os pacientes com IRC em tratamento hemodialítico possuem uma qualidade de vida regular. É importante destacar que, mesmo com todas as alterações acarretadas com o decorrer da doença, a população alvo deste estudo demonstrou que, apesar das restrições e das mudanças no hábito de vida, é importante continuar e superar dificuldades, objetivando uma QV melhor, ou seja, viver bem, embora a eliminação dos sinais e dos sintomas seja improvável.

Como sugestão, é necessário que os profissionais de saúde busquem cada vez mais informar os portadores acerca da doença, das condições individuais, dos limites impostos pela modalidade de tratamento e conhecer as necessidades, anseios e medos; objetivando o esclarecimento, favorecendo o aprendizado, para que o público alvo em questão possa conhecer a importância da continuidade do tratamento, assim como desenvolver melhor autocuidado e melhor QV.

Finalizando, este estudo foi, portanto, de grande relevância, pois oferece subsídios para que a equipe responsável pelo tratamento de hemodiálise perceba a necessidade e importância de avaliar a qualidade de vida dos pacientes hemodialíticos e proporcione a eles meios de otimização nessa modalidade de tratamento.

Espera-se contribuir para futuros estudos, considerando que trabalhar qualidade de vida é complexo, porém de grande importância na promoção do bem estar dos portadores de IRC em tratamento de hemodiálise.

REFERÊNCIAS

- ABREU, I. S. **Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes em Hemodiálise no Município de Guarapuava-PR**. Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-12062006-172938/pt-br.php>> Acessado em: 12 de setembro de 2012.
- ANES, E. J.; FERREIRA, P. L. Qualidade de Vida em Diálise. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 8, 2009, 2008. Disponível em: <<http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-depublicacoes/revista/2000-2008/pdfs/volume-tematico2009/pdfs/E-06-2009.pdf>>. Acessado em: 19 de outubro de 2012.
- BAQUEDANO, I. R., et al.; Fatores relacionados ao autocuidado de pessoas com diabetes mellitus atendidas em Serviço de Urgência no México. **Rev. esc. enferm. USP** v.44, n.4, São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400023> Acessado em: 20 de abril de 2013.
- BARBOSA, G. S.; VALADARES, G. V. Hemodiálise: estilo de vida e a adaptação do paciente*. **Acta Paul Enferm.** 2009; 22 (Especial-Nefrologia): 524-7. Tijuca - Rio de Janeiro - RJ. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000800014>. Acessado em: 15 de outubro de 2012.
- BASTOS, M. G. et. al.; Doença Renal Crônica: Problemas e Soluções. NIEPEN e IMEPEN, Juiz de Fora – MG, 2004. **J Bras Nefrol** . Volume XXVI – nº 4. Dezembro de 2004. Disponível em: <<http://www.sncsalvador.com.br/artigos/doenca-renal-cronica-problemas-e-solucoes.pdf>> Acessado em: 07 de fevereiro de 2013.
- BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. **Doença Renal Crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise**. Juiz de Fora – MG, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v33n1/v33n1a13.pdf>> . Acessado em: 10 de setembro de 2012.
- BEZERRA, K. V. **Estudo do Cotidiano e Qualidade de Vida de Pessoas com Insuficiência Renal Crônica (IRC), em Hemodiálise**. Ribeirão Preto, 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-19092006-112400/pt-br.php>> . Acessado em: 18 de outubro de 2012.
- BITTAR, D. B.; PEREIRA, L. V.; LEMOS, R. C. A. Sistematização Da Assistência De Enfermagem Ao Paciente Crítico: Proposta De Instrumento De Coleta De Dados. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 617-28. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a10.pdf>> Acessado em: 02 de fevereiro de 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. **Insuficiência Renal (doença crônica)** . Fevereiro, 2011. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/dicas/228_insuf_renal2.html>. Acessado em: 25 de fevereiro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acessado em: 14 de novembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portal de saúde SUS. Dia mundial do rim: recursos para hemodiálise aumentam em R\$ 181,6 mil. Março, 2012. Disponível em: <[http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4458/162/recursos-para-hemodialise-aumentam-em-r\\$-1816-mil.html](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4458/162/recursos-para-hemodialise-aumentam-em-r$-1816-mil.html)>. Acessado em: 25 de fevereiro de 2013.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf> Acessado em 20 de abril de 2013.

_____. Ministro de Estado da Saúde. **PORTARIA Nº 1168/GM Em 15 de junho de 2004**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1168_ac.htm>. Acessado em: 27 de setembro de 2012.

BRUNNER E SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. Vol. 3, p. 1293, 2009.

CASTRO, M. et al. **Qualidade de Vida de Pacientes com Insuficiência Renal Renal Crônica em Hemodiálise Avaliada Através do Instrumento Genérico SF-36**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n3/a25v49n3.pdf>> . Rev Assoc Med Bras 2003; 49(3): 245- 9, São Paulo, SP.

CESARINO, C. B.; CASAGRANDE, L.D.R. Paciente Com Insuficiência Renal Crônica Em Tratamento Hemodialítico: Atividade Educativa Do Enfermeiro. **Rev. latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, p. 31-40, outubro 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n4/13873.pdf>>. Acessado em: 05 de fevereiro de 2013.

CORDEIRO, J. A. B. L.; Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal crônica. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2009;11(4):785-93. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a03.pdf>>. Acessado em: 20 de abril de 2013.

COSTA, P. B.; VASCONCELOS, K. F. S.; TASSITANO, R. M. **Qualidade de Vida: Pacientes com Insuficiência Renal no Município de Caruaru, PE**. Fisioter. Mov., Curitiba, v. 23, n. 3, p. 461-471, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fm/v23n3/a13v23n3.pdf>>. Acessado em: 19 de janeiro de 2013.

COUTINHO, N. P. S. et. al; Qualidade de Vida de Pacientes Renais Crônicos em Hemodiálise. **Rev Pesq Saúde**, 11(1): 13-17, jan-abr, 2010. Disponível em: <<http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/viewFile/328/243>>. Acessado em: 12 de janeiro de 2013.

FLECK, M.P.A et al. Aplicação da Versão em Português do Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida “WHOQOL- Bref”. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v.34, n.32, p.178-183, abr.2000.

FRAZÃO, C. M. F. Q.; RAMOS, V. P.; LIRA, A. L. B. C. Qualidade de Vida de Pacientes Submetidos a Hemodiálise. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2011 out/dez; 19(4):577-82. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a12.pdf>>. Acessado em: 14 de janeiro de 2013.

GONSALVES, E. P. **Iniciação à Pesquisa Científica**. 2ª edição. Campinas, SP: Alínea, p. 67, 70, 71, 2007.

GUEDES, K. D.; GUEDES, H. M. **Qualidade de Vida do Paciente Portador de Insuficiência Renal Crônica**. Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 48-53, jan./jun. 2012. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewFile/9734/7746>>. Acessado em: 14 de dezembro de 2012.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 11ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 307-310, 2006 – 4ª tiragem.

HIGA, K. et al. **Qualidade de Vida de Pacientes Portadores de Insuficiência Renal Crônica em Tratamento de Hemodilise**. Acta Paul Enferm 2008;21(Número especial):203-6. WCN 2007/ Nursing Meeting. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21nspe/a12v21ns.pdf>>. Acessado em 25 de janeiro de 2013.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acessado em 02 de fevereiro de 2013.

KUSUMOTO, L. **Adultos e Idosos em Hemodiálise: Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde**. WCN 2007/Nursing Meeting. Acta Paul Enferm 2008;21(Número Especial):152-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21nspe/a03v21ns.pdf>>. Acessado em: 21 de dezembro de 2012.

LIMA, A. F. C. **O Significado da Hemodiálise para o Paciente Renal Crônico: a busca por uma melhor qualidade de vida**. São Paulo, 2000. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7135/tde-19072002-125729/pt-br.php>>. Acessado em: 13 de setembro de 2012.

LOUVISON, M. C. P. et al. **Prevalência de Pacientes em Terapia Renal Substitutiva no Estado de São Paulo**. Grupo Técnico de Avaliação e Informação em Saúde (GAIS). São Paulo, Bepa 2011; 8(95):23-42. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//bepa_95_gais_trs.pdf>. Acessado em: 18 de janeiro de 2013.

MACHADO, L. R. C.; CAR, M. R. A Dialética da Vida Cotidiana de Doentes com Insuficiência Renal Crônica: entre o inevitável e o casual*. **Rev Esc Enferm USP** 2003; 37(3):27-35. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n3/04.pdf>>. Acessado em 05 de janeiro de 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7ª edição. São Paulo: Atlas, p. 147, 149, 150, 2010.

MARTINS, M. R. I.; CESARINO, C. B. Qualidade de Vida de Pessoas com Doença Renal Crônica em Tratamento Hemodialítico. **Rev Latino-am Enfermagem** 2005 setembro-outubro; 13(5):670-6. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a10.pdf>>. Acessado em 14 de Dezembro de 2012.

MEIRELES, V. C.; GOES, H. L. F.; DIAS, T. A. Vivências Do Paciente Renal Crônico Em Tratamento Hemodialítico: Subsídios Para O Profissional Enfermeiro. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 3, n. 2, p. 169-178, mai/ago. 2004. Disponível em: <<http://educem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5423/3475>> Acessado em: 26 de janeiro de 2013

NASCIMENTO, C. D; MARQUES, I. R. Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura. **Rev Bras Enferm** 2005 nov-dez; 58(6):719-22. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a17v58n6.pdf>>. Acessado em: 25 de janeiro de 2013

NETTINA, S. M. **Prática de Enfermagem**. 8ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 738, 739, 2007.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. 12ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 274, 2008.

PENNAFORT, V. P. S.; FURTADO, A. M.; FIALHO, A. V. M.; MOREIRA, T. M. M.; FREITAS, M. C.; QUEIROZ, M. V. O. **Produção do Conhecimento Científico de Enfermagem em Nefrologia**. *Rev.bras.enferm.* vol.63 no.5 Brasília Sept./Oct. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500022>. Acessado em: 15 de outubro de 2012.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 8ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 1130-1131, 2009.

RIELLA, M. C. **Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos**. 4ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1 - 4, 649 - 652, 2008.

RODRIGUES, T. A.; BOTTI, N. C. L. Cuidar e o Ser Cuidado na Hemodiálise. **Acta Paul Enferm**. 2009;22(Especial-Nefrologia):528-30. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nsp1/15.pdf>>. Acessado em: 30 de janeiro de 2013.

RUDNICKI, T. **Preditores de Qualidade de Vida em Pacientes Renais Crônicos**. *Estud. psicol. (Campinas)* vol.24 no.3 Campinas July/Sept. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000300006> Acessado em: 20 de abril de 2013.

SAUPE, R; BROCA, G. S. Indicadores de Qualidade de Vida como Tendência Atual de Cuidado a Pessoas em Hemodiálise. **Revista Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v.13, n.1, p.100-106, jan/mar. 2004.

SALGADO FILHO, N; BRITO, D. J.A. Doença Renal Crônica: a grande epidemia deste milênio. Departamento de Medicina I da Universidade Federal do Maranhão. Serviço de

Nefrologia do Hospital Universitário (UFMA). **J Bras Nefrol** Volume XXVIII – nº 3 - Supl. 2 - Setembro de 2006. Disponível em: <<http://128.241.200.137/28-32/01-Natalino%20Filho-AF.pdf>> acessado em: 20 de abril de 2013.

SBN. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Censo de Diálise**. 2011. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/pdf/censo_2011_publico.pdf>. Acessado em: 13 de janeiro de 2013.

_____. **Tratamento: hemodiálise**. 2013. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/leigos/index.php?hemodialise&menu=8>>. Acessado em: 14 de janeiro de 2013.

SCHIER, R. W. **Manual de Nefrologia**. 6ª edição. São Paulo, SP: Tecmedd, p. 225 - 229, 2008.

SEABRA, G. **Pesquisa Científica: o método em questão**. 2ª edição. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, p. 65, 2009

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. **Qualidade de Vida e Saúde: aspectos conceituais e metodológicos**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(2): 580-588, mar-abr, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27.pdf>>. Acessado em: 18 de outubro de 2012.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 4ª edição revisada e atualizada. Florianópolis, 2005. Disponível em: <http://www.convibra.com.br/upload/paper/adm/adm_3439.pdf>. Acessado em 02 de fevereiro de.

SILVEIRA, C. B. Qualidade de Vida de Pacientes em Hemodiálise em um Hospital Público de Belém – Pará. **J. Bras. Nefrol.** vol.32, no.1 São Paulo Jan./Mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002010000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acessado em: 20 de abril de 2013

SONESP. Sociedade de Nefrologia do Estado de São Paulo. Hemodiálise no Brasil chega aos 60 anos. **Rev. Nefro SP**. Ano v, n 16, 2009. Disponível em: <<http://www.sonesp.org.br/nefropsp/pdf/090909.pdf>>. Acessado em: 25 de fevereiro de 2013.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

TERRA, F. S.; COSTA, A. M. D. D. **Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes Renais Crônicos Submetidos à Hemodiálise**. R Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2007 jul/set; 15(3):430-6.

TERRA, F. S. **Avaliação da Qualidade de Vida do Paciente Renal Crônico Submetido à Hemodiálise e Sua Adesão ao Tratamento Farmacológico de Uso Diário**. Alfenas – MG, 2007. Disponível em: <http://tede.unifenas.br/tde_arquivos/2/TDE-2007-11-19T073718Z-16/Publico/Dissertacao%20completa%20Fabio%20de%20Souza%20Terra.pdf>. Acessado em: 16 de janeiro de 2013.

THOMAS, C. V.; ALCHIERI, J. C. Qualidade de Vida, Depressão e Características de Personalidade em Pacientes Submetidos à Hemodiálise. **Avaliação Psicológica**, 4 (1) 2005, PP. 57 – 64. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v4n1/v4n1a07.pdf>>. Acessado em: 24 de janeiro 2013

TRETINI, M.; CORRADI, E. M.; ARALDI, M. A. R.; TIGRINHO, F. C. Qualidade de Vida de Pessoas Dependentes de Hemodiálise Considerando Alguns Aspectos Físicos, Sociais e Emocionais. **Red. de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Texto & Contexto Enfermagem**, janeiro-março, año/vol. 13, número 001. Florianópolis – SC, 2004.

WHOQOL, G. Whoqol-Bref. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol84.html>>. Acessado em: 05 fev 2005

ZANEI, S. S. V. **Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de Unidades de Terapia Intensiva e seus familiares.** 2006. 135f. Tese (doutorado)- escola de Enfermagem da Universidade de são Paulo, 2006.

APENDICES

APENDICE A

**TERMO DE COMPROMISSO DO (S) PESQUISADOR (ES)**

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada **“QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO”** assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outros sim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/ UFCC-CFP (Comitê de Ética em Pesquisas/ Universidade Federal de Campina Grande - Centro de Formação de Professores), ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/ UFCC-CFP, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

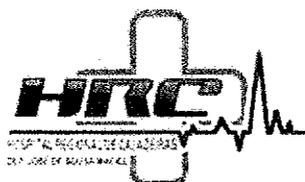
Campina Grande, _____ de _____ de 2013.

MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO

Pesquisador da Pesquisa

GABRIELLE MORAIS ARRUDA COSTA

Pesquisador Participante

APENDICE B**CENTRO DE HEMODIÁLISE DE CAJAZEIRAS**

Rua: Tabelião Antônio Holanda S/N, Centro

Sociedade Hospitalar Oliveira E Nobrega Ltda

CNPJ: 109.005.39/0001-50

DECLARAÇÃO

Eu, **Diogo Gomes de Melo**, diretor clínico do Centro de Hemodiálise de Cajazeiras, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: “QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO”, que será realizada com abordagem quantitativa, no referido Centro no período de março a abril de 2013, tendo como pesquisadora Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro professora da Universidade Federal de Campina Grande- UFCG.

Campina Grande, _____ de fevereiro de 2013

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Diogo Gomes de Melo', is written over a solid horizontal line. Above the signature, there is a faint, circular stamp containing text that is partially illegible but appears to include 'DIAGO GOMES DE MELO' and 'DIRETOR CLINICO'.

DIOGO GOMES DE MELO

Diretor Clínico do Centro de Hemodiálise de Cajazeiras.

APENDICE C

**Declaração de Responsabilidade do Orçamento da Pesquisa**

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada “**QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**” assumimos que os gastos referentes à realização dessa pesquisa serão de nossa total responsabilidade.

Cajazeiras, _____ de janeiro de 2013.

Autora da Pesquisa
Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro

Orientanda
Gabrielle Moraes Arruda Costa

APENDICE D

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**1. INFORMAÇÕES A (O) PARTICIPANTE**

1.1 Este termo de consentimento livre e esclarecido tende a obedecer às exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que, no Brasil regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Seu principal objetivo é assegurar e preservar os direitos dos participantes da pesquisa.

1.2 A resolução CNS 196 (1996) define o consentimento livre e esclarecido como "anuência do sujeito da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais de riscos e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária no experimento". O consentimento livre e esclarecido do participante é uma exigência não só do Brasil, mas de todos os códigos internacionais e é, sem dúvida, um dos pilares da ética nas pesquisas científicas.

1.3 No Brasil, a resolução CNS 196/96 estabelece que o pesquisador deverá suspender imediatamente o experimento quando perceber a possibilidade ou a ocorrência de um risco ou dano ao sujeito da pesquisa, não previsto no termo de consentimento.

2. IDENTIFICAÇÃO

2.1 Título do Projeto de Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO.

2.2 Nome do pesquisador Responsável: ESP. MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO

2.3 Nome do pesquisador participante: GABRIELLE MORAIS ARRUDA COSTA

2.4 Instituição proponente: Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, situado na Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n – Casas Populares – Tel.: (83) 3532-2000, CEP: 58900-000 - Cajazeiras – PB.

2.5 Finalidade: Projeto de Pesquisa para realização de Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem.

3. INFORMAÇÃO A CERCA DO PROJETO DE PESQUISA

3.1 Justificativa: Visto que o índice de doenças renais crônicas assume um caráter de preocupação global e possui um tratamento contínuo que acarreta grandes modificações no hábito e estilo de vida dos pacientes, surgiu o interesse e a necessidade de conhecer melhor o centro de tratamento em hemodiálise assim como a dinâmica dos problemas vivenciados pelos pacientes ativos, visto que é um tratamento que envolve a força de vontade do cliente devido as mudanças ocasionadas pela doença, assim como surgiu o interesse em avaliar a qualidade de vida dos pacientes portadores da doença renal crônica que estão realizando o tratamento nessa modalidade, avaliando o nível de qualidade de vida assim como as perspectivas e os fatores estressores referentes ao processo de hemodiálise que interferem diretamente na qualidade de vida das pessoas submetidas a este tipo de tratamento.

3.2 Objetivos:

- **3.1 Geral:**

Avaliar a Qualidade de Vida dos pacientes portadores de doença renal crônica em tratamento hemodialítico de um hospital regional do alto sertão da Paraíba.

- **3.2 Específicos:**

- ✓ Caracterizar os portadores de IRC quanto as variáveis sócio demográficas;
- ✓ Identificar os fatores que interferem na qualidade de vida dos pacientes em tratamento na hemodiálise;
- ✓ Averiguar os fatores que influenciam na Qualidade de Vida;

3.3 Procedimentos: Inicialmente o projeto será enviado e cadastrado na Plataforma Brasil e em seguida encaminhado pelo mesmo para o Comitê de Ética em Pesquisa para fins avaliativos e de viabilidade e aptidão para pesquisa. Somente após sua aprovação, a coleta de

dados será iniciada. A partir deste momento, a pesquisadora participante irá pessoalmente ao Centro de Hemodiálise referida onde irá realizar um primeiro contato com a equipe e os possíveis participantes do estudo em que será realizada uma demonstração e o esclarecimento da finalidade do estudo de acordo com a disponibilidade do usuário respeitando a privacidade e o conforto do mesmo, objetivando maior aceitação por parte da equipe e do público alvo.

Uma vez disposto, o paciente em tratamento hemodialítico assinará o TCLE e receberá o questionário para que possa responder, o mesmo será aplicado durante as sessões de hemodiálise nos horários de funcionamento. Tendo em vista que o paciente durante as sessões de hemodiálise fica com um membro contido a máquina, poderá ser necessário que outra pessoa preencha o questionário, que pode ser a pesquisadora participante ou algum acompanhante do paciente.

3.4 Riscos ou desconfortos: O referido projeto de pesquisa não acarretará nenhum tipo de risco ao público investigado, visto que o mesmo não apresenta quaisquer tipos de procedimentos invasivos ou questionário com perguntas agressivas.

3.5 Benefícios Esperados: Esse estudo torna-se relevante por possibilitar a avaliação da qualidade de vida dos pacientes em tratamento hemodialítico, analisando os fatores que interferem diretamente na saúde em sua amplitude, abordando os aspectos: socioeconômico, físico e psicológico dos portadores de IRC nesta modalidade de tratamento. Estima-se, com este estudo, resultados consistentes que possibilitem compreender a dimensão dos fatores que atuam na saúde e na qualidade de vida dos portadores de DRC, a fim de refletir sobre a problemática, possibilitando um maior auxílio aos enfermos quanto as suas dúvidas e anseios, assim como meios e possibilidades de atingir a qualidade de vida almejada de acordo com a realidade social de cada um, destacando a importância do profissional de enfermagem quanto a função de assistência no âmbito do cuidar.

4. GARANTIAS A (O) PARTICIPANTE DE PESQUISA

4.1 Garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia e procedimento da mesma.

4.2 Liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e sem prejuízo ao seu cuidado ou assistência (caso o voluntário esteja recebendo cuidado ou assistência no âmbito da instituição onde está sendo realizada a pesquisa).

4.3 Garantia do sigilo que assegure a privacidade do (a) participante quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, e anonimato, visando preservar a integridade de seu nome e dos seus.

4.4 Garantia de que receberá retorno dos resultados da pesquisa e de sua publicação para fins acadêmicos e científicos, e que os dados coletados serão arquivados e ficarão sob a guarda do pesquisador, estando acessível a(o) participante quando desejar.

4.5 Garantia de que não terá nenhum ônus com o projeto, que será totalmente custeado pelo pesquisador e/ou patrocinador, e/ou instituição, e que será ressarcido de despesas decorrentes do projeto de pesquisa, como deslocamento, afastamento das atividades e/ou do trabalho, hospedagem, alimentação, bem como será indenizado por eventuais danos diretamente resultantes da pesquisa a curto, a médio ou longo prazo

5. CONTATO(S) DISPONIBILIZADO(S) PELO(S) PESQUISADOR(ES)

O(s) pesquisador(es):

5.1 Ciente(s) da importância da participação do voluntário, o agradece(m) por permitir sua inclusão no acima referido projeto de pesquisa;

5.2 Se compromete(m), reiteradamente, a cumprir a resolução 196/96, e prometem zelar fielmente pelo que neste termo ficou acordado;

5.3. Como prova de compromisso, disponibilizam seus dados para contato ao participante:

Dados completos do pesquisador responsável para contato:

Nome: ESP. MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO

Endereço completo: Rua: Alexandre de Carvalho, 78 Bairro: Belo Horizonte. Patos – PB. CEP: 58704-240.

Telefone: (83) 8897-2909

E-mail: berenice_pinheiro@hotmail.com

Dados completos do pesquisador participante para contato

Nome: GABRIELLE MORAIS ARRUDA COSTA

Endereço completo: Rua Barão do Rio Branco, 279, 2º andar, apt. 201. Bairro: Centro. Cajazeiras – PB. CEP: 58900-000

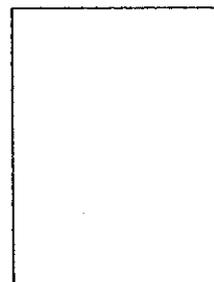
E-mail: morais.gabrielle@hotmail.com
Telefone(s) para contato: (83) 8709-3219

6. CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Após obter as informações e esclarecimentos sobre o referido projeto de pesquisa, declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento e consinto minha inclusão no protocolo de pesquisa, de forma livre e gratuita. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Cajazeiras - PB, ____ / ____ / ____

Assinatura do Participante



Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

APÊNDICE E**I- CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA**

1. **Sexo:** () Feminino; () Masculino;
2. **Idade:** () 18 a 30 anos; () 31 anos e 50; () acima de 50 anos.
3. **Estado civil:**
() Solteiro () Casado () Viúvo
() União Estável/Amancebado
4. **Escolaridade:** _____
5. **Profissão/ Ocupação:** _____
6. **Quantas pessoas moram com você:**
() Sozinho () 1 pessoa () 2 pessoas () 3 pessoas
() 4 pessoas () 5 ou mais pessoas
7. **Há quanto tempo tem Insuficiência Renal Crônica:** _____
8. **Há quanto tempo faz Hemodiálise?** _____

ANEXOS

ANEXO I

QUESTIONÁRIO WHOQOL-bref

INSTRUMENTO DE COLETA

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu “muito” apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu “nada” de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o **quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito	Mais ou	Bastante	Extremamente

			pouco	Menos		
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro (A) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?					
14	Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer?					

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito (a)	1	2	3	4	5

25	você está com o seu meio de transporte?					
----	-----------------------------------------	--	--	--	--	--

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas Vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO