

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ - FACENE RN

PATRÍCIA GLEYCE GOMES NOGUEIRA SANTOS

**PERCEPÇÃO E MUDANÇAS NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES
SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE**

MOSSORÓ
2018

PATRÍCIA GLEYCE GOMES NOGUEIRA SANTOS

**PERCEPÇÃO E MUDANÇAS NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES
SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE**

Monografia apresentada a Faculdade de
Enfermagem Nova Esperança de Mossoró
como exigência parcial para obtenção do título
de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADOR: Esp. Evilamilton Gomes de Paula

MOSSORÓ
2018

PATRICIA GLEYCE GOMES NOGUEIRA SANTOS

PERCEPÇÃO E MUDANÇAS NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES
SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE

Monografia apresentada pela aluna PATRICIA GLEYCE GOMES NOGUEIRA SANTOS do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof.º Esp. Evilamilton Gomes de Paula (FACENE/RN)
Orientador

Prof.º Me. Lucídio Clebson de Oliveira (FACENE/RN)
Membro

Enf.º Esp. Amanda Moraes de Sousa
Membro

RESUMO

A qualidade de vida é conceito que indica o nível das condições básicas ou complementares de um ser humano, envolvendo vários aspectos, desde o bem-estar físico do indivíduo até seu desenvolvimento familiar ou social. O presente trabalho constitui-se em estudo sobre a qualidade de vida de pacientes submetidos à terapia hemodialítica, tendo como objetivo avaliar sua qualidade de vida, reconhecendo o impacto da doença renal crônica sobre as suas atividades diárias, e possibilitando a identificação das variáveis que influenciam, tanto na realização e/ou comprometimento de atividades físicas quanto no âmbito das interações sociais e familiares. Como objetivo geral espera-se Atentar para possíveis mudanças na qualidade de vida do paciente submetido ao tratamento hemodialítico. Para este estudo quantitativo Será utilizado como instrumento de coleta de dados o questionário WHOQOL-brief (World Health Organization Quality of Life- abreviado), na versão em português aplicados a 30 pacientes entre a faixa etária de 20 a 55 anos selecionados aleatoriamente. Através da pesquisa a ser realizada com os pacientes em tratamento pôde-se perceber em que a IRC, bem como o tratamento hemodialítico, afetam os mais variados aspectos da vida dos pacientes e com que intensidade isso ocorre. A importância desse estudo encontra-se no fator predominante característico da enfermagem: o cuidado, uma vez que entender as variáveis envolvidas no processo de saúde/doença proporcionará maior propriedade ao ato de cuidar de pacientes portadores da doença renal crônica submetidos ao tratamento hemodialítico. Muitos são os aspectos a serem considerados quando se trabalha com DRC e qualidade de vida, já que o tratamento mexe tanto com a vida do paciente, também é preciso compreender qualidade de vida em seu conceito mais amplo, apenas assim será possível ofertar uma assistência capaz de perceber o paciente e o tratamento em toda sua amplitude. Quem possui DRC deve ser percebido como portador de uma patologia comum a todos que dependem da TRS, porém subjetiva e específica quando se trata da intensão e efeitos trazidos pela patologia e pelo tratamento na qualidade de vida.

Palavras-Chave: Enfermagem. Doença Renal Crônica. Qualidade de vida. Hemodiálise.

ABSTRACT

Quality of life is a concept that indicates the level of the basic or complementary conditions of a human being, involving several aspects, from the physical well-being of the individual to his or her family or social development. The present study is a study about the quality of life of patients undergoing hemodialysis therapy, aiming to evaluate their quality of life, recognizing the impact of chronic kidney disease on their daily activities, and allowing the identification of variables that influence, both in the accomplishment and / or commitment of physical activities as well as in the scope of social and family interactions. As a general objective, it is expected to attenuate possible changes in the quality of life of the patient undergoing hemodialysis treatment. For this quantitative study, the WHOQOL-brief (World Health Organization Quality of Life) questionnaire will be used as a data collection instrument in the Portuguese version applied to 30 patients between the age group of 20 to 55 years randomly selected. Through the research to be carried out with patients undergoing treatment, it was possible to see that CKD, as well as hemodialysis, affect the most varied aspects of patients' lives and with what intensity this occurs. The importance of this study lies in the predominant factor characteristic of nursing: care, since understanding the variables involved in the health / disease process will provide greater ownership to the care of patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis treatment. There are many aspects to be considered when working with CKD and quality of life, since the treatment affects both the life of the patient, it is also necessary to understand quality of life in its broadest concept, only then will it be possible to offer a capable assistance to perceive the patient and the treatment in all its amplitude. Those who have DRC should be perceived as having a pathology common to all who depend on SRT, but who are subjective and specific when it comes to the intensity and effects brought about by pathology and treatment in quality of life.

Keywords: Nursing. Chronic Renal Disease. Quality of life. Hemodialysis.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO	6
1.2 HIPÓTESE.....	9
2 OBJETIVOS	10
2.1 OBJETIVO GERAL	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
3 REFERENCIAL TEÓRICO	11
3.1 ENTENDENDO A DOENÇA RENAL CRÔNICA.....	11
3.2 ESTADIAMENTO DA DOENÇA	13
3.3 TRATAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA	14
3.3.1 Transplante Renal.....	15
3.3.2 A Hemodiálise	15
3.3.3 Acessos para Hemodiálise	16
3.4 INTERCORRÊNCIAS EM HEMODIÁLISE	17
3.5 NÚMEROS DA DIÁLISE NO BRASIL.....	18
3.6 QUALIDADE DE VIDA E A HEMODIÁLISE: UM CONCEITO SUBJETIVO	19
3.7 COMO O PACIENTE PODE PERCEBER SUA QUALIDADE DE VIDA?	20
4 METODOLOGIA.....	22
4.1 TIPO DE ESTUDO	22
4.2 LOCAL DA PESQUISA	22
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	22
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	23
4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	23
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	23
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	24
4.8 DESFECHOS.....	24
4.8.1 Desfecho Primário	24
4.8.2 Desfecho Secundário	25
4.9 FINANCIAMENTO	25
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	26
5.1 QUESTÕES GERAIS SOBRE O ESTADO DE SAÚDE	27
5.2 DOMÍNIO FÍSICO.....	27
5.3 DOMÍNIO PSICOLÓGICO.....	28
5.4 DOMÍNIO RELAÇÕES SOCIAIS	29
5.5 DOMÍNIO MEIO AMBIENTE	30
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS.....	32
APÊNDICE	36
ANEXO.....	39

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

Hemodiálise é o processo de depuração de sangue ocorrida através de uma máquina, uma vez que os rins não conseguem realizar essa atividade fisiologicamente. Para que esse processo ocorra existem os dialisadores (rins artificiais) possuidores de membranas biocompatíveis e porosas por onde o sangue entra em contato com uma solução de diálise e ocorrem as trocas através de difusão, ultrafiltração e osmose resultando na limpeza do sangue e na retirada de excesso de líquido (DAUGIRDAS, 2016).

O permanente crescimento no número de casos de debilidades renais, associado ao pouco conhecimento existente no âmbito nacional, alerta sobre a necessidade de se compreender o impacto da hemodiálise na qualidade de vida do doente renal crônico. O procedimento delicado faz-se necessário em quadros de insuficiência renal aguda (IRA) ou doença renal crônica (DRC), ou seja, quando o rim deixa de realizar perfeitamente suas funções no organismo, ficando o indivíduo necessitado de terapia renal substitutiva abordada especificamente neste estudo como a hemodialítica (JOHNSON, 2016).

Um quadro de insuficiência renal caracteriza-se por um declínio da função renal, assinalado pela diminuição da filtração glomerular, resultando na retenção de ureia nitrogenada, creatinina no sangue (azotemia) e diminuição da diurese. Sua progressão leva a perda lenta e irreversível da função renal desencadeando a insuficiência renal, que pode ser aguda ou não a depender da velocidade com que se instala, bem como da cronicidade ou não do quadro. Uma vez identificada a cronicidade há a diminuição progressiva e irreversível da função renal excretora, como consequência de lesão do tecido renal, disfunção (mais precisamente, queda na taxa de filtração glomerular) e perda de néfrons. Nessa fase, os rins têm perdido sua capacidade de manter o equilíbrio metabólico e hidroeletrólítico necessário para o seu perfeito funcionamento, resultando em quadro de uremia – autointoxicação do organismo por acúmulo e retenção de ureia e, sobretudo, de outras escórias do metabolismo das proteínas. Sua evolução pode acontecer de forma assintomática, até que a perda funcional dos rins chegue a 70% ou mais (LIRA; AVELAR; BUENO, 2015).

Uma vez que haja necessidade de terapia renal substitutiva há três modalidades: diálise peritoneal, transplante renal e hemodiálise, nesta pesquisa abordaremos apenas o tratamento de caráter hemodialítico.

A escolha do tratamento é feita após a análise minuciosa de diversos fatores. De forma geral, inicia-se a terapia de substituição renal quando as debilidades avançam ao ponto do paciente não conseguir mais manter o estilo de vida habitual apenas com o tratamento conservador, que é realizado por uso de medicamentos, dietas e restrição hídrica. Isso quando os pacientes chegam a fazer tratamento conservador, pois as principais doenças de base (hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus) são silenciosas e costumam lesionar os rins durante anos antes de aparecer um sintoma mais evidente de DRC, sendo assim a maior parte dos pacientes entra em caráter emergencial em TRS e, para isso, o método mais eficaz é a hemodiálise (RIELLA, 2010).

A hemodiálise ocorre através de uma máquina onde colocam-se o dialisador e um conjunto de linhas (venosa e arterial), duas soluções (básica e ácida), e dois isoladores de pressão (um para pressão arterial e outro para pressão venosa). Esta máquina proporciona os processos de osmose, ultrafiltração e difusão, representando para o paciente a filtragem do seu sangue e a retirada do líquido acumulado em seu organismo (DAUGIRDAS, 2016).

Uma vez diagnosticada a cronicidade do quadro do paciente, este precisará de TRS hemodialítica para manter sua vida e possibilitar um transplante renal, caso queira. Como toda doença crônica a DRC causa um impacto a vida do paciente, já que seu tratamento ocorre geralmente 3 vezes por semana durante 4 horas cada sessão.

As adequações em hemodiálise ocorrem durante todo o tratamento, pois ao inicia-lo poderá ser percebida uma melhora significativa nos sintomas que apresentava – como falta de apetite, dispneia, astenia, náuseas, dentre outros decorrentes da doença – algumas vezes, podem ocorrer fatores negativos, como queda da pressão arterial, câimbras ou cefaleia, sintomas que dependem do grau de comprometimento renal, de outras condições subjacentes combinadas à idade. No geral, pode se observar manifestações neurológicas centrais, periféricas, gastrintestinais, endocrinológicas, metabólicas, infecciosas, dermatológicas e hematológicas, e a associação de tais alterações pode levar o indivíduo à fadiga e dispneia (JOHNSON, 2016).

As doenças crônicas são processos mórbidos de longa duração e que, apesar dos avanços médicos recentes, muitas delas ainda são incuráveis. A utilização de técnicas e métodos modernos, como transplante de órgãos, pode solucionar alguns problemas, mas, por outro lado é preciso deixar claro que o transplante é também uma modalidade de tratamento que exigirá muito do paciente para que seja bem sucedido e duradouro (OLIVEIRA, et al, 2016).

O portador de DRC em tratamento hemodialítico convive com o fato de possuir uma doença incurável, que a obriga a submeter-se a um tratamento doloroso, de longa duração e que geralmente provoca limitações e alterações de grande impacto que podem repercutir não só na

sua vida, como também nas vidas de seus familiares. O efeito da cronicidade não se resume no resultado de uma doença agindo isoladamente em um único indivíduo. Implica em inúmeras vidas vividas sob circunstâncias especiais e limitantes, não somente do doente, mas também de outras pessoas que compõem sua rede social. Envolve ritos de passagem de um mundo sem doença para um mundo com uma doença crônica (OLIVEIRA, 2016).

Por essa razão, Hagemann (2015) refere que a insuficiência renal crônica (IRC) e o tratamento hemodialítico provocam uma sucessão de situações para o paciente renal crônico, que comprometem o aspecto físico e psicológico, com repercussões pessoais, familiares e sociais, já que o tratamento força o paciente a um ritual repetitivo e de dependência de uma máquina, que toma muito o seu tempo e provoca alterações na sua imagem corporal, causada pela presença de cateteres e fístulas arteriovenosas. A condição crônica e a hemodiálise causam ainda o isolamento social, perda do emprego, dependência da previdência social e um sentimento ambíguo entre medo de viver e de morrer. Essas alterações na vida do paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico podem ser citadas como os principais responsáveis pelo comprometimento da qualidade de vida desses pacientes.

Atualmente, o termo “Qualidade de Vida” (QV) é amplamente utilizado, tanto por leigos quanto por especialistas que desenvolvem pesquisas em diversas áreas, tais como: sociologia, medicina, enfermagem, psicologia, economia, geografia, história social e filosofia. (LIRA, AVELAR, BUENO, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (ALMEIDA, ALVES, SILVA, 2012) abordou QV com uma definição aberta a diversas interpretações, inclusive bastante subjetivas, envolvendo termos amplos, como bem-estar social, inserção do indivíduo na sociedade, saúde, família, estado emocional, entre outros. Em estudos clínicos randomizados, a estimativa da qualidade de vida foi recentemente adicionada como a terceira dimensão a ser estudada, ao lado da eficácia e da segurança das medicações, tendo-se como certo que a qualidade de vida é uma importante medida de impacto em saúde.

Em pacientes com IRC, no que se refere à qualidade de vida, esta pode estar influenciada pela própria patologia ou pelo método de terapia substitutiva da função renal, ou, ainda, fatores como idade avançada, presença de anemia e sentimentos depressivos podem influenciar negativamente na QV. E tais problemas, quando detectados no início do tratamento, podem ser manejados de forma adequada com intervenções que possibilitem uma terapêutica positiva na evolução da doença (COSTA, 2016).

Assim sendo, é necessário e urgente o empenho das redes de apoio a essa população marcada por limitações, regras e privações diárias e, por isso, faz-se sempre atual o interesse

em investigar como está a qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise para o alcance de orientação e adoção de medidas que possam melhorar a vida ou propor condições atenuantes para o enfrentamento do tratamento. Diante do exposto, questiona-se: quais as interferências que a DRC e o tratamento de hemodiálise podem trazer para a qualidade de vida dos pacientes?

O que se pretende com esta pesquisa, é lançar um novo olhar sobre os possíveis impactos que a doença e o tratamento trazem para a qualidade de vida dos pacientes, bem como trazer contribuições para a ciência, especialmente para a área de enfermagem na perspectiva de se criar estratégias que contribuam para melhoria da assistência que repercutirá em elevação da QV dos renais crônicos.

O interesse pelo tema surgiu devido ao fato de trabalhar na área e conviver há muitos anos com doentes renais crônicos e seus familiares, o que me trouxe questionamentos acerca da qualidade de vida dos pacientes em tratamento, já que este é bastante rigoroso e impõe varias limitações.

1.2 HIPÓTESE

Toda doença crônica possui um estigma social, bem como demanda alterações nos hábitos de vida dos seus portadores, com a DRC não é diferente. O tratamento mais difundido para a DRC é a hemodiálise, porém os dias/horários e o rígido controle hídrico podem interferir negativamente na subjetividade do paciente e, por sua vez, interferir na sua qualidade de vida.

Exatamente pelas afirmações supracitadas, questiona-se: as mudanças decorrentes do tratamento de hemodiálise interferem na qualidade de vida dos pacientes?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Apontar as possíveis mudanças na qualidade de vida do paciente submetido ao tratamento hemodialítico.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil socioeconômico dos pacientes em tratamento hemodialítico, com foco no setor de hemodiálise do Hospital do Rim em Mossoró-RN;
- Conhecer a qualidade de vida dos pacientes em tratamento hemodialítico, identificando as atividades cotidianas e interações sociais ou familiares mais comprometidas;
- Identificar medidas que possibilitem a melhoria na qualidade de vida dos pacientes com doença renal crônica.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ENTENDENDO A DOENÇA RENAL CRÔNICA

A Insuficiência Renal pode ser definida como a queda na taxa de filtração glomerular e apresenta elevadas taxas de morbidade e mortalidade. Sua incidência tem aumentado no Brasil e no mundo nas últimas décadas, sendo considerado um problema de saúde pública (DAUGIRDAS, 2016).

A insuficiência renal é muitas vezes uma doença lenta e progressiva, com piora da função ao longo dos anos, de maneira que o organismo tem tempo para ir se adaptando a este mau funcionamento dos rins, o que mascara os sinais até fases bem tardias da doença. Assim, a intensidade dos sinais e sintomas dependerá do grau de comprometimento renal e de outras condições, bem como o fator idade. Com o início da terapia renal substitutiva, os sinais e sintomas mais intensos tendem a diminuir ou desaparecer (RIELLA, 2010).

Um quadro de insuficiência renal trata-se de um declínio da função renal, caracterizado pela diminuição da filtração glomerular, resultando na retenção de ureia nitrogenada, creatinina no sangue e diminuição da diurese. Sua progressão leva a perda lenta e irreversível da função renal desencadeando a insuficiência renal crônica, que pode ser aguda ou não a depender da velocidade com que se instala, bem como da cronicidade ou não do quadro. Uma vez identificada a cronicidade do quadro há a diminuição progressiva e irreversível da função renal excretora, como consequência de lesão do tecido renal, disfunção (mais precisamente, queda na taxa de filtração glomerular) e perda de néfrons. Nessa fase, os rins têm perdido sua capacidade de manter o equilíbrio metabólico e hidroeletrólítico necessário para o seu perfeito funcionamento, resultando em quadro de uremia – auto-intoxicação do organismo por acúmulo e retenção de ureia e, sobretudo, de outras escórias do metabolismo das proteínas. Sua evolução pode acontecer de forma assintomática, até que a perda funcional dos rins chegue a 70% ou mais (LIRA, AVELAR, BUENO, 2015).

Outras patologias capazes de acarretar a IRC são: a) doenças renais primárias, como as glomerulonefrites, também chamadas de glomerulopatias (infecções que acometem o glomérulo, ou as pielonefrites, infecções do trato urinário ascendente, que atingiu a pelve do rim e afeta quase todas as estruturas do órgão, incluindo túbulos, sistema coletor e interstício); b) doença ou síndrome renal policística (uma doença genética que afeta os rins e tem caráter progressivo, ocorrendo em seres humanos e em alguns outros animais, podendo acometer também o fígado, pâncreas, e mais raramente o coração e o cérebro); c) doenças sistêmicas

como a hipertensão arterial sistêmica (devido as oscilações frequentes de pressão arterial, os vasos sanguíneos sofrem e costumam perder sua elasticidade ocasionando lesões irreversíveis); d) diabetes mellitus (uma doença provocada pela deficiência de produção e/ou de ação da insulina, que leva a sintomas agudos e a complicações crônicas, como mecanismo de compensação os rins expõem a glicose em excesso no organismo, no entanto, por se tratar de uma molécula grande, ao expulsá-la ocorre lesão progressiva nos poros dos néfrons levando a sua inutilidade); e) doenças auto-imunes, como o lúpus eritematoso sistêmico (doença inflamatória de causa desconhecida onde o organismo produz anticorpos contra o seu próprio corpo podendo atingir vários órgãos); f) amiloidose (patologia na qual ocorre acúmulo, em vários tecidos de amiloide, uma substância proteica rara); g) doenças hereditárias, como a Síndrome de Alport (doença genética que ocasiona a perda progressiva da função renal e da audição – cujo distúrbio causa glomerulonefrite crônica com a destruição dos glomérulos, e sem sintomas aparentes no início); h) Cistinose – (uma doença sistêmica, genética, com herança autossômica recessiva, causada pelo acúmulo intracelular (intra-lisossomal) de cistina em diversas células do organismo, podendo comprometer a função de diversos órgãos); e i) Malformações congênitas: agenesia renal, hipoplasia renal bilateral e válvula de uretra posterior (JOHNSON, 2016).

A progressão da insuficiência renal crônica pode ser caracterizada por manifestações, como a hipertensão arterial, insuficiência cardíaca congestiva, edema pulmonar, pericardite, anemia, alterações bioquímicas sanguíneas, doença óssea renal e complicações neurológicas (SMELTZER, BARE, 2011).

Como já dito anteriormente, os estágios da insuficiência renal crônica são divididos de acordo com a taxa de filtração glomerular, que pode ser estimada através dos valores da creatinina sanguínea. Existem diversas fórmulas matemáticas para se estimar o grau de funcionamento dos rins a partir dos valores da creatinina e, atualmente, a maioria dos laboratórios faz esse cálculo automaticamente quando se solicita a dosagem da creatinina.

3.2 ESTADIAMENTO DA DOENÇA

Os estágios da doença renal crônica podem ser divididos da seguinte forma: a) estágio I – pacientes com clearance de creatinina maiores que 90 mL/min, porém com alguma das doenças descritas acima (diabetes, hipertensão, rins policísticos, etc.); b) estágio II – pacientes com clearance de creatinina entre 60 e 89 mL/min; c) estágio III – pacientes com clearance de creatinina entre 30 e 59 mL/min; d) estágio IV – pacientes com clearance de creatinina entre 15

e 29 mL/min; e) estágio V – pacientes com clearance de creatinina menor que 15 mL/min (DAUGIRDAS, 2016).

No estágio I, estão os pacientes que apresentam função renal aparentemente normal, sem nenhum tipo de sintoma, mas sob alto risco de deterioração da função renal a longo prazo, em virtude de portarem uma ou mais dessas doenças, como diabetes, hipertensão, rins policísticos etc; isto porque, em razão destas, sempre terão algum grau de lesão renal, que, contudo, pode ainda não se refletir na capacidade de filtração do sangue (RIELLA, 2010).

Nessa fase também estão pacientes com creatinina normal, mas com alterações no exame de urina, com sinais de sangramento ou perda de proteínas na urina.

No estágio II, o rim ainda consegue manter suas funções básicas, e a creatinina sanguínea ainda encontra-se muito próxima da faixa de normalidade – neste estão pessoas com pequenas perdas da função dos rins (RIELLA, 2010).

Como os rins vão perdendo suas funções naturalmente com a idade, os idosos podem ter função renal um pouco reduzida e esta queda de função ser simplesmente um sinal de envelhecimento dos rins; e, caso o paciente não tenha nenhuma outra doença que ataque os rins, como diabetes ou hipertensão, essa ligeira perda de função renal não acarreta em maiores problemas a médio/longo prazo. Ainda assim, tais pacientes correm maior risco de agravamento da função renal se expostos, por exemplo, a drogas tóxicas aos rins, como anti-inflamatórios ou contrastes para exames radiológicos (JOHNSON, 2016).

O estágio III corresponde à fase de insuficiência renal crônica declarada, quando a creatinina já está acima dos valores de referência e as primeiras complicações da doença começam a se desenvolver. A esse ponto, os rins já têm redução da capacidade de produzir a eritropoietina – hormônio que controla a produção de hemácias (glóbulos vermelhos) pela medula óssea -, levando o paciente a apresentar anemia progressiva. Além disso, os pacientes insuficientes renais apresentam uma doença chamada osteodistrofia renal, que ocorre pela elevação do hormônio produzido nas glândulas paratireoides (PTH) e pela queda na produção de vitamina D, hormônios que controlam a quantidade de cálcio nos ossos e no sangue. O resultado final é uma desmineralização dos ossos, que começam a ficar fracos e doentes (RIELLA, 2010).

É nesta fase que os pacientes devem iniciar tratamento e ser acompanhados por um nefrologista, pois, a partir deste ponto, costuma haver progressão relativamente rápida da insuficiência renal se não houver tratamento adequado.

O estágio IV é o momento em que os primeiros sintomas surgem claramente e as análises laboratoriais já evidenciam várias alterações, pois o paciente apresentará níveis

elevados de fósforo e PTH, anemia estabelecida, aumento da acidez no sangue (pH sanguíneo baixo), elevação de potássio, emagrecimento e sinais de desnutrição, enfraquecimento ósseo, aumento do risco de doenças cardíacas, diminuição da libido e do apetite e cansaço - e, se for o caso de paciente hipertenso, a piora da hipertensão. Porém, devido à retenção de líquidos, é provável que o paciente não perceba a perda da massa muscular e gordura (emagrecimento), podendo desenvolver pequenos edemas nas pernas (RIELLA, 2010). Por tudo isto, esta pode ser considerada a fase pré-diálise e o paciente já deve começar a ser preparado para entrar em hemodiálise, sendo indicada a confecção de um acesso permanente (fístula arteriovenosa - FAV) (DAUGIRDAS, 2016).

O estágio V é a fase da terminal da doença renal, quando o rim já não desempenha funções básicas e o início da diálise está indicado. É nesse momento que os pacientes começam a sentir os sintomas mais propriamente da insuficiência renal, chamados sintomas de uremia e, se a diálise não for iniciada, o quadro progredirá criticamente (JOHNSON, 2016).

Apesar de ainda conseguirem urinar, o volume já não é tão grande e o paciente começa a desenvolver grandes edemas. A pressão arterial fica descontrolada e os níveis de potássio no sangue elevados, a ponto de causar problemas graves, desde edemas pulmonares ou alterações mentais (como desorientação, crise convulsiva ou coma), até o óbito por arritmias cardíacas.

A essa altura, o paciente já terá emagrecido bastante e não conseguirá comer bem, sentindo náuseas e vômitos, cansaço, anemia – que, se já não estiver sendo tratada, poderá alcançar níveis perigosos -, os rins aprestam atrofia progressiva.

Porém alguns pacientes conseguem chegar até o estágio V com poucos sinais e sintomas. Apesar disso, estes apresentam inúmeras alterações laboratoriais e, por quanto mais tempo se atrase o início da diálise, piores serão as lesões (ósseas, cardíacas etc), a desnutrição e o risco de arritmias malignas. Muitas vezes, o primeiro e único sintoma da insuficiência renal terminal é a morte súbita (JOHNSON, 2016). Portanto, quando em fase terminal da doença, o paciente apresenta múltiplas e sérias alterações clinico-laboratoriais que devem ser prontamente corrigidas, pois com o comprometimento da função renal, os demais órgãos e sistemas orgânicos passam a funcionar de maneira anormal também e, somente com a utilização de métodos para a filtração artificial do sangue (diálise peritoneal ou hemodiálise) ou com a realização do transplante renal, há a possibilidade de sobrevivência do paciente (LIRA, AVELAR, BUENO, 2015; FERNANDES, et al, 2016).

3.3 TRATAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

3.3.1 Transplante Renal

O transplante renal, a técnica consiste em transferir um rim saudável de uma pessoa viva ou falecida, mediante doação, a um paciente portador de insuficiência renal crônica avançada. Através de cirurgia, o rim é implantado no paciente, passando então a exercer as funções de filtração e eliminação de líquidos e toxinas. Por proporcionar melhor qualidade de vida aos pacientes, assim como uma redução do risco de mortalidade quando comparados a pacientes submetidos às outras modalidades de terapia renal substitutiva, é considerada a alternativa mais eficiente (JOHNSON, 2016).

Para sua realização é necessário que haja compatibilidade ABO (tipagem sanguínea), além de outros exames imunológicos, como tipificação HLA (antígenos leucocitários humanos) e prova cruzada. Superadas as providências necessárias, o rim transplantado é colocado na fossa ilíaca do paciente e o ureter é fixado à bexiga e anastomose ao ureter do receptor. A artéria e a veia renais são unidas à artéria e à veia ilíacas externas, respectivamente (JOHNSON, 2016).

Contudo, no Brasil há quase 20 mil pessoas na fila do transplante de rim e encontrar um doador compatível entre pessoas que não são da mesma família, é muito difícil, pois as chances de compatibilidade são de 1 em 100 mil (MELO, 2015). Por isso, à grande maioria dos pacientes acometidos de doença renal crônica, restam as alternativas de filtração artificial do sangue, como já mencionado, a diálise peritoneal ou hemodiálise.

3.3.2 A Hemodiálise

Na hemodiálise, o sangue sai por uma linha ligada ao acesso do paciente e bombeado para o dialisador. Durante o procedimento, utiliza-se a heparina para evitar a coagulação extracorpórea do sangue. Dentro do dialisador, uma membrana porosa artificial separa o sangue do líquido (solução de diálise), cuja composição química é semelhante aos líquidos normais do corpo. A pressão no compartimento do líquido de diálise é mais baixa do que a do compartimento do sangue, permitindo assim que o líquido, os produtos residuais e as substâncias tóxicas do sangue se filtrem através da membrana que separa ambos os compartimentos. Contudo, as células sanguíneas e as proteínas de grande dimensão são demasiado grandes para serem filtradas através dos pequenos poros da membrana. O sangue dialisado (já purificado) é devolvido ao organismo (DAUGIRDAS, 2016).

Os dialisadores têm diversos tamanhos e graus de eficácia. As unidades mais modernas são muito eficazes, permitindo que o sangue flua mais rapidamente e encurtando o tempo de

diálise, por exemplo, de 2 a 3 horas, três vezes por semana, em comparação com as 3 a 5 horas, três vezes por semana, necessárias com as unidades mais antigas. Os que sofrem de insuficiência renal crônica, em geral, precisam de hemodiálise três vezes por semana para manterem-se em bom estado de saúde (DAUGIRDAS, 2016).

Os dialisadores são escolhidos de acordo com a extensão corpórea do paciente e sua resposta ao tratamento através de um parâmetro chamado Ktv (mede a eficácia do tratamento através do cálculo de remoção da ureia durante a hemodiálise).

Um parâmetro também muito importante para adequação em hemodiálise é estabelecer o peso seco, ou seja, o peso adequado do paciente sem acúmulo de líquidos, para estabelecê-lo observam-se a pressão arterial sistêmica, presença de edemas e de dispnéia, bem como ausculta pulmonar com ruídos adventícios. É bom deixar claro que este parâmetro é mutável de acordo com a resposta do paciente ao tratamento, uma vez que ganhos ou perdas de peso devem ser percebidos para que haja adequações no peso seco.

Outro método de tratamento é a diálise peritoneal onde os processos de filtração se dão dentro do organismo. Na cavidade peritoneal utiliza-se o peritônio como membrana semipermeável que, quando em contato com a solução de diálise, realiza a retirada do excesso de solutos e de água intracorpórea. Para realizar a filtração instala-se na cavidade peritoneal um Tenckhoff (cateter) através de um procedimento cirúrgico simples, preconiza-se a utilização do Tenckhoff apenas depois do break in (período de 15-20 dias de espera posterior ao implante do cateter). Durante o break in ocorre a cicatrização do tecido e adaptação do Tenckhoff para que seu uso ocorra com o menor risco possível, devem ser observados presença de secreção e/ou de sinais flogísticos efetuando-se curativos diários de maneira asséptica até o uso do cateter ser considerado (DAUGIRDAS, 2016).

3.3.3 Acessos para Hemodiálise

DAUGIRDAS (2016), Johnson (2016) e Riella (2010) abordam as vias de acesso vasculares para hemodiálise como sendo:

- Cateter duplo lúmen (CDL) – estrutura de silicone que possui duas vias (venosa e arterial) possui diferentes tamanhos a serem escolhidos de acordo com a anatomia do paciente e da localização do cateter. Sua inserção ocorre geralmente nas veias jugular, subclávia, femoral e cava inferior. Pode ser um cateter temporário ou permanente, este subdivide-se em permcath ou splitcath (o primeiro possui uma única estrutura e o segundo possui suas vias terminais divididas em duas);

- Prótese de Politetrafluoretileno (PTFE) – uma vez identificada a fragilidade de vasos, seja por sua falta de elasticidade seja por sua pouca espessura, o médico vascular insere uma cânula de PTFE que liga a artéria a uma veia, as punções para o tratamento hemodialítico serão feitas apenas nessa estrutura;
- Fístula arteriovenosa (FAV): trata-se de uma pequena abertura numa veia e numa artéria criando uma anastomose onde o grande fluxo arterial permitirá o desenvolvimento da veia tornando-a mais espessa e com paredes mais fortes para suportar as seguidas punções e o fluxo sanguíneo programado na máquina de hemodiálise.

Uma vez que o paciente esteja em urgência dialítica instala-se um cateter temporário para início imediato da TRS e estabilização do paciente, após melhora do quadro urêmico e estado geral do paciente programa-se a confecção de um acesso permanente (FAV, PTFE, permcath ou splitcath).

3.4 INTERCORRÊNCIAS EM HEMODIÁLISE

No que se refere às intercorrências em hemodiálise, em 30% das sessões de hemodiálise podem ocorrer complicações decorrentes do processo de circulação extracorpórea e da retirada de grande volume de líquidos do corpo em pouco tempo, dentre as quais infecções em cateter duplo lúmen, hipotensão ou hipertensão arterial, hipotermia, câimbras musculares, arritmias cardíacas, cefaléia, hipoxemia, prurido, reações alérgicas, dor torácica e lombar, náuseas e vômitos, embolia gasosa, febre e calafrios (COUTINHO, 2015).

Pacientes que estão em hemodiálise têm um dia a dia bastante contido e cheio de restrições, o que acaba por estimular o sedentarismo e a debilidade funcional - o que, por si só, é capaz de afetar sua percepção acerca de qualidade de vida. É por isso que mundialmente estudos são desenvolvidos na investigação da qualidade de vida, não só de pacientes em hemodiálise, sendo numerosos os questionários elaborados de maneira a aproximar a avaliação em medida quantitativa, para que a mesma possa ser usada não apenas em ensaios clínicos, bem como em modelos econômicos (ARAÚJO, et al, 2016).

A importância das intervenções do enfermeiro nas intercorrências durante a sessão de hemodiálise está relacionada à monitorização dos sinais vitais, programação da ultrafiltração conforme a prescrição, administração de medicamentos e volume, etc. A equipe de enfermagem está diretamente envolvida na assistência ao paciente em hemodiálise e o enfermeiro deve sempre incentivar o desenvolvimento de sua capacidade de autocuidado por meio do

conhecimento, o que norteará o paciente na aquisição de habilidades para atuar em situações de complicações com seu acesso vascular (DAUGIRDAS, 2016).

O cuidado do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico baseia-se no incentivo ao autocuidado, além da prevenção de infecções, o fornecimento do máximo de informações ao paciente e à família sobre o tratamento e as possíveis complicações, como também a escolha de um local seguro e confortável para a realização do tratamento.

3.5 NÚMEROS DA DIÁLISE NO BRASIL

A presença de disfunção renal eleva o risco de morte prematura por doença cardiovascular em cerca de 10 vezes em comparação à população normal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2016).

Conforme estudos recentes realizados pela SBN (2016), aproximadamente 33 mil pessoas começam a fazer tratamento dialítico por ano e apenas 15% delas chegam a conseguir um transplante renal no Brasil, sendo as doenças renais responsáveis por cerca de 19 mil mortes por ano.

Um das razões para esta lamentável realidade, é o envelhecimento populacional, acometendo um número cada vez maior de pessoas, o que ao mesmo tempo evidencia que as estratégias de prevenção das causas poderiam reduzir esse quadro, porém caminham a curtos passos no Brasil.

Em 2013, o número de unidades de diálise ativas no Brasil era de 658 unidades, com total estimado de 100.397 pacientes por ano, desses, 84% dialisavam pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 16% por outros convênios. Hoje são 715 unidades, distribuídas de forma nada igualitária pelo país, sendo a região Norte a que mais sofre com a carência. E os números sobre a modalidade dialítica demonstram que 91% dos pacientes estão em tratamento hemodialítico e apenas 9% em diálise peritoneal, tendo a faixa etária de 19 a 64 anos apresentado a maior incidência, assim como o sexo predominante foi o masculino, com 58% (CENSO BRASILEIRO DE DIÁLISE, 2014).

Garcia, diretor da Sociedade Brasileira de Nefrologia, em entrevista concedida já no ano de 2015, declarou que “nos últimos 10 anos, o número de pacientes cresceu 71%, enquanto o número de unidades de diálise aumentou apenas 15%.”.

A estimativa atual é de que 10 milhões de brasileiros sofram de algum tipo de disfunção renal. São mais de 120 mil submetidos à hemodiálise e, destes, 35% têm indicação

de transplante, no entanto houve uma queda dos transplantes renais de acordo com o Registro Brasileiro de Transplantes (2016, sp):

A queda no número dos transplantes renais foi devida à diminuição do transplante com doador falecido, de 2,4%, apesar do pequeno aumento da taxa de doadores efetivos, indicando um maior descarte dos rins, de 26% para os rins doados e de 19% para os removidos. O número de transplantes com doador vivo, que vinha caindo nos últimos dez anos, estabilizou (crescimento de 0,9%) numa taxa muito baixa (5,9 pmp), muito inferior a uma taxa aceitável, em torno de 10 pmp; apenas SP (12,9 pmp) e PR (12,8 pmp) ultrapassaram essa taxa. A taxa de transplantes renais com doador vivo não parente e não cônjuge cresceu para 6,7%. Apresentaram taxa de transplante superior a 40 pmp: PR (48,6 pmp), RS (48,2 pmp) e SP (46,2 pmp).

O paciente renal crônico no Brasil é caracterizado como principal grupo de risco dentre os diabéticos (5 milhões), hipertensos (17 milhões), idosos (14,5 milhões), acima de quarenta anos e em TRS.

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia, a hipertensão arterial e o diabetes são responsáveis por cerca de metade dos pacientes que estão em tratamento dialítico. Esses números são comparáveis aos outros países da América Latina, mas são menores do que nos Estados Unidos, onde as duas desordens são a causa de Doença Renal Crônica em 1/4 dos pacientes em diálise (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2016).

3.6 QUALIDADE DE VIDA E A HEMODIÁLISE: UM CONCEITO SUBJETIVO

É a percepção do cliente sobre seu bem-estar físico, psíquico e social, que depende de fatores orgânicos, psicológicos e sociais, assim como o momento da vida em que surge a enfermidade (ALMEIDA, ALVES, SILVA, 2012).

A QV refere-se à forma como o indivíduo percebe a si mesmo e como avalia suas relações no contexto da cultura e dos valores do meio em que vive, bem como suas próprias metas, expectativas, padrões e conceitos. E a avaliação da qualidade de vida tem sido um parâmetro mundialmente usado, por se tratar da percepção do indivíduo em relação a sua própria vida. É uma avaliação carregada de subjetividade, mas não é apenas uma impressão em relação às suas condições reais de saúde; estudos têm mostrado que a avaliação referida da condição de saúde como escasso ou pobre tem maior risco de mortalidade do que aqueles que consideram ter melhor estado de saúde (TEIXEIRA, SOUZA, SILVA, 2012).

Trata-se, não apenas de conceito subjetivo, mas também multidimensional e apresenta-se como um constructo multifatorial, constituindo-se variável útil para determinar o impacto global das doenças e dos tratamentos médicos, a partir da perspectiva do indivíduo. Sua medida é potencialmente útil para aplicação na pesquisa e prática clínica, com fins de demonstrar a real dimensão dos benefícios das intervenções terapêuticas (DELFINO, 2014).

Muitos podem ser os termos utilizados e comparados à expressão “qualidade de vida” atualmente, embora esse quantitativo não reduza a dificuldade e a complexidade da definição deste indicador.

Porém pode-se dizer que entre os termos mais usados estão: satisfação com a vida, saúde, trabalho, bem-estar, felicidade, lazer, autoestima, valores e necessidades atendidas. A QV é tema de pesquisa imprescindível na área da saúde, visto que seus resultados contribuem para aprovar e definir tratamentos e avaliar custo/benefício do cuidado prestado (DELFINO, 2014).

Em seu senso mais amplo e em sua aplicação específica relacionada aos parâmetros médicos e clínicos, o termo qualidade de vida no que se refere à saúde é frequentemente utilizado e aborda aspectos que englobam: a percepção da saúde, as funções sociais, psicológicas e físicas, bem como os danos a elas relacionados. Por isso, a avaliação da QV relacionada à saúde tem se tornado um importante indicador de saúde e bem-estar dos pacientes portadores de doenças renais crônicas. E seus resultados são frequentemente utilizados para determinar a efetividade do cuidado em saúde, os efeitos dos tratamentos, assim como pontos como alocação de recursos e desenvolvimento de políticas de saúde (DELFINO, 2014; ARAÚJO, et al, 2016).

Por tudo isto, se a insuficiência renal crônica e o tratamento dialítico podem trazer prejuízos e mudanças que acarretam alterações, em termos de integridade física e emocional, refletindo em uma pior qualidade de vida, e isto atrelado ao fato de que os pacientes renais crônicos, em sua maioria, estão em programa de hemodiálise – já que é o método mais utilizado nas últimas décadas -, e também pelo fato dessas pessoas, apesar de resignadas, viverem com tantas incertezas ou até limitada esperança em relação a um futuro melhor, então cabe aos profissionais de saúde, especial empenho em conhecer cada vez mais a situação da qualidade de vida desses clientes, a fim de colaborar para a sua melhoria (SILVA, et al, 2016; SANTOS, COSTA, 2016; COUTINHO, COSTA, 2015).

3.7 COMO O PACIENTE PODE PERCEBER SUA QUALIDADE DE VIDA?

O estudo da QV envolve indicadores generalizáveis, relativos a aspectos físicos, capacidade funcional, dor, saúde mental e vitalidade, além de aspectos sociais, como relacionamentos interpessoais.

No entanto, a percepção da qualidade de vida por um paciente, acometido de qualquer enfermidade, provavelmente será definida de forma mais simples, a partir de apenas quatro categorias, relativas a ter saúde, ter família e amigos, ter uma boa condição financeira e ter religião (COUTINHO, COSTA, 2015).

Para a maioria das pessoas, pode-se dizer que QV é ter um bom estado de saúde. E assim é também para alguns pesquisadores; a qualidade de vida do ser humano, via de regra, expressa a qualidade de sua saúde, suas possibilidades e limitações individuais e coletivas.

Esse conceito de qualidade de vida como estado de saúde é abordado por muitos estudiosos, sendo que outros fatores também são considerados.

Outro indicador de QV se refere aos relacionamentos familiares e de amizade e, nesse ponto, pois compara a qualidade de vida de pacientes em hemodiálise que moravam sozinhos com pacientes que moravam acompanhados, observando que os primeiros apresentaram níveis inferiores aos segundos. Em estudos qualitativos é possível perceber a importância da família, bem como dos profissionais e demais pacientes, na recuperação e enfrentamento da doença. Assim, é inegável a relevância do apoio social para esta população (LIRA, AVELAR, BUENO, 2017).

Também pode ser citado que QV é ter uma boa situação financeira, pois pode-se associar a QV à noção de felicidade, referindo-se as situações externas e internas ao organismo, sendo que a primeira é citada como condição financeira. E além dessas categorias acima, o aumento da espiritualidade, como fonte importante de suporte emocional, principalmente com o avançar da idade, repercute positivamente nas áreas da saúde física e mental, fatores que interferem diretamente na qualidade de vida (DELFINO, 2014; LIRA, AVELAR, BUENO, 2017; ARAÚJO, et al, 2016).

A religiosidade, entendida neste contexto como espiritualidade, normalmente proporcionará aos indivíduos suporte e conforto em momentos de dificuldade, aflições e angústias.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este se trata de uma pesquisa exploratória e descritiva com abordagem quantitativa. De acordo com Gil (2008) este tipo de pesquisa objetiva a busca minuciosa do problema possibilitando a construção de hipóteses. Lakatos e Marconi (2010) ainda complementam afirmando que esse tipo de pesquisa desenvolve hipótese, aproxima o pesquisador do ambiente, fato ou fenômeno para uma pesquisa mais profunda.

Lakatos e Marconi (2010) ainda citam que a pesquisa descritiva objetiva relatar minuciosamente determinado fenômeno, fato, população ou experiência. Já a abordagem quantitativa facilita o entendimento das questões uma vez que trabalha com estatísticas trazendo mais precisão aos resultados (RICHARDSON, 2010).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na sede do Hospital do Rim de Mossoró, localizado à Rua Duodécimo Rosado, nº 818, bairro Doze Anos, na cidade Mossoró – RN, atendendo SUS, convênios e particulares contemplando a população da cidade e região.

O setor é composto por 4 médicos nefrologistas, 2 enfermeiras, 1 assistente social, 1 psicóloga, 1 nutricionista, 1 cozinheira, 3 auxiliar de serviços gerais, 1 técnico de máquinas, 1 administradora, 1 almoxarife, 1 tesoureira e 17 técnicos de enfermagem, com turnos de 6 horas diárias cada e funciona de segunda-feira a sábado, atendendo pacientes de toda região com indicação médica para hemodiálise.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

População é entendida como conjunto de elementos possuidores de características afins e amostra é uma parcela dessa população a qual será pesquisada (GIL, 2008).

A população desse estudo foi composta por todos os pacientes submetidos a tratamento hemodialítico na clínica de hemodiálise supracitada contando com 147 pertencentes este contexto, destes foram escolhidos aleatoriamente 30 pacientes na faixa etária de 20 a 55 anos e que possuam no mínimo 6 meses de tratamento. Foi adotado como critério de inclusão: todos os pacientes participantes deverão concordar com o Termo de Conhecimento Livre e

Esclarecido (APÊNDICE A), bem como assiná-lo, já como critérios de exclusão foram utilizados: o não consentimento e assinatura do TCLE e pacientes que estão fora da faixa etária pré-estabelecida.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados o questionário WHOQOL-brief (World Health Organization Quality of Life- abreviado), na versão em português, em anexo A.

Devido à necessidade de instrumentos curtos e de rápida aplicação, foi, então, desenvolvida a versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref, cuja versão final ficou composta por 26 questões [...], os instrumentos WHOQOL valorizam a percepção individual da pessoa, podendo avaliar qualidade de vida em diversos grupos e situações. (KLUTHCOVSKY, KLUTHCOVSKY, 2010).

Este instrumento possui 26 itens sobre qualidade de vida, satisfação com sua saúde, aspectos físicos, psicológicos, relações sociais e ambientais, podendo ser aplicado para indivíduos saudáveis ou portadores de agravos e/ou doenças crônicas (KLUTHCOVSKY, KLUTHCOVSKY, 2010).

4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Este ocorreu após a aprovação desta pesquisa junto ao comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, onde serão distribuídos os questionários aos 30 pacientes dispostos a participar da pesquisa e que assinarem o TCLE.

Os questionários foram distribuídos durante o turno de tratamento dos pacientes no Hospital do Rim (segunda, quarta ou sexta/terça, quinta ou sábado, nos horários de 6:00h às 10:00h, 11:00 às 15:00h e 16:00 às 20:00h). Após a entrada do turno, os pacientes que atenderem aos critérios de inclusão foram abordados para ficarem cientes da pesquisa e receberem o questionário que foi entregue o mais breve possível, respeitando o prazo máximo para devolução de uma semana.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise de dados será elaborado um banco de dados distribuídos em planilhas eletrônicas no programa Excel for Windows 2010 para posterior análise da compilação obtida.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança em João Pessoa, Paraíba, através da Plataforma Brasil, onde foi submetida à análise e possível autorização.

Para construção e elaboração da pesquisa, foram observadas as informações dispostas pelo Conselho Nacional de Saúde, na Resolução 466/12, em que garante ser de respeito do participante os direitos e deveres relacionados ao anonimato dos depoentes e sigilo das informações confidenciais.

Como forma de assegurar o anonimato dos entrevistados e tornar mínimos os riscos existentes na pesquisa, riscos estes que estão relacionados ao desconforto por parte dos participantes durante a coleta de dados, além de medo e constrangimento, todos os passos da pesquisa serão explicados e bem esclarecidos, tornando segura a privacidade, sigilo e confiança por parte dos participantes e pesquisador. Dando sempre ênfase que sua participação na pesquisa, proporcionará conhecimento científico para a enfermagem, e conseqüentemente esta classe poderá fornecer uma assistência de maior qualidade e de eficácia significativa para minimização ou até mesmo resolução do problema a ser abordado.

A pesquisa ainda levou em conta as considerações da Resolução do COFEN 311/2007 que aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, dando ênfase ao capítulo III da mesma resolução (COFEN, 2007).

4.8 DESFECHOS

4.8.1 Desfecho Primário

Espera-se que este trabalho traga a análise acerca da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise e, assim, contribuímos para o esclarecimento no meio acadêmico e científico, bem como para a população objeto do estudo uma vez que a discussão implica na possibilidade de melhoria da assistência para tal. Logo, espera-se que esta pesquisa seja de grande valia para a sociedade, para a enfermagem e para o meio acadêmico, servindo de pilar para outros estudos e, dessa forma, retornando como mudança na abordagem ao paciente renal crônico proporcionando um cuidado mais específico e eficaz.

4.8.2 Desfecho Secundário

Encaminhar os resultados da pesquisa para publicações na revista Ciências da Saúde Nova Esperança da FACENE/FAMENE, com os devidos créditos aos pesquisadores associados integrantes do projeto, como também o resultado do estudo será divulgado entre os pacientes de hemodiálise e profissionais que compõem a unidade hospitalar estudada, como preconiza a resolução 466/2012. O estudo deverá ser disponibilizado para acadêmicos, profissionais e toda comunidade que assim se interessarem, como também entre os participantes da pesquisa na IES de Mossoró/RN, a FACENE/RN através da plataforma da Biblioteca Santana.

4.9 FINANCIAMENTO

Todas as despesas relacionadas à realização da pesquisa e que viabilizem a sua construção foram de inteira responsabilidade do pesquisador associado. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró responsabilizou-se pela disponibilização do acervo bibliotecário, computadores e conectivos, bem como, o orientador e banca examinadora.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste houve o compilamento dos dados para posterior análise, foram 30 questionários aplicados constando questões de 01 a 26, das quais a 01 e a 02 representam qualidade de vida de uma maneira generalista onde as respostas são interpretadas em escala crescente (quanto maior o número melhor a qualidade de vida – escala Likert) (PEDROSO, FERREIRA, 2015).

As demais 24 questões precisarão ser agrupadas em 4 grandes domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e suas respostas atribuíram nova quantificação onde 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2 e 5 = 1. Posterior a isso, cada domínio foi dividido pela quantidade de questões contidas e realizada média para obter-se o número representativo para análise. Os resultados foram classificados de acordo com o score utilizado pelo WHOQOL – Bref, onde 1-2,9 necessita melhorar, 3-3,9 regular, 4-4,9 boa e 5 muito boa (PEDROSO, FERREIRA, 2015).

Para proceder com a análise entenda-se qualidade de vida como “quantificação formal e padronizada do impacto do adoecimento na vida diária e no bem-estar do indivíduo, por meio de medidas objetivas da consequência de sintomas na vida diária das pessoas” (CHILOFF, CARQUEIRA, BALBI, 2017, p. 351).

Quadro 1. Domínios do WHOQOL.

DADOS	DOMÍNIOS			
	FÍSICO	PSICOLÓGICO	RELAÇÕES SOCIAIS	MEIO AMBIENTE
SOMATÓRIA	78,19	134,75	62,29	72,90
MÉDIA	2,60	4,49	2,07	2,43
CLASSIFICAÇÃO	Necessita melhorar	Boa	Necessita melhorar	Necessita melhorar

Fonte: pesquisa de campo, 2017.

Quadro 2. Questões gerais da qualidade de vida

QUESTÃO 1	RESPOSTAS				
	1	2	3	4	5
QUANTIDADE	0	1	4	21	4
PERCENTUAL	0	3,33%	13,33%	70%	13,33%
QUESTÃO 2	RESPOSTAS				
	1	2	3	4	5
QUANTIDADE	0	5	8	13	4
PERCENTUAL	0	16,66%	26,66%	43,33%	13,33%

Fonte: pesquisa de campo, 2017.

5.1 QUESTÕES GERAIS SOBRE O ESTADO DE SAÚDE

Este item traz duas questões generalistas que abordam a qualidade de vida, analisadas em ordem crescente, como visto no quadro acima para “como você avalia sua qualidade de vida?” A resposta mais citada foi Boa, seguida de valores iguais para nem ruim e nem boa e muito boa, apenas um paciente contemplou a resposta Ruim. Já para o segundo questionamento “quão satisfeito você está com sua saúde?” A resposta mais citada foi Boa, seguida de Nem boa nem ruim, Ruim e muito boa. Em ambos questionamentos não houve resposta Muito ruim.

Portanto, de uma maneira geral os pacientes consideram sua qualidade de vida Boa, o que implica que a DRC, a Hemodiálise e a rotina do tratamento não refletem tão intensamente em suas vidas ao ponto de suas perspectivas. Porém o por mais adaptados, segundo Barata e Múrias (2018) toda doença crônica acarreta sofrimento e é de difícil aceitação, ou seja, apesar de aparentemente conformismo podem haver dificuldades ainda não assimiladas ao ponto de serem expressadas. Tal fato fica evidente nos demais domínios analisados abaixo uma vez que na maior parte foi classificada como “necessita melhorar”.

A qualidade de vida do doente renal crônico é hoje uma preocupação junto ao sistema de saúde já que é hoje um problema da saúde pública devido à grande demanda Chiloff, Cerqueira e Balbi (2018, p. 352) complementam:

[...] Os avanços tecnológicos e terapêuticos na área de dialise foram inicialmente voltados para a avaliação da sobrevida e sinais de doença renal crônica. Posteriormente, reconheceu-se a necessidade de avaliar e compreender as consequências psicossociais do tratamento na vida desses pacientes e a necessária adaptação”

A predominância das respostas classificadas como “Boa” denota o conformismo que os pacientes já possuem perante sua patologia e o tratamento que esta demanda, fato facilitador para a equipe de saúde que presta cuidados, pois os pacientes podem estar mais receptivos às condutas necessárias para o andamento do tratamento de forma satisfatória.

5.2 DOMÍNIO FÍSICO

A DRC repercute na falha progressiva e contínua dos rins que, por sua vez, compartilham uma interdependência com os sistemas cardíaco, respiratório, muscular e nervoso, portanto os sinais clínicos de caráter físico são difusos e de diferentes intensidades. Dentre os sintomas que podem surgir estão: anemia, astenia, insuficiência cardíaca congestiva,

hipertrofia ventricular esquerda, dispneia, redução da capacidade pulmonar, redução dos reflexos motores, sensitivos, diminuição da concentração/atenção, perda de memória, convulsões, delírio, descalcificação óssea, ou seja, apesar de compartilharem da mesma patologia cada paciente pode desenvolvê-la de maneira específica tanto em intensidade quanto na evidencia de sinais e sintomas (SANTANA, 2016).

A pesquisa avaliou que no domínio físico os pacientes classificaram como “Necessita melhorar”, o que corrobora com Dino, Campos (2018) e Barata, Múrias (2018) que percebem a DRC como capaz de implicar em perdas físicas importantes.

A qualidade de vida tem íntima relação com a manutenção do estado físico, e consequente realização de atividade física, porém com tantas limitações fica difícil dos pacientes obterem energia e condições em manter suas atividades rotineiras (RODRIGUES, 2017).

Fatores como idade avançada, gênero, e formação educacional interferem na qualidade de vida no domínio físico, Marinho, et al (2017) afirma que exercer atividade remunerada, estar na idade adulta e pertencer ao sexo masculino tendem a aumentar a qualidade de vida neste domínio.

O portador de doença renal crônica já em caráter hemodialítico precisa de uma atenção especial às suas demandas, uma vez que a própria patologia traz limitações variadas em que cada doente possui características subjetivas que devem ser assistidas dentro de suas especificidades diminuindo o impacto que a DRC possui na vida do doente.

É preciso deixar claro que o portador de DRC pode exercer suas atividades dentro da normalidade ou o mais próximo disso desde que as planeje junto à equipe de saúde que o assiste para saber como realizar as adaptações (caso sejam necessárias) e dar continuidade à sua rotina.

Apesar de acarretar prejuízos físicos importantes na maior parte dos pacientes, principalmente para os que se expõem há muitos anos à TRS e apresentam-se em maior vulnerabilidade (idosos, gênero feminino, portadores de outras comorbidades, entre outros) uma equipe atenta às subjetividades do paciente pode surgir como facilitadora no processo de adaptação e melhorar a QV dando suporte necessário para que o paciente reconquiste o máximo de autonomia que lhe for permitido.

5.3 DOMÍNIO PSICOLÓGICO

A pesquisa evidenciou neste quesito maior ênfase na resposta “Boa” para perspectivas de cunho psicológico, o que corrobora com os dois primeiros questionamentos desta onde a avaliação da qualidade de vida geral também foi caracterizada como “boa”.

Aceitar uma doença crônica não é fácil, porém expressar uma aceitação é mais fácil, segundo Barata e Múrias (2018) pode ser uma estratégia de enfrentamento, expressar que não há problemas, porém esta pesquisa também evidenciou que nos demais domínios pesquisados existe insatisfação dos pacientes quanto à sua qualidade de vida, pois todos possuíram mais respostas classificadas como “precisa melhorar”.

Os desdobramentos psicológicos acarretados pelo diagnóstico de DRC são diversos, o paciente precisa conviver com o medo iminente da morte, acrescido das complicações e limitações do próprio tratamento. A abordagem multidisciplinar é fundamental ao portador de DRC, Lira, et al, (2017) acrescenta que as principais doenças psicológicas oriundas do diagnóstico e do próprio tratamento são: ansiedade e depressão.

Dentre os domínios trazidos pelo WHOQOL-Bref este é o que se mostrou mais positivo, fato que pode ser atribuído a uma nova organização na vida social do paciente, uma vez que há criação de laços de amizade e companheirismo com os demais pacientes, bem como questões próprias de auto reconhecimento num ambiente onde todos são portadores de DRC dependentes de TRS. Vidal (2018) também aborda a questão do acolhimento como de fundamental importância para que o paciente possa integrar-se de maneira positiva ao tratamento entendendo sua patologia e inserindo-se ao processo de cuidar.

5.4 DOMÍNIO RELAÇÕES SOCIAIS

O tratamento hemodialítico consiste habitualmente em 3 sessões a serem realizadas em dias intercalados com duração de 4h, porém os pacientes geralmente são afastados de suas atividades laborais ou aposentados, portanto a renda familiar costuma decrescer após o diagnóstico de DRC dependente de TRS.

Devido à queda na renda os pacientes possuem ajuda dos governos municipais que sedem o transporte coletivo para leva-los ao tratamento no horário adequado, porém como o transporte é coletivo os pacientes são apanhados com horas de antecedência para atender à todos e a saída obedece ao mesmo mecanismo: demoram muito tempo para chegarem em suas respectivas residências. Portanto não são apenas as 4 horas de tratamento, dependendo do turno da hemodiálise não há disponibilidade de horário comercial excedente para que os pacientes possam resolver quaisquer demandas (MARINHO, et al, 2018).

Os aspectos supracitados também interferem nas relações sociais, já que o tratamento demanda muito tempo, outro domínio que possui relação com percas sociais é o domínio físico, fica difícil para os pacientes manterem sua vida social assídua quando a astenia e possíveis incapacitações fazem-se presente sem seu cotidiano. Esse fato também foi evidenciado por esta pesquisa onde os pacientes classificaram o domínio social como “necessita melhorar”.

As relações sociais parecer ser diminuídas no contexto fora da clínica de hemodiálise, porém, como visto no domínio psicológico, há uma nova ressignificação dentro da clínica com os demais pacientes devido todos necessitarem de TRS e de TRS.

Deve haver um cuidado no ponto de vista assistencial para que a as relações sociais não se tornem restritas ao ambiente de tratamento, por isso a importância de inserir a família na terapia. O doente renal crônico não deve restringir-se apenas a clínica de hemodiálise, pois isso abre espaço para a instalação de outras patologias de cunho psicológico, como depressão, ansiedade, pânico, dentre outras (MARINHO, 2018; CHILOFF, CERQUEIRA, BALBI, 2017).

5.5 DOMÍNIO MEIO AMBIENTE

Neste quesito a pesquisa também evidenciou maior relato de “Necessita melhorar”, neles estão retratados condições de moradia, transporte, acesso aos serviços de saúde, lazer, segurança e ambiente em que vive.

Todos os aspectos levantados neste item possuem relação íntima com os dois já discutidos, uma vez que indisposição/incapacidade física, acrescido percas nas relações sociais e dificuldades financeiras repercutem negativamente no ambiente que rodeia o paciente e em sua capacidade de melhorá-lo (MARINHO, et al, 2018).

Este domínio corrobora com os demais supracitados uma vez que o domínio físico apresenta-se como “Necessita melhorar”, portanto debilidades físicas incutem negativamente com a relação com o meio ambiente, já que podem haver limitações físicas incapacitantes.

O meio ambiente está para o indivíduo como local onde se insere e desenvolve-se, portanto é uma relação bem mais complexa, já que possui íntima ligação com o papel social do sujeito, sua remuneração, capacidade física, saúde psicológica e suas relações sociais. Perceber uma relação inadequada com o meio ambiente é perceber fragilidades mais abrangentes do que a própria patologia (PONTES, PINTO, 2017; HOTA, LOPES, 2017).

Uma má relação com o meio ambiente incute na piora do estado geral de saúde e, portanto, da qualidade de vida.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade de vida entendida como um conceito abrangente possui relação íntima com o estado de saúde, o diagnóstico e a convivência com uma doença crônica acarreta grande peso para o paciente.

A DRC dependente de TRS repercute em toda uma mudança na rotina, na aparência, dieta e demais aspectos de vida do doente. Portanto não é um tratamento fácil, requer bastante abdicção e ainda existem as complicações oriundas do próprio procedimento como hipotensões, hemorragias, câimbras, dentre outros.

Muitos são os aspectos a serem considerados quando se trabalha com DRC e qualidade de vida, já que o tratamento mexe tanto com a vida do paciente, também é preciso compreender qualidade de vida em seu conceito mais amplo, apenas assim será possível ofertar uma assistência capaz de perceber o paciente e o tratamento em toda sua amplitude.

O DRC precisa ser percebido como portador de uma patologia comum a todos que dependem da TRS, porém subjetiva e específica quando se trata da intensão e efeitos trazidos pela patologia e pelo tratamento na qualidade de vida.

Estando a enfermagem como a profissão responsável pelo cuidado é dessa classe a maior responsabilidade em identificar essas alterações e trabalhar em conjunto com a equipe multidisciplinar amenizando-as.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. B.; ALVES, V. F.; SILVA, S. D. C. Qualidade de vida do paciente renal crônico em hemodiálise. São Sebastião do Paraíso. **Rev. Inic. Cien. Lib.**, v. 2, n. 1, 2012. Disponível em: < <http://www.libertas.edu.br/revistas/index.php/riclibertas/article/view/23>>. Acesso em: 11 Mar. 2017
- ARAÚJO, J. B. et al. Cotidiano de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise: expectativas, modificações e relações sociais. **Cuid. Fund.**, v. 8, n. 4. Disponível em: < <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5664116> >. Acesso em: 15 Mar. 2017
- BARATA, N. C.; MÚRIAS, D. Qualidade de vida e ajuste didático do doente em hemodiálise. Acta do 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa, 2018. Disponível em: < http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/6242/1/12CongNacSaude_691.pdf >. Acesso em: 26 Mar 2018
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Resolução CNS 196/1996. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: 2000.
- CHILOFF, C. L. M.; ABREU, A. T.; CERQUEIRA, R.; BALBI, A. L. **Qualidade de vida no tratamento da doença renal crônica: um desafio**. Editor. 2017. Disponível em: < http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:qMwF0tM_IRsJ:www.scielo.br/pdf/jbn/v39n4/pt_0101-2800-jbn-39-04-0351.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br >. Acesso em: 29 Mar 2018
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 311/2007. **Código de Ética dos profissionais de enfermagem**. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html >. Acesso em: 19 Dez 2017
- COITINHO, D. et al. Complicações em hemodiálise e avaliação da saúde de pacientes renais crônicos. **Rev. Unal.**, 2015. v. 33, n. 3. Disponível em: < http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-45002015000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 9 Mar. 2017;
- COSTA, E. G. D.; et al. Perfil, qualidade de vida e uso de medicamentos em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. **J. Manag. Prim. H. Care**. v. 7, n. 1. 2016. Disponível em: < <http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/view/394/Perfil> >. Acesso em: 15 Mar. 2017
- COUTINHO, M. P. L.; COSTA, F. G. Depressão e insuficiência renal crônica: uma análise psicossociológica. **Psic. & Soc.** v. 27, n. 2. 2015. Disponível em < <http://submission.scielo.br/index.php/psoc/article/view/123254/9168> >. Acesso em: 2 de Mar. de 2017
- DAUGIRDAS, J. T. **Manual de diálise**. 5 ed. Brasil: Guanabara, 2016.
- DELFINO, M. F. N. **Qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica**. 19f. 2014. Monografia (Especialização em linhas de cuidados de enfermagem). Curso de pós graduação

em linhas de cuidado em enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Disponível em: <

<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/171798/MARIA%20DE%20FATIMA%20DO%20NASCIMENTO%20SILVA%20DELFINO-DCNTTCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 14 Mar. 2017

DOURADO, P. B. M. et al. Fístula arteriovenosa no paciente idoso em hemodiálise: uma análise de dados. **J. Bras. Nefrol.** v. 3, n. 38. 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/v38n3s1a01.pdf>>. Acesso em: 10 Mar. 2017

FRAZÃO, C. M. F. Q.; et al. Cuidados de enfermagem ao paciente renal crônico em hemodiálise. **Rev Rene.** 2014. v. 15. n. 4. Disponível em: < http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/10441/1/2014_art_albclira.pdf>. Acesso em: 26 Mar 2018

GARCIA, V. **Senado Federal: comissões.** Brasília: Agência do Senado, 2015. Disponível em: < <http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2015/09/30/hemodialise-no-pais-vive-um-colapso-alertam-debatedores/tablet>>. Acesso em: 13 Mar. 2017

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HAGEMANN, P. M. S. **O efeito da musicoterapia na qualidade de vida e nos sintomas depressivos do paciente em hemodiálise.** 115f. 2015. Dissertação (Mestrado em psicologia do desenvolvimento e aprendizagem) – Universidade Estadual Paulista, Bauru. Disponível em: < <http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/123948/000830429.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 10 Mar. 2017

HUONGO, A. L. Aplicação da entrevista – fase 3. **Met. De Invest. Edu.** 2014. Disponível em: < <http://mienlopes.blogspot.com.br/2011/01/aplicacao-da-entrevista-fase-3.html>>. Acesso em: 22 Mar. 2017

JOHNSON, R. **Nefrologia Clínica.** 5 ed. Brasil: Elsevier, 2016;

KLUTHCOVSKY, A. C. G.C; KLUTHCOVSKY, F. A. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Rev. Psiquiatria do Rio Grande do Sul,** v. 31, n. 3, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n3s0/v31n3a07s1.pdf>>. Acesso em: 16 Nov. 2017

LIRA, A. L. B. C. et al. Características psicológicas e cognitivas relacionadas aos aspectos clínicos e socioeconômicos dos pacientes em hemodiálise. **Rev. Cub. De Enf.** v. 33, n. 3, 2017. Disponível em: < <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1088>>. Acesso em: 26 Mar 2018

LIRA, C. L. O. B.; AVELAR, T. C.; BUENO, J. M. H. Coping e qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. **Est. Int. em Psi.** Londrina. v. 6, n. 1, 2015; Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eip/v6n1/a07.pdf>>. Acesso em: 01 Mar. 2017

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica.** 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARINHO, A. Associação entre características sociodemográficas e qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Rev. Cuid.** v. 1, n. 9, 2018. Disponível em: < <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/483/902> >. Acesso em: 26 Mar 2018

MUÑOZ, R. L. S. O software estatístico SPSS: Statistical Package Social Sciences. **Est. De Semiol. Méd. e Hist. Da Med.** 2009. Disponível em: < <http://semiologiamedica.blogspot.com.br/2009/10/o-spss-statistical-package-for-social.html> >. Acesso em: 16 Nov. 2017

OLIVEIRA, V. A. et al. Relações familiares de mulheres em hemodiálise. **Rev. Aten. Saúde.** São Caetano do Sul, v. 14, n. 47. Disponível em: < http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/3283 >. Acesso em: 05 Mar. 2017

PEDROSO, B. Cálculo dos escores e estatísticas descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. **Rev. Bra. De Qual. De Vida,** v. 7, n. 2, 2015. Disponível em: < https://www.researchgate.net/publication/269886583_Calculo_dos_escores_e_estatistica_descritiva_do_WHOQOL-bref_atraves_do_Microsoft_Excel >. Acesso em: 26 Mar 2018

REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES. **Dimensionamento dos transplantados no Brasil e em cada estado (2009-2016)**. São Paulo: Associação brasileira de transplante de órgãos, 2016. Disponível em: < <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2016/RBT2016-leitura.pdf> >. Acesso em: 15 Mar. 2017

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2010;

RODRIGUES, P. Prática de atividade física no lazer e condições socioeconômicas no município do Rio de Janeiro. **Rev. Sau. Fís. & Men.** v. 5, n. 2, 2017. Disponível em: < <http://revista.uniabeu.edu.br/index.php/SFM/article/view/3080> >. Acesso em: 26 Mar 2018

SANTANA, M. S. **Função muscular de pacientes renais crônicos em hemodiálise**. 65 f. Monografia (Graduação em Nutrição) – Universidade Federal de Pernambuco. 2016. Disponível em: < <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/23864/SANTANA%2c%20Merielly%20Saeli%20de.pdf?sequence=1&isAllowed=y> >. Acesso em: 26 Mar 2018

SANTOS, R. I.; COSTA, O. R. S. Resiliência em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise. **Rev. Cien. Sau.** v. 6, n. 1. 2016. Disponível em: < <https://goo.gl/dwr12w> >. Acesso em: 10 Mar. 2017

SILVA, G. D. et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: análise de fatores associados. **Rev. Bras. Qual. Vid.** v. 8, n. 3, 2016. Disponível em: < <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/4426/3334> > Acesso em: 9 Mar. 2017

SOARES, K. T. A. S. Eficácia de um protocolo de exercícios físicos em acidentes com insuficiência renal crônica, durante o tratamento de hemodiálise, avaliada pelo SF-36. **Fisio em Mov.**, v. 24, n. 1, 2011. Disponível em: < <https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/21003> >. Acesso em: 29 Mar de 2018;

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **Censo Brasileiro de Diálise**. 2013. Disponível: < <http://www.sbn.org.br/censo-brasileiro> >. Acesso em: 23 Abr 2016

TEIXEIRA, R. S.; SOUZA, M. M. T.; SILVA, P. R. V. C. Percepção do paciente renal crônico sobre o tratamento hemodialítico. **Rev. Pró-Univ.** v. 3, n. 1. 2012. Disponível em: < <http://editorauss.uss.br/index.php/RPU/article/view/502/336> >. Acesso em: 14 de Mar. de 2017

APÊNDICE

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) Senhor (a):

Eu, Evilamilton Gomes de Paula, pesquisador responsável e professor do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN – FACENE/RN, e a aluna Patricia Gleyce Gomes Nogueira Santos estamos desenvolvendo uma pesquisa com o título: “PERCEPÇÃO E MUDANÇAS NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SUBMETIDOS A HEMODIÁLISE”. Tem-se como objetivo geral: Avaliar a qualidade de vida dos pacientes com Insuficiência Renal Crônica em tratamento hemodialítico, tomando por base o setor de hemodiálise do Hospital do Rim em Mossoró-RN. E como objetivos específicos: Estudar o perfil sócio-demográfico dos pacientes em tratamento hemodialítico, com foco no setor de hemodiálise do Hospital do Rim em Mossoró-RN; estudar a qualidade de vida dos pacientes hemodialíticos, identificando as atividades cotidianas e interações sociais ou familiares mais comprometidas; e identificar medidas bem como que possibilitem a melhoria na qualidade de vida dos pacientes citados.

Justifica-se que essa pesquisa deu-se a partir da experiência e/ou a partir da vivência teórico - prática, que surgiu da necessidade de aprofundarmos o conhecimento sobre a qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise, o que acentuou-se a partir do início de meus estágios acadêmicos, que aconteciam no Hospital do Rim.

Desta forma, venho, através deste termo de consentimento livre e esclarecido, solicitar sua participação nesta pesquisa e a sua autorização para utilizar os resultados para fins científicos (monografia, divulgação em revistas e eventos científicos como congressos, seminários e etc.). Nos momentos de coleta de dados os pesquisadores se comprometem a não tirar fotos ou fazer vídeos, de modo a não expor a imagem dos participantes.

Convém informar que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito autonomia referente a liberdade de participar ou não da pesquisa. Você não é obrigado (a) a fornecer informações solicitadas pelo pesquisador participante. Informamos também que a pesquisa apresenta riscos mínimos as pessoas envolvidas, porém os benefícios superam os riscos.

A pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes como constrangimento ou desconforto durante a abordagem, esses aspectos serão minimizados através da escolha adequada para abordagem dos pacientes, respeitando sua privacidade e possibilitando tranquilidade. Caso haja qualquer intercorrência a coleta de dados será interrompida imediatamente.

Já os benefícios dessa pesquisa estão expressos principalmente no intuito de contribuir para uma assistência mais eficaz para os pacientes portadores de doença renal crônica em tratamento hemodialítico uma vez que a análise dos dados pode elucidar estratégias de melhoramento assistencial. Outro aspecto a ser considerado é a contribuição para a comunidade científica já que o conteúdo será estudado e disponibilizado para consulta posterior.

Os pesquisadores e o comitê de Ética em pesquisa desta IES2 estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi o(s) objetivo(s), e a justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que o pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pelo (a) pesquisador

(a) responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do (a) pesquisador (a) responsável.

Mossoró-RN, ____ de _____ de 2018.

Pesquisador responsável/associado

Participante da pesquisa

1Endereço residencial do(a) pesquisador(a) responsável: R. Santa Verônica, 2734, bairro: Santa Delmira, CEP: 59614-700, Mossoró-RN.

2Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone : +55 (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com.br

ANEXO

ANEXO A – Instrumento de coleta de dados

Questionário WHOQOL-brief (World Health Organization Quality of Life- abreviado)

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida

The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref

Instruções

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. Caso você não tenha certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a 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 e 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 pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
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?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

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) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que freqüência 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 PELA SUA COLABORAÇÃO