



Universidade Federal  
de Campina Grande

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

**INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E O IMPACTO NA QUALIDADE  
DE VIDA DA POPULAÇÃO MASCULINA**

LARYSSA LINS DE ARAÚJO

CAJAZEIRAS – PB  
2013

LARYSSA LINS DE ARAÚJO

**INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E O IMPACTO NA QUALIDADE  
DE VIDA DA POPULAÇÃO MASCULINA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Coordenação da  
Graduação em Enfermagem da  
Universidade Federal de Campina  
Grande como requisito para a obtenção  
do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof<sup>ª</sup>. Ms. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

CAJAZEIRAS – PB

2013

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

A663i Araújo, Laryssa Lins  
Insuficiência renal crônica e o impacto na  
qualidade de vida da população masculina./Laryssa  
Lins Araújo. Cajazeiras, 2013.  
60f. : il.

Orientadora: Rosimery Cruz de Oliveira Dantas  
Monografia (Graduação) – UFCG/CFP

1. Insuficiência Renal. 2. Hemodiálise. 3. Saúde do  
homem. I. Dantas, Rosimery Cruz de Oliveira. II.  
Título.

UFCG/CFP/BS

CDU- 616.61-008.6

LARYSSA LINS DE ARAÚJO

**INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E O IMPACTO NA QUALIDADE DE  
VIDA DA POPULAÇÃO MASCULINA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Coordenação da Graduação em Enfermagem  
da Universidade Federal de Campina Grande  
como requisito para a obtenção do título de  
Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Banca Examinadora**

---

**Profª. Ms. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas  
(Orientadora – UFCG)**

---

**Profª. Esp. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro  
(Membro – UFCG)**

---

**Profª. Ms. Eliane de Sousa Leite  
(Membro – UFCG)**

Aos meus pais, Francisca e  
Severino, uma homenagem de gratidão.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a **DEUS**, que sempre esteve presente na minha, vida guiando-me e ensinando sempre o melhor caminho, principalmente nos momentos mais difíceis.

Aos **meus pais**, Francisca Vieira Lins de Araújo e Severino Alves de Araújo, pela total dedicação, sabedoria, amor e companheirismo. A vocês devo tudo que sou e no que irei me tornar. Amo muito vocês.

Ao **meu irmão**, Leonardo Lins de Araújo, pela incrível companhia de todos os dias. Por todas as nossas risadas e brincadeiras.

Aos **meus avós**, em especial para Maria Helena Lins (*in memoriam*), por todo amor e incentivo na minha vida.

À **minha tia**, Maria Nilza da Cruz, pela presença marcante em todos os momentos, pelo cuidado, afeto e carinho.

Aos **demais familiares**, que fizeram parte da minha formação acadêmica e que em mim depositaram toda confiança, fazendo valer ainda mais esta vitória.

Ao **meu namorado**, Adriano de Sousa Costa, pelo apoio incondicional em todas as etapas desta jornada, pela motivação necessária, pelos momentos de felicidade e por tornar este caminho tão especial. Amo você.

Aos **meus amigos**, Gabrielle, Paulinha, Nicole e Tito Lívio, pela amizade sem comparações e por terem se tornado tão especiais nesses quase cinco anos de convivência. Foi um presente maravilhoso ter conhecido e convivido com todos vocês. Levarei sempre comigo um pedacinho de cada um. Vocês são a família que eu pude escolher. Amo vocês meus eternos “pacotinhos”.

Às **minhas amigas**, Dayanne Alencar, Paulinha Abreu, Priscila Dayanne, Alana Batalha, Fabelly Ferreira, Jéssika Roberto, Joseany Feitosa, Lorraine Lacerda, Gradycélia Alcântara e Milena Gabriela, pela amizade dedicada, pelas conversas divertidas, por todas as risadas, enfim pelos grandes momentos que jamais esquecerei.

Às **enfermeiras**, Gerlane Cristinne e Suelânia Queiroga, pelo tempo, paciência e ensinamentos compartilhados e, sobretudo, pela amizade que ficará para sempre.

A **Universidade Federal de Campina Grande**, pela oportunidade de crescimento acadêmico e pelas tantas experiências vivenciadas.

À **minha orientadora**, Rosimery Cruz de Oliveira Dantas, pela dedicação, paciência, incentivo e preocupação na construção desta pesquisa. Foram de fundamental importância todas as conversas e conselhos.

A **todos os professores** que contribuíram para a minha formação com seus conhecimentos e experiências. E em especial a Eliane de Sousa Leite e Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro por aceitarem compor a banca de avaliação desta monografia.

A todos e todas meu muito obrigada.

*Felicidade é nada mais que boa saúde.*

*Albert Schweitzer*



ARAÚJO, Laryssa Lins de. **Insuficiência renal crônica e o impacto na qualidade de vida da população masculina.** Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras – PB – 2013. Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Ms. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas.

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A insuficiência renal crônica (IRC) é uma síndrome metabólica que acarreta uma perda progressiva e irreversível da função renal, resultando na necessidade de um tratamento hemodialítico, sendo a população masculina a mais comprometida pela IRC pelo fato deles não seguirem a risca o tratamento das doenças renais primárias. A IRC afeta de forma contundente a qualidade de vida destes indivíduos, à medida que modifica diversos aspectos do cotidiano dessas pessoas e obriga os pacientes a seguirem diversas diretrizes para que o tratamento dialítico torne-se eficiente. **OBJETIVO:** Avaliar o impacto da insuficiência renal crônica e do tratamento dialítico na qualidade de vida da população masculina de um hospital público na cidade de Cajazeiras. **METODOLOGIA:** Estudo transversal de caráter exploratório, de campo, com abordagem quantitativa, realizado no Centro de Hemodiálise da cidade de Cajazeiras – PB. **RESULTADOS:** A média de idade dos homens avaliados foi de 50,9 anos. O perfil revela que 68,2% dos pacientes são casados; 54,5% são aposentados; 41,0% possui ensino fundamental incompleto; 77,3% está há mais de 12 meses como portador do agravo e em tratamento. No tocante a avaliação da saúde, qualidade de vida e vida sexual, o termo “nem ruim e nem boa” foi a resposta mais prevalente (citado por 59,1%; 63,6% e 54,5% dos pacientes, respectivamente). No tocante a interferência no seu cotidiano, 39,4% do grupo estudado relata não poder mais trabalhar. Com relação ao tratamento, 63,6% defendem a hemodiálise como sendo importante e 59,1% não apresentam nenhum obstáculo para seguir o tratamento. Sobre a avaliação da assistência prestada pelo serviço de saúde, 45,4% dos pacientes a descrevem como “boa” ou “muito boa”. **CONCLUSÃO:** A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos é alterada negativamente com o desenvolver da doença e com o tratamento que é instituído. Os profissionais de saúde precisam entender todas as alterações pelas quais os pacientes passam (metabólicas, físicas, sociais) para que assim possam desenvolver métodos que proporcionem uma melhoria na assistência aos portadores de IRC em tratamento hemodialítico.

Palavras chave: Saúde do Homem. Insuficiência Renal Crônica. Hemodiálise. Qualidade de Vida.

ARAÚJO, Laryssa Lins de. Chronic renal failure and the impact on quality of life on male population. Nursing bachelor's degree thesis - Federal University of Campina Grande, Cajazeiras, Paraíba, 2013. Advisor: Tch. Msc. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Chronic renal failure (CRF) is a metabolic syndrome that leads to a progressive and irreversible loss of kidney function, resulting in the need for hemodialysis, with male population most affected by the CRF in that they do not strictly follow the treatment for primary kidney diseases. The CRF forcefully affects the quality of life of individuals, to the extent that modifies several aspects of the daily lives of these people and requires patients to follow several guidelines for dialysis becomes efficient. **OBJECTIVE:** To evaluate the impact of chronic renal failure and dialysis treatment on quality of life of the male population of a public hospital in the city of Cajazeiras. **METHODS:** Cross-sectional exploratory study, at field, with a quantitative approach, performed in the Hemodialysis Center of Cajazeiras city, Paraíba. **RESULTS:** The mean age of male subjects was 50.9 years. The profile reveals that 68.2% of patients are married, 54.5% are retired, 41.0% have incomplete elementary education, 77.3% is more than 12 months as a carrier of the disorder and under treatment. Regarding the assessment of the health, quality of life and sexual life, the term "neither bad nor good" response was more prevalent (cited by 59.1%, 63.6% and 54.5% of patients, respectively). Regarding the interference in their daily lives, 39.4% of the study group reports can no longer work. With regard to treatment, 63.6% argue hemodialysis is important and 59.1% did not have any obstacles to follow the treatment. On the evaluation of the assistance provided by the health service, 45.4% of patients describe it as "good" or "very good." **CONCLUSION:** The quality of life of patients with chronic renal failure is changed negatively with the development of the disease and with the treatment instituted. Health professionals need to understand all the changes which patients pass through (metabolic, physical, social) so that they can develop methods that provide an improvement to assistance in CRF patients on hemodialysis.

Keywords: Men's health. Chronic renal failure. Hemodialysis. Quality of life.

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Distribuição dos homens segundo o tempo de insuficiência renal crônica e de tratamento hemodialítico.....	<b>29</b>
<b>Gráfico 2</b> - As mudanças mais frequentes nos pacientes após o diagnóstico de IRC.....	<b>34</b>
<b>Gráfico 3</b> - Como os pacientes veem a hemodiálise.....	<b>35</b>
<b>Gráfico 4</b> - Dificuldades enfrentadas pelos usuários do serviço para seguirem com o tratamento.....	<b>36</b>
<b>Gráfico 5</b> - Distribuição percentual da população de estudo referente à assistência prestada pelo serviço de saúde.....	<b>37</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Perfil sócio-demográfico dos homens renais crônicos em tratamento hemodialítico.....	<b>27</b>
<b>Tabela 2</b> - Avaliação da qualidade de vida dos homens com IRC.....	<b>30</b>
<b>Tabela 3</b> - Escala de Likert para a avaliação da qualidade de vida dos homens renais crônicos em tratamento hemodialítico.....	<b>31</b>
<b>Tabela 4</b> - Distribuição dos homens hemodialíticos no tocante ao papel da IRC em suas vidas.....	<b>32</b>
<b>Tabela 5</b> - Avaliação da intensidade com que a IRC atrapalha a vida do homem hemodialítico.....	<b>33</b>
<b>Tabela 6</b> - Escala de Likert para avaliação do quanto a IRC atrapalha a vida do homem hemodialítico.....	<b>34</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**CID 10** – Classificação Internacional de Doenças

**CNS** – Conselho Nacional de Saúde

**DM** – Diabetes Mellitus

**HAS** – Hipertensão Arterial Sistêmica

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IRC** – Insuficiência Renal Crônica

**MS** – Ministério da Saúde

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PNAISH** – A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

**SBN** – Sociedade Brasileira de Nefrologia

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TCLE** – Termo de Compromisso Livre Esclarecido

**QV** – Qualidade de vida

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>17</b>
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>18</b>
3.1 SAÚDE DO HOMEM NO BRASIL .....	18
3.2 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA .....	19
3.3 QUALIDADE DE VIDA E INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA.....	21
3.4 ASSISTÊNCIA AO HOMEM RENAL CRÔNICO EM TRATAMENTO DIALÍTICO .....	22
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>24</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	24
4.2 LOCAL DE PESQUISA .....	24
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	25
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	25
4.5 PROCESSAMENTO DE ANÁLISE DE DADOS.....	26
4.6 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR .....	26
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>27</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>39</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>41</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>46</b>
APÊNDICE A – Termo de Compromisso do Pesquisador.....	
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	
APÊNDICE C - Declaração de Responsabilidade do Orçamento da Pesquisa.....	
APÊNDICE D - Instrumento de Coleta de Dados.....	
<b>ANEXOS.....</b>	<b>58</b>
ANEXO A - Declaração de Autorização Institucional.....	
ANEXO B - Ofício de Encaminhamento do Projeto do Comitê de Ética em Pesquisa.....	

## 1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi criada em agosto de 2009, sob a Portaria GM 1944, e instituída pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Essa política tem como finalidade desmistificar a ideia de que os homens são “imunes às doenças”; fazer com que os profissionais de saúde passem a entender o processo de adoecimento da população masculina e abrir as portas da atenção primária a esse grupo populacional.

Na maioria dos casos, os homens não procuram a atenção primária para tratar as fases mais precoces dos processos patológicos que estão enfrentando, ao invés disso, acabam protelando essa ida e terminam por acessar os serviços de atenção especializada em momentos mais tardios de sua doença. Para o SUS, torna-se um gasto maior, e para o indivíduo pode resultar em agravamento da morbidade pelo retardamento no tratamento. Por isso a PNAISH almeja fortalecer e qualificar a atenção primária para que a atenção à saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis (BRASIL, 2008).

Vários estudos constatam que os homens, em geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres, também possuem taxas de mortalidade superiores às delas, quando analisadas as principais causas de morte apontadas pela Classificação Internacional de Doenças (CID 10) (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Os homens, por adquirirem enfermidades graves e crônicas, têm em geral uma menor aceitação com relação a tratamentos longos, pois esse requer um maior empenho por parte deles, implicando em mudança do estilo de vida. Essa condição leva a uma maior desistência do paciente. Nessa mesma linha de raciocínio, explica-se porque a população masculina não é adepta das ações de promoção e prevenção à saúde.

Nesse contexto insere-se a Insuficiência Renal Crônica (IRC) não por afetar mais homens do que mulheres, mas por esses não seguirem à risca o tratamento, sendo assim, mais prejudicados.

A IRC, devido aos aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos, psicológicos e socioeconômicos, representa um problema de Saúde Pública. É caracterizado pela perda de função renal irreversível e exige tratamento substitutivo como condição única para manutenção da vida (RODRIGUES; BOTTI, 2009).

Quando a função renal se reduz abaixo de 10 a 12%, torna-se necessário o uso de

outros métodos de tratamento da insuficiência renal: diálise ou transplante renal.

Em 2005, eram aproximadamente 65.000 pessoas fazendo diálise no Brasil; em 2009, esse número passou para 77.589 pacientes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2009).

São muitas as dificuldades enfrentadas pelos usuários de diálise renal para seguir o tratamento, pois são várias as mudanças que se operam no seu organismo, podendo-se elencar: o desenvolvimento, em geral, de depressão, comportamento não cooperativo, disfunção sexual, dificuldades relacionadas à ocupação e reabilitação. Neste sentido, a doença compromete o bem-estar físico e social desses clientes, interferindo na qualidade de vida (QV) (RODRIGUES; BOTTI, 2009).

Existem muitos conceitos acerca do tema QV e perpassam pelo entendimento que cada sujeito tem do seu dia a dia. Quando ela está relacionada a doenças graves ou crônicas, essa adquire outras proporções, uma vez que estará relacionada ao impacto que as doenças causarão no cotidiano de cada indivíduo.

A QV não pode ser tomada como um conceito geral, mas entendida dentro da experiência cotidiana e pessoal de cada um dos envolvidos. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), ela é a visão do indivíduo de sua posição na vida no tocante a cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. E isso inclui avaliações tanto positivas quanto negativas (FLECK, 2000).

Atualmente, as atenções começaram a se voltar para uma terapêutica que vise à melhora da QV do portador de nefropatias crônica, como um fator relevante no cenário da terapêutica renal e não apenas a extensão de sua vida (FERNANDES, 2007).

Portadores de distúrbios renais leves, que eventualmente evoluem para uma IRC, podem manter-se assintomáticos durante anos. Esse quadro dificulta o diagnóstico e o encaminhamento para instituições especializadas, bem como a elaboração da melhor estratégia para uma terapia de substituição renal. Por isso a importância de uma abordagem nas unidades básicas com ênfase para a população masculina, principalmente em relação às ações de promoção e prevenção à saúde referente aos distúrbios renais, sobretudo a IRC.

Com base nessas informações e a partir do estágio extracurricular ocorrido na unidade de hemodiálise do Hospital Regional de Cajazeiras surgiu o interesse em desenvolver uma pesquisa sobre o referido tema, com uma abordagem voltada ao grupo populacional masculino, já que estes não são tão presentes na atenção primária à saúde como as mulheres, o que dificulta um diagnóstico precoce.



A partir dessa temática, iniciou-se uma busca por estudos acerca desse assunto e se notou que ainda é insuficiente o número de trabalhos que abordem a QV do homem com IRC submetido a algum tratamento dialítico, tornando-se indubitável a necessidade de enriquecer o conteúdo literário já existente, bem como estudar sobre a IRC e o tratamento hemodialítico, objetivando proporcionar uma nova perspectiva acerca da assistência ao homem, para melhorar, assim, a QV desse grupo.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 GERAL**

- Avaliar o impacto da insuficiência renal crônica (IRC) e do tratamento dialítico na qualidade de vida da população masculina de um hospital público na cidade de Cajazeiras/PB.

#### **3.2 ESPECÍFICOS**

- Identificar o perfil sociodemográfico de homens portadores de insuficiência renal crônica;
- Investigar como ocorre o processo de adesão ao tratamento, suas facilidades e dificuldades;
- Identificar os fatores que interferem na qualidade de vida do homem dialítico.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 SAÚDE DO HOMEM NO BRASIL

A Constituição de 1988, capítulo VIII da Ordem social e seção II do artigo 196 referente à Saúde trata o seguinte: “Saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A partir desse artigo surgiram políticas nacionais voltadas para a melhoria da saúde pública, entre elas destaca-se a Política Nacional de Atenção Básica, que é caracterizada por um conjunto de ações de saúde de caráter individual e coletivo, que englobam a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

Foram criadas políticas de atenção básica para as mulheres (incluindo gestantes e puérperas), crianças, adolescentes e idosas. Porém a população masculina não foi beneficiada com uma política de ações voltadas para o atendimento desses pacientes, contribuindo para as desigualdades de acesso aos serviços de saúde.

A cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens. Quando comparado com as mulheres, o tempo de vida deles é 7 a 6 anos menor. Estudos comprovaram que os homens são mais vulneráveis às doenças, especialmente às enfermidades graves e crônicas. Essa ocorrência está ligada ao fato de que eles recorrem menos frequentemente do que as mulheres aos serviços de atenção primária e só procuram o sistema de saúde, quando o quadro se agrava (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde (MS), reconhecendo a necessidade da implantação de ações voltadas para o grupo populacional masculino, criou em agosto de 2009 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) (BRASIL, 2009).

Entre os muitos desafios da PNAISH está a captação dessa população para os serviços de atenção primária. Figueiredo e Schraiber explicam (p. 936, 2011):

Os homens consideram o ambiente das unidades básicas de saúde feminilizados, o que provoca neles a sensação de não pertencimento àquele espaço. Da parte dos serviços, estudos mostram que o sistema de cuidados constrói um comportamento de saúde dentro da referência dominante de atribuições de gênero, levando à invisibilidade dos homens. Com isso, os serviços de atenção primária apresentam dificuldades para acionar práticas de prevenção e promoção da saúde dos homens.

Questionados sobre o porquê de não frequentarem as unidades de saúde tanto quanto deveriam, a maioria dos homens responderam: “a mulher se cuida mais do que o homem” e “o homem não foi muito criado para se cuidar” (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Com base nesse questionamento, pode-se afirmar que, por questões de estereótipos de gênero estabelecidos há séculos em nossa cultura, ideais foram construídas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. Assim sendo, a doença é vista como um sinônimo de fraqueza e fragilidade que os homens não aceitam como pertencentes a sua própria natureza biológica.

Por conta desse pensamento, o homem acredita ser invulnerável, o que termina por contribuir com a falta de cuidado a si mesmo, expondo-se mais a situações de risco (BRASIL, 2008). Isso se liga também ao fato de que, em uma consulta preventiva, poder-se-á descobrir uma doença grave, sendo assim, “não saber” é uma forma de “proteção”, segundo o imaginário masculino.

Existem várias razões para a não procura da população masculina pela atenção primária: “os horários de funcionamento que coincidem com o horário de trabalho”. Porque uma das principais preocupações masculinas é a subsistência familiar, principalmente, para os indivíduos de baixa renda, reforçando a ideia de que o homem é o único responsável pelo sustento da família. Porém, atualmente, a maioria das mulheres, de várias categorias socioeconômicas, está inserida no mercado de trabalho, fazendo parte da força produtiva, e, mesmo assim, frequentam os serviços de saúde regularmente (BRASIL, 2008); outra é o fato das filas, pois não tem paciência e também a demora no atendimento na maioria das unidades, que acaba por atrapalhar a rotina de trabalho do grupo populacional masculino.

### 3.2 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

A IRC é uma síndrome metabólica decorrente de uma perda lenta, progressiva e irreversível da função renal. Na sua fase mais avançada, conhecida como fase terminal, os rins já não são capazes de manter as funções regulatórias, excretórias e endócrinas. O diagnóstico da IRC é realizado a partir da identificação dos grupos de risco, presença de microalbuminúria, proteinúria, hematúria e redução do ritmo de filtração glomerular (RFG), posteriormente avaliado através de um teste laboratorial denominado *clearance* da creatinina sérica (PENNAFORT, 2010).

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2004), os principais fatores de risco para a IRC são: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), glomerulonefrite crônica, nefropatia túbulo-intersticial crônica (pielonefrite), necrose cortical

renal e processos renais obstrutivos crônicos (litíases). São esses fatores que determinam a cronologia necessária para que uma lesão renal atinja as fases avançadas da IRC.

Segundo Romão Júnior (2004), para fins clínicos e didáticos, a IRC é dividida em estágios funcionais, que variam de acordo com o grau de comprometimento da função renal do paciente:

- Lesão com função renal normal - a filtração glomerular está preservada, com ritmo acima de 90 ml/min/1,73m<sup>2</sup>.
- Insuficiência renal funcional ou leve - início da perda de função renal. Os níveis de ureia e creatinina plasmáticos se mantêm normais e somente métodos específicos de avaliação da função do rim detectam estas anormalidades. Os rins conseguem manter um ritmo de filtração glomerular entre 60 e 89 ml/min/1,73m<sup>2</sup>.
- Insuficiência renal laboratorial ou moderada - os sinais e sintomas da uremia estão presentes de maneira discreta, onde o paciente se encontra clinicamente bem. Mantêm um ritmo de filtração glomerular compreendido entre 30 e 59 ml/min/1,73m<sup>2</sup>.
- Insuficiência renal clínica ou severa – já existem sinais de disfunção renal, com ênfase para anemia, HAS, edema, fraqueza, mal-estar e os sintomas digestivos. O ritmo de filtração glomerular situa-se entre 15 a 29 ml/min/1,73m<sup>2</sup>.
- Fase terminal de insuficiência renal crônica - os rins já não conseguem controlar o meio interno, tornando-se incompatível com a vida. Há intensos sintomas. A terapêutica é a depuração artificial do sangue (diálise peritoneal ou hemodiálise) ou o transplante renal, pois o ritmo de filtração glomerular é inferior a 15 ml/min/1,73m<sup>2</sup>.

Após um período com sintomas crescentes da IRC o paciente não consegue manter o estilo de vida razoável à base de medicação e dieta, sendo necessária a instalação da diálise. Esta consiste em um processo artificial que realiza as funções outrora desenvolvidas pelos rins de extração das substâncias tóxicas do sangue e do excesso de água do corpo (RODRIGUES; BOTTI, 2009). Há dois métodos de diálise: hemodiálise e a diálise peritoneal. Neste estudo será abordado apenas o tratamento hemodialítico.

No processo de hemodiálise, a circulação do sangue é realizada de forma extracorpórea através de um equipamento denominado dialisador, responsável pela filtragem do sangue. Para a sua realização é criada cirurgicamente uma fístula arteriovenosa, que através de uma membrana artificial separa o sangue do dializado e o remove juntamente com substâncias residuais e tóxicas. Já filtrado o sangue é devolvido ao corpo. Já na diálise peritoneal, é introduzido um cateter até o espaço peritoneal, através de uma pequena incisão,

por onde é infundida uma substância líquida. A mesma é deixada no espaço peritoneal tempo necessário para que os produtos residuais provenientes da circulação do sangue sejam filtrados, passando em seguida à drenagem e substituição do produto (ANDREOLI; NADALETTO, 2013).

### 3.3 QUALIDADE DE VIDA E INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

O universo acerca da qualidade de vida (QV) se expressa como uma área multidisciplinar que envolve desde as mais variadas formas de ciência e conhecimento popular até conceitos que fazem parte do cotidiano das pessoas de uma maneira geral (ALMEIDA et al., 2012).

Na conceituação recente adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a QV foi definida como a visão que o indivíduo tem sobre o seu posicionamento na vida em relação à cultura e aos sistemas de valores que fazem parte do seu cotidiano, e no que diz respeito a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008).

Porém, para se compreender realmente o que é QV é necessário manter inter-relação com inúmeros campos do conhecimento humano, biológico, social, político, econômico, médico, entre outros. Embora se tenha muitas definições acerca desse tema, essas nem sempre são concordantes; visto que esse assunto constitui uma área de pesquisa recente por isso encontra-se em processo de afirmação de fronteiras e conceitos. Essas definições sobre QV podem ser um tanto amplas, compreendendo vários fatores; quanto restritas, delimitando alguma área específica (ALMEIDA et al., 2012).

A QV das pessoas está diretamente relacionada ao conforto e ao bem-estar. Desse modo, fatores físicos, biológicos, psicológicos, sociais e culturais irão tornar a percepção e o entendimento sobre QV relativo e variável. Assim, indivíduos portadores de IRC sofrem uma influência ainda maior dessas condições, posto que a vida dessas pessoas está na dependência de uma máquina e, portanto, o cotidiano delas passa a ser controlado em função das restrições impostas pela doença. A dependência contínua do tratamento paliativo de diálise interfere no trabalho, nos estudos, na renda, nas atividades sociais, no relacionamento com a família e na autoestima (MENDES, 2002).

Por essa razão, muitos pacientes acabam adquirindo algum tipo de problema psicológico como: depressão, demência, distúrbios relacionados com drogas e álcool, ansiedade e distúrbios psicóticos coexistentes. Desses, a depressão é a mais comum e

preocupante pelo fato de poder evoluir para um suicídio ou abandono do tratamento, se não for percebida e tratada a tempo (FRAZÃO; RAMOS; LIRA, 2011).

A atuação da equipe de enfermagem se faz indispensável nesse quesito, tanto para identificar esses grupos como para estabelecer ações assistenciais e educativas, a fim de prevenir os agravos e evitar o encaminhamento tardio para atenção especializada e, conseqüentemente, a evolução da IRC para estágios mais avançados e irreversíveis (RIELLA, 2003; OLIVEIRA; GUERRA; DIAS, 2010).

Porém, cada indivíduo possui um modo particular de se relacionar com a IRC, que vai depender de fatores psicológicos, do ambiente no qual esse se insere, se possui ou não apoio por parte da família e das organizações de saúde. Sendo assim, cada paciente enfrenta a doença de uma maneira distinta, guiado pelas percepções da QV: ou ele enfrenta de modo positivo que é ter uma visão do conhecimento sobre a doença e as possíveis formas de enfrentamento ou de forma negativa que se relaciona à negação da doença (HIGA et al., 2007).

QV não se restringe apenas às condições objetivas de que dispõem os indivíduos, muito menos no tempo de vida, mas no significado e relevância que dão a essas condições e à forma como vivem. Nessa concepção, a visão sobre QV é variável em relação a grupos ou sujeitos, por exemplo, pessoas saudáveis ou doentes. Sendo assim, o termo está relacionado ao significado que damos às condições objetivas da vida (ALMEIDA et al., 2012).

Assim sendo, pacientes em uso de algum tipo de diálise possuem melhor ou pior QV de acordo com o grau de dependência da máquina. Assim, alguns, ainda que dependentes (relacionada ao tipo de tratamento), conseguem realizar suas atividades cotidianas; outros, porém, tornam-se deprimidos e/ou com sentimentos de autopiedade relacionados à doença e ao tratamento.

### 3.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À HOMENS EM TRATAMENTO DIALÍTICO

Os homens possuem uma dificuldade maior em seguir tratamentos longos. Diante disso, a equipe precisa estar preparada para receber e assistir essa população da melhor forma possível.

Após a descoberta da doença, muitos pacientes tornam-se, em geral, angustiados, irritados ou desesperados e, na maioria das vezes, por essas razões ou por falta de orientação, acabam abandonando o tratamento ou o autocuidado. Para evitar esse tipo de comportamento não cooperativo, a equipe multiprofissional, os familiares e, principalmente, os pacientes

devem estar atentos a qualquer dificuldade relacionada ao tratamento, para que esses se ajustem de forma positiva ao novo estilo de vida e assumam o controle do tratamento (FRAZÃO; RAMOS; LIRA, 2011).

Segundo Resende et al. (2007), a assistência prestada deve ser coordenada pelo enfermeiro, devendo esse distinguir as necessidades de cada um, buscando formas de adequar cada tratamento; bem como, a garantia de uma melhor QV. Esse cuidar individualizado está relacionado diretamente a uma maior qualidade da assistência prestada, sendo possível através do processo de enfermagem.

A assistência da enfermagem tem por objetivo, neste setor, identificar e monitorar os vários efeitos adversos da diálise e complicações decorrentes da própria doença, desenvolvendo ações educativas de promoção, prevenção e tratamento (OLIVEIRA et al., 2008).

Essas ações incluem realização da restrição alimentar, manutenção de veias do braço não dominante para acesso vascular, cuidado com ingestão de substância nefrotóxicas, manutenção do quadro vacinal preventivo de patologias oportunistas como: gripe, hepatite B, pneumonia; esclarecer sobre formas de terapias renais substitutivas, além de fornecer apoio emocional quando necessário (OLIVEIRA; GUERRA; DIAS, 2010).

O enfermeiro, como educador e incentivador, tem a função primordial de informar cada paciente, de acordo com suas condições clínicas, sobre a doença, o autocuidado e os sinais/sintomas decorrentes dessa enfermidade, e as melhores formas de controle e enfrentamento (PACHECO; SANTOS, 2005).

Uma orientação básica e fundamental para o paciente em tratamento hemodialítico é com relação ao ganho de peso interdialítico. Isso porque, a IRC provoca alterações significativas no metabolismo de todos os nutrientes, incluindo o potássio, o fósforo e o sódio, portanto a restrição desses contribui de forma positiva para a evolução favorável dessa patologia. Assim, a ingestão hídrica deve girar em torno de 2 a 5% do peso seco. (OLIVEIRA; GUERRA; DIAS, 2010).

Dessa maneira, torna-se evidente que tanto a ação educativa quanto a assistência de enfermagem para o paciente renal crônico são de grande importância, pois, muitas vezes, esse cuidado da equipe significa estabelecer um relacionamento interpessoal, onde o paciente adere melhor ao tratamento e tem sua vida prolongada (RODRIGUES; BOTTI, 2009).



## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Realizou-se uma pesquisa transversal de caráter exploratório, de campo, com abordagem quantitativa.

O estudo transversal descreve o indivíduo de uma população com relação às suas características pessoais e histórias de exposição a fatores causais suspeitos (RODRIGUES, 2007). A pesquisa com caráter exploratório é aquela caracterizada por desenvolver e esclarecer ideias, e tem por objetivo oferecer uma visão mais ampla de um determinado tema.

Para Gonsalves (2007), a pesquisa de campo é aquela que pretende buscar a informação diretamente com a população pesquisada, exigindo do pesquisador um encontro mais direto.

Segundo Richardson et al. (2010), o método quantitativo é definido pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas. Buscando assim, uma maior precisão dos resultados e evitando problemas como distorções de análise e interpretação.

### 4.2 LOCAL DE PESQUISA

O presente estudo foi realizado no alto sertão da Paraíba, na cidade de Cajazeiras, com homens atendidos pelo serviço de hemodiálise da referida cidade. Segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2010) esta se localiza a 477 km da capital, João Pessoa, apresenta uma área territorial de 565.896km<sup>2</sup> e uma população estimada em 58.446 habitantes, sendo 27.938 homens e 30.508 mulheres.

Atualmente, o centro de hemodiálise atende a 15 municípios circunvizinhos, totalizando 53 pacientes, sendo 27 homens. Possui uma equipe formada por médicos, enfermeiras e técnicos de enfermagem. Dispõe de duas salas brancas com doze máquinas e funciona de segunda a sábado em dois turnos (segunda, quarta e sexta) e em três turnos (terça, quinta e sábado).

#### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Participaram desta pesquisa homens diagnosticados com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. A população alvo foi constituída por 53 (cinquenta e três) pacientes. A população de estudo foi composta de homens em tratamento hemodialítico, totalizando 27. O tamanho inicial da amostra constituía-se de 27 pacientes, porém finalizou-se com 22 sujeitos, após a utilização dos critérios de inclusão e exclusão e do direito a recusa de participação que os mesmos possuem.

Foram incluídos neste estudo os homens diagnosticados com insuficiência renal crônica (IRC) em tratamento hemodialítico, há no mínimo três meses, que concordaram em participar voluntariamente. Foram adotados como critérios de exclusão: existência de distúrbios que impossibilitem suas faculdades mentais, internação hospitalar e qualquer condição que impossibilite a comunicação ou preenchimento do questionário.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

Para Marconi e Lakatos (2010), a coleta de dados é a etapa da pesquisa em que se inicia a aplicação dos instrumentos elaborados e das técnicas selecionadas.

Após a aprovação do comitê de ética e pesquisa foi realizada a coleta de dados no Centro de Hemodiálise de Cajazeiras, cujos homens foram abordados durante as sessões de hemodiálise nos horários de funcionamento do serviço, de acordo com a disponibilidade de cada participante. Para tanto foi utilizado um questionário estruturado, dividido em dois blocos: as informações sociodemográficas e a QV do homem renal crônico.

O instrumento foi respondido de próprio punho pelos participantes. Nos casos de sujeitos de baixo nível escolar, portadores de dificuldade visual e/ou escrita, a pesquisadora aplicou as questões e registrou as respostas, possibilitando assim a inclusão dos mesmos. Foi utilizado, na aplicação dessa conduta, o uso de um gravador para manter a fidedignidade das respostas.

#### 4.5 PROCESSAMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Logo após a coleta de dados, foi realizado o processo de seleção (exame dos dados) e tabulação (disposição dos dados em tabela e gráficos) e a análise dos mesmos (MARCONI; LAKATOS, 2010). Para a análise dos dados foi utilizado o Microsoft Office Excell 2007, que serviu para agrupamento dos dados, análise estatística e construção dos gráficos. Na construção das tabelas foi utilizado o Microsoft Office Word 2007. Para o tratamento estatístico, adotou-se o método descritivo, utilizando-se como medida de tendência central a média, e como medida de análise a proporção. Optou-se, também, para as variáveis que puderam ser colocadas em unidade escalar, o método da escala de Likert, que foi construída para medir os níveis de satisfação de produtos e serviços a partir do grau de concordância ou discordância (MATTAR, 2005).

Por fim, o estudo foi utilizado para avaliar a satisfação com a vida dos portadores de IRC, utilizando-se valores de 1 a 5, sendo 1 o pior e 5 o melhor. Após esse procedimento se fez a discussão dos dados tendo como referencial a literatura pertinente ao tema.

#### 4.6 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR

A pesquisa foi realizada com base nas normas e diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 do Código de Ética em Pesquisa com seres humanos, que garantiu o total sigilo, respeito e anonimato dos participantes, bem como o direito a recusa ou desistência em qualquer momento da pesquisa. Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes da aplicação do questionário.

A resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196 (BRASIL, 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.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para a análise dos dados optou-se por fazê-la em três blocos: sociodemográficos, QV e qualidade da assistência prestada pelos profissionais do referido centro.

Nos dados sociodemográficos e qualidade da assistência utilizou-se a estatística descritiva com média e proporção; para QV optou-se pela escala de Likert.

As variáveis consideradas na avaliação dos dados sócio-demográficos foram: idade, estado civil, profissão/ocupação e escolaridade, como mostra a tabela abaixo:

**Tabela 1** - Perfil sócio-demográfico dos homens renais crônicos em tratamento hemodialítico.

<i>VARIÁVEL</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Idade</b>		
20 – 35	6	27,2
36 – 50	4	18,2
51 – 65	9	41,0
mais de 65	3	13,6
<b>Média</b>	<b>50,9</b>	-
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	5	22,8
Casado	15	68,2
Viúvo	1	4,5
Divorciado	1	4,5
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>
<b>Profissão/Ocupação</b>		
Aposentado	12	54,5
Segurado	10	45,5
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>
<b>Escolaridade</b>		
Não alfabetizado	5	22,7
Ens. Fund. Incompleto	9	41,0
Ens. Fund. Completo	3	13,6
Ens. Médio Completo	3	13,6
Superior	2	9,1
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

**FONTE:** Dados da pesquisa/2013

A média de idade dos homens avaliados ficou em 50,9 anos. Na amostra, 45,4% (n=10) estão abaixo da média e 54,6% (n=12) estão acima da média. Esse resultado foi concordante com o Censo de 2011 da Sociedade Brasileira de Nefrologia, onde a faixa etária mais afetada pela IRC foi de 19 a 64 anos, totalizando 66,9%.

Isso representa homens jovens em idade produtiva que se encontram impossibilitados de trabalhar, tanto em decorrência das limitações físicas provenientes da doença quanto pela rotina de tratamento, que necessita de um período longo (em média quatro horas), três vezes por semana, não restando, assim, muito tempo para compromissos sociais ou formação profissional. Corroborando com esse pensamento, Lara e Sarquis (2005) destacam a necessidade de acrescentar o tempo necessário para a recuperação dos sintomas imediatos após a hemodiálise.

Em relação ao estado civil, verificou-se que 68,2% (n=15) são casados; 22,8% (n=5) são solteiros; 4,5% (n=1) viúvos e 4,5% (n=1) divorciados. Esses resultados coincidem com os apontados por Martins; Cesarino, (2005); Yang et al. (2005) onde entre os pacientes renais crônicos que realizam hemodiálise, os casados são em maioria.

De uma maneira geral, a base familiar significativa e as relações sociais saudáveis são imprescindíveis, para que o paciente renal crônico consiga enfrentar a doença e o seu tratamento; pois esse vínculo social exerce influência na manutenção da saúde mental desses pacientes, já que a depressão e outros transtornos mentais são comuns em portadores de IRC.

No tocante a variável profissão/ocupação, 54,5% (n=12) dos portadores são aposentados e 45,5% (n=10) do total estão assegurados através da licença saúde. Vale ressaltar que essa é uma realidade entre os pacientes renais crônicos que realizam tratamento hemodialítico, sendo a aposentadoria vista como uma imposição devido ao comprometimento físico proveniente da IRC, muitas vezes vista como uma condição de invalidez, gerando no indivíduo pensamentos negativos para a manutenção do seu cotidiano, além de visualizar-se como inútil para a sociedade e um fardo para a família.

A sociedade espera que o homem seja produtivo e dê sua contribuição para o crescimento social através do seu trabalho, e, para a grande maioria dos indivíduos, a atividade laboral proporciona realização e valorização pessoal (CARREIRA; MARCON, 2003).

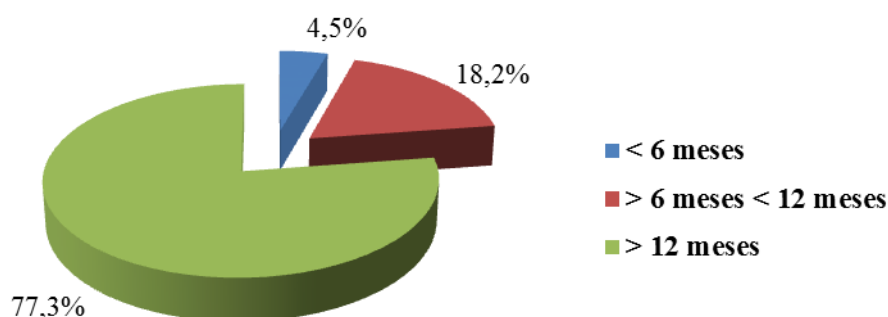
Quanto ao quesito grau de escolaridade, 22,7% (n=5) são analfabetos; 41,0% (n=9) possuem o ensino fundamental incompleto; 13,6% (n=3) o ensino fundamental completo; 13,6% (n=3) o ensino médio completo e apenas 9,1% (n=2) nível superior completo.

Esses dados revelam que 63,7% (n=14) dos entrevistados possuem baixo grau de escolaridade. Trentini et al. (2004) afirma que a condição que representa uma maior preocupação por parte dos profissionais da saúde, diz respeito à utilização de uma linguagem acessível para que esses pacientes possam entender e, ainda mais importante, utilizar essas informações em seus cotidianos como, por exemplo, para a prevenção de complicações

decorrentes do tratamento.

Além disso, existe também a relação nível educacional e QV, onde pessoas com grau de escolaridade menor possuem mais dificuldade de adaptação emocional com relação à doença e suas possíveis complicações do que indivíduos com mais anos de estudo. Sendo assim, o grau de escolaridade mais elevado está diretamente ligado a melhor QV dos pacientes.

**Gráfico 1** – Distribuição dos homens, segundo o tempo de insuficiência renal crônica e de tratamento hemodialítico.



**FONTE:** Dados da pesquisa/2013

Os dados do gráfico 1 revelam que o tempo de doença e de tratamento da IRC dos pacientes são iguais, com predominância de 77,3% (n=17) maior que 12 meses, seguido de 18,2% (n=4) superior a 6 meses e menor que 12 meses e 4,5% (n=1) menor que 6 meses.

Como se pode perceber a maioria dos homens encontra-se em tratamento hemodialítico há mais de um ano, implicando numa maior adaptação à doença e ao tratamento, já que pacientes mais recentes no tratamento apresentam maior dificuldade de aceitação e compreensão do agravo. Isso porque indivíduos com maior tempo de permanência em tratamento hemodialítico acabam desenvolvendo estratégias que auxiliam no enfrentamento da IRC e das eventuais complicações do tratamento.

Gomes (1997) reforça esse pensamento quando afirma que a maior convivência com o tratamento faz com que a hemodiálise se torne mais “suportável” e até mesmo “natural”. Terra (2007) destaca que de maneira contrária, os indivíduos com menos tempo de tratamento se mostram irritados, desconfortáveis e muitas vezes frustrados com o único desejo de adaptação rápida para minimizar a angústia.

**Tabela 2** – Avaliação da qualidade de vida dos homens com IRC.

VARIÁVEL	Muito ruim	%	Ruim	%	Nem ruim, nem boa	%	Boa	%	Muito boa	%
Saúde	1	<b>4,5</b>	5	<b>22,8</b>	13	<b>59,1</b>	2	<b>9,1</b>	1	<b>4,5</b>
Vida	0	<b>0</b>	6	<b>27,3</b>	14	<b>63,6</b>	2	<b>9,1</b>	0	<b>0</b>
Vida Sexual	4	<b>18,2</b>	6	<b>27,3</b>	12	<b>54,5</b>	0	<b>0</b>	0	<b>0</b>

**FONTE:** Dados da pesquisa/2013

Com relação à saúde, a maioria 59,1% (n=13) considera nem ruim, nem boa. Esses resultados coincidem com os apresentados por Terra (2007), onde os pacientes renais crônicos avaliaram a qualidade de sua saúde como “nem satisfeito, nem insatisfeito” com um escore médio de 3,10.

A partir das entrevistas, percebeu-se que muitos pacientes se encontravam insatisfeitos com sua saúde, porém não admitiam pelo fato de que, segundo eles, “classificar a saúde como ruim é ruim”. Isso mostra o processo de complexidade para esses indivíduos de assumir a condição de saúde em que se encontram, pois acabam envolvendo sentimentos de culpa, na maioria das vezes pela questão financeira, e medo pelo desconhecido. Por essa razão algumas pessoas não aceitam a doença, apenas a toleram.

Vale salientar que cada pessoa apresenta diferentes reações frente à determinada doença, e que a necessidade de reaprender a viver torna-se indispensável para todos (TERRA, 2007).

Quanto à questão da QV, 63,6% (n=14) apontam como nem ruim, nem boa; 9,1% (n=2) como boa e 27,3% (n=6) como ruim. Segundo Santos (2006), os portadores de doenças crônicas, geralmente, utilizam estratégias racionais para o enfrentamento da doença isso resulta em uma percepção mais valorizada do dia a dia e, assim, da QV.

Dessa forma, como já mencionado anteriormente, indivíduos que possuem relações familiares e sociais estruturadas relatam uma melhor QV, tornando essas relações importantíssimas para a manutenção da saúde mental deles.

Vale destacar que os indivíduos portadores de IRC necessitam aprender a conviver com a patologia, as limitações decorrentes dela e com o tratamento que altera sua rotina e estilo de vida, em maior ou menor intensidade. Essas mudanças, na maioria das vezes, refletem de forma negativa na QV dessas pessoas.

Dessa maneira, a QV bem como a felicidade estão ligadas às expectativas e aos planos de vida de cada sujeito. Assim, o que para uma pessoa pode ser uma vida de boa qualidade;

para outra, pode não ser (KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2005). Bittencourt (2004) corrobora afirmando que em alguns pacientes a doença se encontra em fases mais avançadas e a existência de sintomas pode influenciar diretamente na sua percepção de QV, já que com o tratamento de hemodiálise nem todos os sintomas são eliminados.

Em relação a variável vida sexual, 54,5% (n=12) pontuaram como nem ruim, nem boa; 27,3% (n=6) como ruim e 18,2% (n=4) como muito ruim.

Sabe-se que o portador de IRC sofre várias alterações nos níveis hormonais, no sistema circulatório, nervoso e nos níveis de energia o que, muitas vezes, acarreta a diminuição no interesse e no desempenho sexual. Somado a esses fatores, ainda estão os medicamentos utilizados no tratamento da doença que também podem afetar o funcionamento sexual (RIELLA, 2011).

Por essa razão, Yang et al (2005) afirma que os pacientes em tratamento hemodialítico com o passar dos anos se sentem pior em relação a vida sexual.

Com isso, afirma-se que a insatisfação sexual dos pacientes hemodialíticos torna-se uma complicação que pode prejudicar sua QV. Indicando, assim, a necessidade da observação constante dos indivíduos, de modo a identificar alterações que surgem no cotidiano, permitindo intervenções imediatas.

**Tabela 3** – Escala de Likert para a avaliação da qualidade de vida dos homens renais crônicos em tratamento hemodialítico.

VARIÁVEL	Muito ruim (1)	Ruim (2)	Nem ruim, nem boa (3)	Boa (4)	Muito boa (5)	TOTAL	Média da ESCALA
Saúde	1	10	39	8	5	<b>63</b>	<b>4,2</b>
Vida	0	12	42	8	0	<b>62</b>	<b>4,1</b>
Vida Sexual	4	12	36	0	0	<b>52</b>	<b>3,5</b>

**FONTE:** Dados da pesquisa/2013

A partir dos dados da tabela 3, a avaliação dos pacientes sobre a qualidade da saúde obteve uma média de 4,2 pela escala de Likert, mostrando que esses indivíduos classificam sua saúde como boa, e, portanto, encontram-se satisfeitos. Esses dados diferem do que foi exposto anteriormente, quando os sujeitos classificaram sua saúde como nem ruim, nem boa.

A variável QV recebeu 4,1 de média, o que classifica a população estudada como satisfeitos. Justificando-se através da ideia de que os indivíduos portadores de enfermidades



crônicas, ao longo do tempo, passam por uma adaptação psicológica que os permite enxergar a vida como mais valorizada.

E por fim, o quesito vida sexual ficou com uma média de 3,5, concluindo a satisfação dos entrevistados, embora se entenda que muitos deles possam ter omitido suas insatisfações, por vergonha ou receio de assumir sua condição de saúde, o que para alguns pode ser visto como assustador.

Para a população masculina falar da sua sexualidade quando não enfrentam nenhum problema de saúde é fácil, porém, quando a doença está presente, enfrentam-se dificuldades em abordar o assunto, pois os homens mascaram suas insatisfações gerando a não fidedignidade dos resultados (FRANCO, 2011). Sem contar que assumir sua vulnerabilidade sexual fere diretamente sua masculinidade já que ambas estão diretamente relacionadas.

**Tabela 4** – Distribuição dos homens hemodialíticos no tocante ao papel da IRC em suas vidas.

VARIÁVEL	SIM	%	NÃO	%
Atrapalha a vida	19	<b>86,4</b>	3	<b>13,6</b>
Atrapalha o cotidiano	21	<b>95,5</b>	1	<b>4,5</b>
Deixou o lazer	19	<b>86,4</b>	3	<b>13,6</b>
Interrupção da vida sexual	4	<b>18,2</b>	18	<b>81,8</b>

**FONTE:** Dados da pesquisa/2013

No tocante ao papel da IRC na vida dos entrevistados, somente na variável vida sexual 81,8% (n=18), a doença não atrapalha. Todavia a IRC atrapalha a dimensão vida 86,4% (n=19), cotidiano com 95,5% (n=21) e lazer com 86,4% (n=19).

Grande parte dos entrevistados relata que as maiores restrições ocorrem no papel profissional, já que o tratamento exige uma rotina com diversas limitações, por isso trabalhar acaba sendo inviável. Esse fato gera insatisfação e transtornos pessoais, visto que o indivíduo acaba por se sentir excluído do convívio social.

Outras atividades cotidianas como os afazeres domésticos e atividades escolares, também sofrem alterações significativas por conta da doença e do tratamento devido às dificuldades físicas enfrentadas pelo portador de IRC.

Para Mendonça e Lima (2008), essas pessoas enfrentam a perda da funcionalidade ou da capacidade de realizar tarefas básicas do dia a dia, como: andar, comer, tomar banho sozinho, isso ocorre principalmente no início do tratamento, e melhora ao longo do processo

terapêutico, a partir do controle dos sintomas e do estado de saúde. Entretanto, existem casos onde o sujeito não consegue recuperar sua capacidade funcional nem sua autonomia, devido o desenvolvimento de co-morbidades associadas a IRC como, HAS e DM.

Quanto ao lazer, em decorrência dos horários de medicação e das especificidades do tratamento hemodialítico, inevitavelmente, ocorrem uma diminuição de passeios e atividades recreativas (CARREIRA; MARCON, 2003). Já que, com o tratamento hemodialítico ocorre também, a sensação de fraqueza ou falta de energia causada pela anemia ou baixa de potássio, por exemplo; o que resulta em comprometimento de várias atividades.

Embora o fato de um paciente renal crônico sobreviver, muitas vezes, por longos períodos, graças aos avanços do tratamento hemodialítico, não quer dizer que ele viva bem. Existem muitas limitações, tanto físicas quanto psicológicas e prejuízos para esse paciente como a participação em atividades de lazer. Para Laurenti (2003), ocorre uma restrição da QV em razão da periodicidade do tratamento contínuo.

Diferentemente da tabela 3, a tabela 4 mostra que a maioria dos homens atestam que a IRC não interrompeu a vida sexual deles, e que não atrapalha suas relações, pois sua libido se mantém preservada. Apesar de se ter observado diversas queixas sobre o assunto.

**Tabela 5** – Avaliação da intensidade com que a IRC atrapalha a vida do homem hemodialítico.

VARIÁVEL	Atrap. Muito	%	Atrap. Médio	%	Atrap. Pouco	%	Atrap. Muito Pouco	%	Não Atrap.	%
Vida	12	<b>54,5</b>	6	<b>27,3</b>	1	<b>4,5</b>	0	<b>0</b>	3	<b>13,6</b>
Cotidiano	12	<b>54,5</b>	6	<b>27,3</b>	3	<b>13,6</b>	0	<b>0</b>	1	<b>4,5</b>
Lazer	9	<b>41,0</b>	7	<b>31,8</b>	3	<b>13,6</b>	0	<b>0</b>	3	<b>13,6</b>

**FONTE:** Dados da pesquisa/2013

Na tabela 5, há um destaque para a intensidade com que a IRC atrapalha a vida do paciente. Sobre a avaliação do papel da IRC, 54,5% (n=12) afirmara que atrapalha muito a vida; 27,3% (n=6) acham que atrapalha médio; 4,5 (n=1) atrapalha pouco e 13,6 (n=3) não atrapalha. Com relação ao cotidiano, 13,6% (n=3) atrapalha pouco e 4,5 (n=1) não atrapalha. E em relação ao lazer, 41,0% (n=9) apontam que atrapalha muito; 31,8% (n=7) dizem que atrapalha médio; 13,6% (n=3) atrapalha pouco e 13,6% (n=3) não atrapalha.

**Tabela 6** – Escala de Likert para avaliação do quanto a IRC atrapalha a vida do homem hemodialítico.

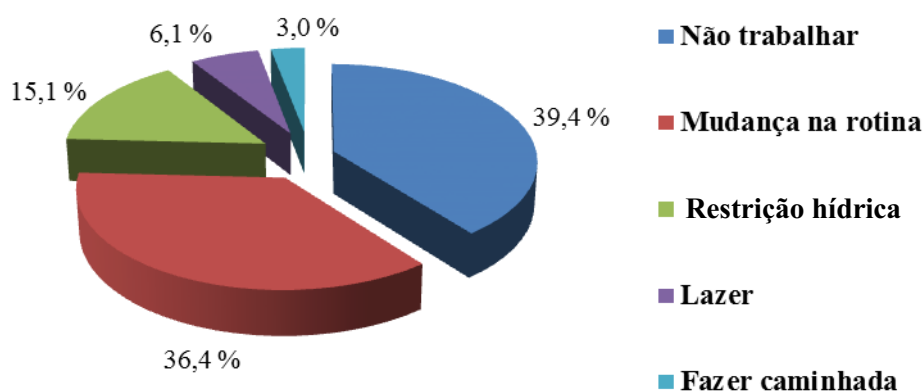
VARIÁVEL	Atrapalha	Atrapalha	Atrapalha	Atrapalha	Não	TOTAL	MEDIA DA ESCALA
	Muito	Médio	Pouco	Muito Pouco	Atrapalha		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
Vida	12	12	3	0	15	<b>42</b>	<b>2,8</b>
Cotidiano	12	12	9	0	5	<b>38</b>	<b>2,5</b>
Lazer	9	14	9	0	15	<b>47</b>	<b>3,1</b>

**FONTE:** Dados da pesquisa/2013

De acordo com a escala de Likert construída para avaliar o papel da IRC na vida do homem em tratamento hemodialítico, as variáveis vida e cotidiano obtiveram médias de 2,8 e 2,5 respectivamente. O que significa insatisfação por parte dos indivíduos entrevistados. Pois, como já mencionado em pontos anteriores, esses itens são os que sofrem mais alterações após o diagnóstico da IRC e o início do tratamento hemodialítico.

Já no quesito lazer, a média foi de 3,1 mostrando que os mesmos estão satisfeitos de um modo geral, mesmo que não seja em grande intensidade.

**Gráfico 2** – As mudanças mais frequentes nos pacientes após o diagnóstico de IRC.



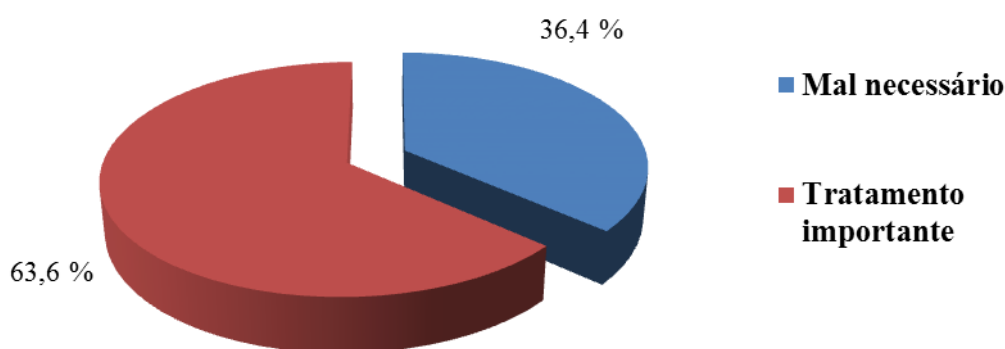
**FONTE:** Dados da pesquisa/2013

Voltando ao exposto, o sujeito em tratamento hemodialítico sofre bruscas modificações na vida e no seu cotidiano em decorrência da patologia e do tratamento hemodialítico.

O gráfico acima representa as mudanças mais frequentes relatadas pelos pacientes. 39,4% (n=13) apontam como sendo o fato de não poderem mais trabalhar a maior diferença em suas vidas; em seguida estão às mudanças na rotina como, por exemplo, os horários das medicações e da hemodiálise, com 36,4% (n=12); depois estão às restrições hídricas com 15,1% (n=5), muitos pacientes queixam-se bastante por não poderem beber líquidos, principalmente água, como antes e por terem que ficar fiscalizando quantos mililitros estão ingerindo. Em seguida, com 6,1% (n=2) estão as atividades de lazer e, por fim, com 3% (n=1) a caminhada, que alguns afirmam não realizarem mais pela falta de energia.

A partir das informações do gráfico 2, percebe-se como a IRC altera todos os aspectos da condição humana. Daí, torna-se indispensável para os pacientes o apoio e incentivo, tanto por parte da família quanto dos profissionais de saúde, para continuarem seguindo o tratamento e as recomendações de autocuidado, buscando, assim, evitar complicações como as co-morbidades e os transtornos mentais (a depressão) que são comuns e que podem influenciar a percepção desses indivíduos sobre a QV.

**Gráfico 3** – Como os pacientes veem a hemodiálise.



**FONTE:** Dados da pesquisa/2013

De acordo com o gráfico, 63,6% (n=14) dos homens acham que a hemodiálise é um tratamento importante, enquanto que 36,4% (n=8) afirmam ser um mal necessário.

A partir das observações feitas durante as entrevistas, percebeu-se que esses pacientes que ainda veem o tratamento hemodialítico de uma forma negativa, em sua maioria, são pessoas jovens, que exerciam uma atividade profissional e que a descoberta da doença e o início da hemodiálise ocorreram a pouco tempo, ou seja, ainda se encontram em processo de

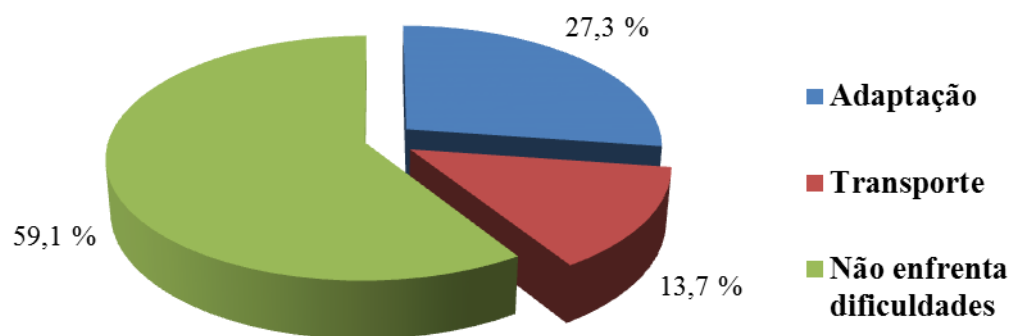
adaptação ao tratamento e as exigências que esse acarreta a suas vidas. Sabe-se que a hemodiálise é uma terapia agressiva que pode causar mal estar, dor de cabeça, entre outros sintomas, porém é um tratamento de importância inquestionável à manutenção da vida dos renais crônicos. Por isso, embora esses indivíduos estejam presos às lembranças de tudo que perderam por causa da IRC e da hemodiálise; no futuro, eles enxergarão o quanto esse tratamento é importante para que possam continuar vivendo com QV, que é o mais importante.

O tratamento dialítico tirou do portador de IRC a sentença de morte, pois trouxe ao sujeito uma melhora no seu prognóstico e um prolongamento da sobrevida do paciente, levando os profissionais a se preocuparem com isso (TERRA; COSTA, 2007).

Atualmente sabemos que a maior preocupação dos profissionais é com a QV proporcionada ao paciente renal crônico, visto que, este se encontra em um momento difícil da vida, com muitas restrições e preso a uma máquina que o mantém vivo.

Diante disso, os profissionais precisam buscar meios de conscientizar esses indivíduos sobre a relevância de atividades educativas, de como o tratamento é importante e necessário para eles, mostrando-lhes que precisam adotar um estilo diferente de vida, onde possam realizar alguma atividade que lhes proporcionem prazer e tragam melhorias na QV.

**Gráfico 4** – Dificuldades enfrentadas pelos usuários do serviço para seguirem com o tratamento.



**FONTE:** Dados da pesquisa/2013

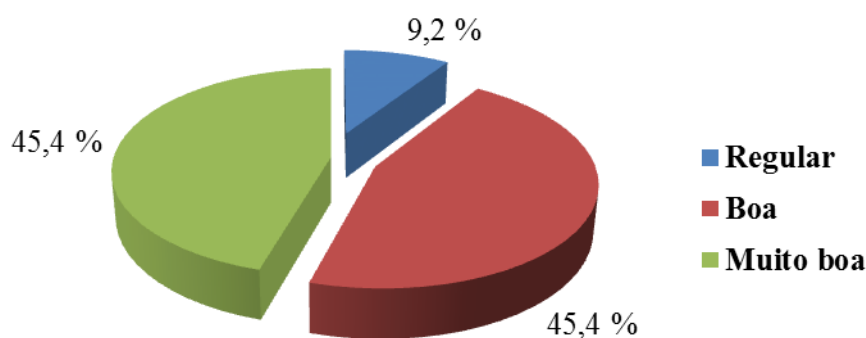
Durante as entrevistas, os homens foram questionados sobre a existência das dificuldades para seguirem com o tratamento: 59,1% (n=13) relataram não haver nenhum obstáculo; 27,3% (n=6) declararam ter problemas com relação à adaptação a nova rotina de

tratamento e 13,7% (n=3) afirmaram possuir dificuldades com o transporte, uma vez que são de cidades circunvizinhas e que, às vezes, a prefeitura da cidade não disponibilizava o veículo para transportá-los ao hospital e assim realizarem as sessões de hemodiálise.

Em relação à adaptação da nova rotina, a maioria dos pacientes, com o passar do tempo, acaba aceitando e, às vezes, achando até natural. Porém, isso vai depender também do suporte dado pelos familiares e profissionais a esses pacientes, tanto na questão física quanto na emocional, visto que eles se encontram fragilizados em ambos os aspectos.

Já em relação ao transporte, os familiares dos pacientes precisam buscar apoio na comunidade ou, até mesmo, junto a organizações para evitar que o renal crônico perca as sessões em virtude da ausência de meios de locomoção.

**Gráfico 5** – Distribuição percentual da população de estudo referente à assistência prestada pelo serviço de saúde.



**FONTE:** Dados da pesquisa/2013

Conforme o gráfico 5, os pacientes avaliaram a assistência prestada pelo serviço de saúde da seguinte forma: 9,2% (n=2) acharam regular; 45,4% (n=10) boa e 45,4% (n=10) muito boa.

Esses dados são de grande relevância, tendo em vista que esses indivíduos passam grande parte do seu tempo no centro de hemodiálise, o que torna de fundamental importância o convívio satisfatório entre profissionais e pacientes. Como a equipe de enfermagem é a que passa mais tempo com os portadores de IRC, é importante e necessário que o enfermeiro e sua equipe, além do papel assistencialista, desempenhem também o papel de educador junto aos portadores de IRC, a fim de proporcionar um maior entendimento sobre seu tratamento,

consequências, alterações de rotina entre outros, e assim de posse de informações pertinentes eles possam conviver melhor com a doença.

Para Terra (2007), o principal motivo da grande satisfação com o tratamento e com a assistência prestada é a atenção individualizada dos profissionais para com os pacientes, pois isso cria um vínculo de afeição, confiança e credibilidade entre as partes.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A insuficiência renal crônica (IRC), inevitavelmente, causa mudanças no estilo de vida dos portadores que vão desde alterações físicas a psicológicas, e que se tornam mais intensas quando associadas ao tratamento hemodialítico. Dessa maneira, esses indivíduos passam a apresentar dificuldades em realizar atividades básicas como comer, andar e se vestir sozinhos, além de passar por transformações na autoestima e nas relações com outras pessoas.

Por isso é importante destacar que, por mais que o paciente esteja desmotivado com toda a situação imposta pela IRC, ele não pode abandonar o tratamento nem desistir da busca por uma melhor QV, apesar do tratamento não eliminar todos os sinais e sintomas da doença.

Com esse estudo, buscou-se avaliar a QV do paciente portador de IRC, e pode-se afirmar que todos os objetivos foram alcançados, e que os resultados permitem se chegar às seguintes conclusões: a média de idade dos homens que realizam tratamento hemodialítico é de 50,9 anos, residem no município de Cajazeiras e cidades circunvizinhas. São casados, possuem o ensino fundamental incompleto, encontram-se aposentados e /ou assegurados; com tempo de IRC e de hemodiálise maior que 12 meses.

Os dados revelam que essa é uma população jovem, em idade produtiva e que se encontra incapacitada de exercer uma atividade laboral e, assim, prestar sua contribuição para o crescimento social. Tal condição provoca imenso desconforto nesses indivíduos, pois os mesmos acabam sentindo-se inúteis tanto para a família quanto para a sociedade e a aposentadoria acaba sendo uma imposição da doença e não uma opção de vida.

O fato de a maioria ser casado é de grande relevância, pois se constatou que o apoio familiar é imprescindível para a saúde mental desses pacientes, além do suporte para adesão ao tratamento, dieta, autocuidado, dentre outros.

Quanto ao grau de escolaridade, percebeu-se que grande parte dos pacientes possui baixo nível educacional e que isso interfere diretamente na QV, já que essas pessoas possuem maior dificuldade na adaptação e compreensão do que o agravo causa nas suas vidas quando comparadas aos indivíduos que possuem mais anos de estudo.

Grande parte dos entrevistados possui mais de um ano de IRC e de tratamento hemodialítico, fazendo com que haja uma melhor adaptação à doença e ao tratamento, situação que se torna mais difícil para aqueles com menor tempo de hemodiálise.

Com relação ao tratamento, os entrevistados demonstraram boa adesão, mesmo àqueles que enfrentavam alguma dificuldade, como adaptação a nova rotina ou problemas com transporte, pois entendiam que esse é um “mal necessário”. Com isso, percebe-se que os



pacientes estão se conscientizando da importância da hemodiálise para suas vidas, bem como da necessidade de seguir as recomendações do tratamento evitando, assim, co-morbidades e trazendo melhorias para a QV.

Os fatores que mais interferem na QV dos nefropatas crônicos, segundo eles, foram destacados como sendo a impossibilidade de exercer uma profissão/ocupação, as mudanças na rotina (medicamentos, hemodiálise, entre outros), as restrições hídricas e a diminuição ou ausência de lazer.

Assim, percebe-se a necessidade de uma atenção mais individualizada à pessoa que passa pelo tratamento da IRC, começando na atenção primária, onde os profissionais desse segmento devem desenvolver métodos que possam incentivar a ida desses indivíduos às unidades.

Embora haja várias pesquisas nessa área, ainda existe a necessidade de novos estudos acerca de todas as questões envolvendo o paciente renal crônico e a nova rotina de vida que ele se encontra, pois parte dos pacientes portadores de IRC em tratamento hemodialítico ainda são pouco informados a respeito de sua doença, do seu tratamento e de formas para melhorar sua QV como, por exemplo, um maior suporte familiar e atenção individualizada por parte dos profissionais.

Com este trabalho espera-se, justamente, provocar um maior interesse e incentivo na realização de novas pesquisas acerca da QV do homem portador de nefropatia crônica em tratamento hemodialítico e, assim, ampliar conhecimentos e métodos que satisfaçam aos anseios de estudiosos e profissionais dessa área.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. A. B. et al. **Qualidade de Vida: definições, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa**. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012. Disponível em: <[http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade\\_vida.pdf](http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf)>. Acessado em 16 de janeiro de 2013.

ANDREOLI, M. C. C.; NADALETTO, M. A. **Diálise**. Sociedade Brasileira de Nefrologia. 2013. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/leigos/index.php?dialise&menu=8>>. Acessado em 16 de janeiro de 2013.

BITTENCOURT, Z. Z. L. C.; FILHO, G. A.; MAZZALI, M.; SANTOS, N. R. Qualidade de vida em transplantados renais: importância do enxerto funcionante. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol. 38, n. 5, ISSN 0034-8910, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acessado em: 20 de abril de 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**, 2006. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)>. Acessado em: 08 de janeiro de 2013.

BRASIL. 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](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf)> Acessado em 20 de abril de 2013.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)**, 2008. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica\\_nacional\\_homem.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_homem.pdf)>. Acessado em: 08 de janeiro de 2013

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**, 2009.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde do Homem**, 2011. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-do-homem>>. Acessado em: 09 de janeiro de 2013.

BRUNNER E SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. Vol. 3, p. 1293, 2009.

CAMPANUCCI, F. S.; LANZA, L. M. B. **A atenção primária e a saúde do homem**, 2011. Disponível em: <<http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/Fabricio%20Campanucci.pdf>>. Acessado em: 08 de janeiro de 2013.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES NETO, J. F. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. 232-240, maio/ago, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acessado em 14 de janeiro de 2013.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a06v19n3.pdf>>. Acessado em: 11 de janeiro de 2013.

CARREIRA, L; MARCON, S.S. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v 11, n 6, p 823-831, nov-dez, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n6/v11n6a18.pdf>>. Acessado em: 20 de abril de 2013.

COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface (Botucatu)**, vol.14 n.33, Botucatu Apr./June 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000200003&script=sci_arttext)>. Acessado em: 09 de janeiro de 2013.

FERNANDES, L. F. **Perspectivas da psicologia no campo do transplante renal**. In: LAGE, A. M. V.; MONTEIRO, K. C. C. (Org.). *Psicologia Hospitalar: teoria e prática em hospital universitário* (p. 131-151). Fortaleza: Edições UFC. 2007.

FIGUEIREDO, W. S.; SCHRAIBER, L. B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 936, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a25v16s1.pdf>>. Acessado em: 09 de janeiro de 2013.

FLECK, M. P. A.; O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v5n1/7077.pdf>>. Acessado em 14 de janeiro de 2013.

FRANCO, L. C. et al. Avaliação da qualidade de vida de portadores de insuficiência renal crônica em diálise renal. **Revista Enfermagem Global**, n. 23, 2011.

FRAZÃO, C. M. F. Q.; RAMOS, V. P.; LIRA, A. L. B. C. Qualidade de vida de pacientes submetidos a hemodiálise. **Revista de Enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, out/dez, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a12.pdf>>. Acessado em: 16 de janeiro de 2013.

GOMES, C. M. A. Descrição da qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 7, n.2/4, abr/dez, 1997.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, mar, 2007.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>>. Acessado em: 08 de janeiro de 2013.

GONSALVES, E. P. **Conversas sobre iniciação a pesquisa científica**. 4ª Edição, São Paulo: Alínea, cap. 4, 2007.

HIGA, K. et al. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. **Acta Paul Enferm**, v. 21, (Número Especial): 203-6. 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21nspe/a12v21ns>>. Acessado em 14 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 14 de janeiro de 2012.

KAWAKAME, P. M. G.; MIYADAHIRA, A. M. K. Qualidade de Vida de Estudantes de Graduação em Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.39, n. 2 p. 164-172, jun, 2005.

LARA, E. A; SARQUIS, L. M. M. **O paciente renal crônico e sua relação com o trabalho**. Monografia (Graduação), Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Londrina, 2005.

LAURENTI, R. A mensuração da qualidade de vida. **Rev. Assoc. Med. Bras**. São Paulo, v.49, n.4, p. 361 – 362, 2003.

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

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing**. 6ª Edição. São Paulo: Atlas, p. 236, 2005.

MARTINS, M. R. I; CESARINO, C. B. Atualização sobre programas de educação e reabilitação para pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v.26, n.1, p.45-50, mar, 2004.

MENDES, C. A; SHIRATORI, K. As percepções dos pacientes de transplante renal. **Revista Nursing**, v. 5, n.44, p. 15-22. São Paulo, 2002.

MENDONÇA, R. R; LIMA, L. R. **Perfil epidemiológico do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico em Anápolis-GO**. Belo Horizonte, v.2, n.2, p. 29-36, maio-out. 2008.

OLIVEIRA, S. M. et al. Elaboração de um instrumento da assistência de enfermagem na unidade de hemodiálise. **Acta. paul. Enferm**, v. 21, (número especial): 169-173, 2008. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002008000500006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002008000500006&script=sci_arttext) >. Acessado em 14 de janeiro de 2013.

OLIVEIRA, D. G.; GUERRA, W. L.; DIAS, S. B. Percepção do portador de insuficiência renal crônica acerca da prevenção da doença. **Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG**, v.3, n. 2, nov./dez. 2010. Disponível em:

<[http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3\\_2/05-percepcao-portador-insuficiencia-renal-cronica-acerca-da-prevencao.pdf](http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3_2/05-percepcao-portador-insuficiencia-renal-cronica-acerca-da-prevencao.pdf)>. Acessado em: 17 de janeiro de 2013.

PENNAFORT, V. P. S. et al. Produção do conhecimento científico de Enfermagem em Nefrologia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n.5, sept./oct, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000500022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500022)>. Acessado em: 11 de janeiro de 2013.

PACHECO, G. S; SANTOS, I. Cuidar de clientes em tratamento conservador para doença renal crônica: apropriação da teoria de Oren. **Revista de Enfermagem – UERJ**. v 13, n. 12. P.146, maio/agosto, 2005. UEJM Nursing Journal.

RESENDE, M. C; SANTOS, F.A; SOUZA, M. M; MARQUES, T. D. **Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica**: em busca do ajustamento psicológico. *Psicolclin*. 2007.

RIELLA, M. C. Sexualidade em Pacientes Renais. 2011. Disponível em: <[http://www.prorenal.org.br/renal\\_043.php](http://www.prorenal.org.br/renal_043.php)>. Acessado em: 21 de abril de 2013.

RICHARDSON, R. J et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 3ª Edição, 11 reimpressão, p. 70, 2010.

RODRIGUES, W. C. **Metodologia científica**. Paramcabi. 2007. Disponível em: <[http://professor.ucg.br/siteDocente/admin/arquivosUpload/3922/material/Willian%20Costa%20Rodrigues\\_metodologia\\_cientifica.pdf](http://professor.ucg.br/siteDocente/admin/arquivosUpload/3922/material/Willian%20Costa%20Rodrigues_metodologia_cientifica.pdf)>. Acessado em: 14 de janeiro de 2013.

RODRIGUES, T. A; BOTTI, N. C. L. Cuidar e o ser cuidado na hemodiálise. **Act. Paul. enferm.** São Paulo, v. 22, (número especial 1), 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/15.pdf>>. Acessado em: 15 de janeiro de 2013.

ROMÃO JÚNIOR, E. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 26, n. 3, 2004. Disponível em: <[http://www.jbn.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=1183](http://www.jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1183)>. Acessado em: 11 de janeiro de 2013.

SANTOS, P. R. Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 52, n. 5, out, 2006.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, mar-abr, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27.pdf>>. Acessado em: 09 de janeiro de 2013.

SILVA, G. E. et al. Qualidade de Vida do Paciente Renal Crônico em Tratamento Hemodialítico em Dourados – MS. **Revista Instituto Metodista de Ensino Superior**, Mato Grosso do Sul, v. 15, n. 15 jan-dez. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo 2009**. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/leigos/index.php?insuficienciaRenal>>. Acessado em: 09 de janeiro de 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo 2011**. Disponível em: <[http://www.sbn.org.br/pdf/censo\\_2011\\_publico.pdf](http://www.sbn.org.br/pdf/censo_2011_publico.pdf)>. Acessado em: 20 de abril de 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **O rim e suas doenças**, 2004. Disponível em: <<http://198.106.86.84/Publico/rim.htm>>. Acessado em: 17 de janeiro de 2013.

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.

TERRA, F.S.; COSTA, A. M. D. D. Expectativa de Vida de Clientes Renais Crônicos Submetidos à Hemodiálise. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, out-dez, 2007.

TRENTINI, M. et al. Qualidade de vida de pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais e emocionais. **Revista Texto e Contexto em enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n.1, p. 74-82, jan-mar, 2004.

YANG, S. C. et al. Quality of life and its determinants of hemodialysis patients in Taiwan measured with WHOQOL – bref (TW). **Am. J. kidney Dis.**, Taiwan, v. 46, n. 4, p. 635-641, oct, 2005.

**APÊNDICES**

## APÊNDICE A



**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**  
**Pesquisa: INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E O IMPACTO NA QUALIDADE DE**  
**VIDA DA POPULAÇÃO MASCULINA**

Eu, **ROSIMERY CRUZ DE OLIVEIRA DANTAS**, professora da Unidade Acadêmica de Enfermagem - CFP/UFCG, portadora do RG 1.096.546 SSP/PB e CPF: 467125504-91 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Responsabilizo-me também pelo projeto de pesquisa, pelo fiel acompanhamento das atividades de pesquisa, pela orientação do pesquisador colaborador, pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética da Faculdade Santa Maria e pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

*Rosimery Cruz de Oliveira Dantas*

Rosimery Cruz de Oliveira Dantas  
Pesquisadora

Cajazeiras, 04 de fevereiro de 2013.



## APÊNDICE A



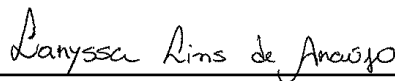
### TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR PARTICIPANTE Pesquisa: INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO MASCULINA

Eu, **LARYSSA LINS DE ARAÚJO**, aluna da Unidade Acadêmica de Enfermagem - CFP/UFCG, portadora do RG 3362316 SSP/PB e CPF: 070505154-42 responsabilizo-me, junto com a minha orientadora, a professora Rosimery Cruz de Oliveira Dantas a desenvolver o projeto de pesquisa proposto, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pela minha orientadora nas atividades de pesquisa e, junto com a mesma, pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética da Faculdade Santa Maria, e pelos relatórios da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.



---

Laryssa Lins de Araújo  
Pesquisadora Participante

Cajazeiras, 04 de fevereiro de 2013.

## APÊNDICE B



FACULDADE SANTA MARIA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

### 1. INFORMAÇÕES AO PARTICIPANTE

**1.1** Este termo de consentimento livre e esclarecido obedece 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** 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:** INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO MASCULINA

**2.2 Nome do pesquisador Responsável:** MS. ROSIMERY CRUZ DE OLIVEIRA DANTAS

**2.3 Nome do pesquisador participante:** LARYSSA LINS DE ARAÚJO

**2.4 Instituição proponente:** Faculdade Santa Maria, BR 230, KM 504, Caixa Postal 30, Cristo Rei, CEP 58900-000 - Cajazeiras – PB, Telefax: (83) 3531-1365

**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:** A partir do estágio extracurricular ocorrido na unidade de hemodiálise do Hospital Regional de Cajazeiras surgiu o interesse em desenvolver uma pesquisa sobre o referido tema, mas com uma abordagem voltada ao grupo populacional masculino, já que estes não são tão presentes na atenção primária à saúde como as mulheres, o que dificulta um diagnóstico precoce. A partir disso iniciou-se uma busca por estudos acerca da temática, e notou-se que, ainda, é insuficiente o número de trabalhos que abordem a qualidade de vida do homem com IRC submetido a algum tratamento dialítico.

### **3.2 Objetivos:**

**3.1 Geral:** Avaliar o impacto da insuficiência renal crônica (IRC) e do tratamento dialítico na qualidade de vida da população masculina de um hospital público na cidade de Cajazeiras.

**3.2 Específicos:** Identificar o perfil sociodemográfico de homens portadores de insuficiência renal crônica; Investigar o processo de seguimento do tratamento, suas facilidades e dificuldades; Identificar os fatores que interferem na qualidade de vida do homem dialítico.

**3.3 Procedimentos:** O projeto será enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, assim como um ofício de solicitação de autorização a Instituição Coparticipante, para que, assim que a pesquisa for aprovada pelo referido comitê, a mesma possa ser iniciada. Nesta etapa será estabelecido contato inicial com a Instituição Coparticipante, Centro de Hemodiálise de Cajazeiras, e com as enfermeiras, para garantir uma melhor aproximação com os usuários. Após esse primeiro contato, será iniciada a coleta de dados através de um questionário elaborado pela própria pesquisadora. Esses dados coletados serão consolidados e agrupados, e posteriormente será realizada a análise. Os resultados serão apresentados para uma banca composta por três avaliadores e será parte de uma monografia que estará disponível em sua versão final na biblioteca da Universidade Federal de Campina Grande.

**3.4 Riscos ou desconfortos:** Não será desenvolvido nenhum tipo de risco relacionado ao projeto, visto que, este não apresenta quaisquer tipos de procedimentos invasivos ou questionário com perguntas agressivas.

**3.5 Benefícios Esperados:** Como o público masculino possui uma assiduidade muito menor que a classe feminina nos programas da atenção primária à saúde, esse possui certa carência tanto em relação ao conhecimento sobre sua patologia, quanto a específicas formas de assistência as suas diferentes necessidades por parte dos profissionais de saúde. Dessa forma, essa pesquisa trará como contribuição para a ciência o fato da sua utilização por parte dos profissionais, para repensar a forma como desenvolve a assistência individual e coletiva,

quanto dos pacientes no tocante ao conhecimento sobre a doença e a melhoria na qualidade de vida.

#### **4. GARANTIAS AO 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 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 ao 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.

**4.6** Garantia de que poderá buscar informações junto ao pesquisador responsável para esclarecimentos e/ou dúvidas acerca do andamento, conclusão e publicação dos resultados, bem como, de que poderá buscar informações junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, BR 230, KM 504, Caixa Postal 30, Cristo Rei, CEP 58900-000 - Cajazeiras – PB, Telefax: (83) 3531-1365, que avaliou o trabalho e aprovou o termo ora apresentado, ou a outras instâncias que podem esclarecer e defender, caso manifeste esse desejo.

## **5. CONTATOS DISPONIBILIZADOS PELOS PESQUISADORES**

Os pesquisadores:

- 5.1** Cientes da importância da participação do voluntário, o agradecem por permitir sua inclusão no acima referido projeto de pesquisa;
- 5.2** Se comprometem, 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:** MS. ROSIMERY CRUZ DE OLIVEIRA DANTAS

**Endereço completo:** Rua: Titico Gomes, 23, Bairro: Belo Horizonte. Patos – PB. CEP: 58704-380.

**Telefone(s) para contato:** (83) 88609974/99221129

**E-mail:** [rmeryco\\_dantas@hotmail.com](mailto:rmeryco_dantas@hotmail.com)

### **Dados completos do pesquisador participante para contato**

**Nome:** LARYSSA LINS DE ARAÚJO

**Endereço completo:** Rua Bonifácio Moura, 340, 2º andar, Bairro: Centro. Cajazeiras – PB. CEP: 58900-000

**Telefone(s) para contato:** (83) 88836529/96387352

**E-mail:** [laryssa.lins1@hotmail.com](mailto:laryssa.lins1@hotmail.com)

## **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, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

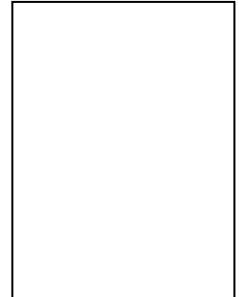
Assinatura do Participante

---

Assinatura do Pesquisador Responsável

---

Assinatura do Pesquisador Participante




## APÊNDICE C

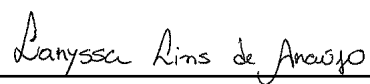


### **Declaração de Responsabilidade do Orçamento da Pesquisa**

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada “**INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO MASCULINA**” assumimos que os gastos referentes à realização dessa pesquisa serão de nossa total responsabilidade.

Cajazeiras, \_\_\_\_\_ de fevereiro de 2013.

  
\_\_\_\_\_  
Autora da Pesquisa  
Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

  
\_\_\_\_\_  
Orientanda  
Laryssa Lins de Araújo

## APÊNDICE D



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA  
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

#### 1) Identificação

<b>I. Dados sócio-demográficos</b>	
Nome:	
Idade:	Estado Civil:
Profissão:	Ocupação:
Escolaridade:	
<input type="checkbox"/> Não alfabetizado	
<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental I Incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental I Completo
<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental II Incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental II Completo
<input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo
<input type="checkbox"/> Graduação	<input type="checkbox"/> Pós-Graduação: _____
Há quanto tempo tem insuficiência renal crônica (IRC)? _____	
Há quanto tempo faz hemodiálise? _____	



**2) Avaliação da qualidade de vida do paciente renal crônico**

a) Como o senhor avalia sua saúde hoje? Muito boa ( ) Boa ( ) Normal ( ) Ruim ( ) Muito ruim ( )
b) Como o senhor avalia sua vida hoje? Muito boa ( ) Boa ( ) Normal ( ) Ruim ( ) Muito ruim ( )
c) Quanto o senhor acha que a IRC atrapalha sua vida? Não atrapalha ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
d) Com que intensidade a IRC atrapalha suas atividades cotidianas (trabalhar, ir ao supermercado, fazer exercícios, etc)? Nenhuma ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( )
e) O senhor deixou de realizar alguma atividade de lazer? Não ( ) Um pouco ( ) Mais ou menos ( ) Muito ( ) Quais? _____ _____ _____
f) O que mais mudou na sua vida após o diagnóstico de IRC? _____ _____ _____ _____
g) Como o senhor vê a hemodiálise? _____ _____ _____ _____
h) Como anda sua vida sexual depois da IRC? _____ _____

---

---

---

i) O que o senhor enfrenta para seguir o tratamento?

---

---

---

---

---

j) Como o senhor avalia a assistência prestada pelo serviço de saúde?

---

---

---

---

---

**ANEXOS**

## ANEXO A



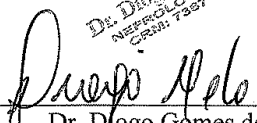
CENTRO DE HEMODIÁLISE DE CAJAZEIRAS

Rua Tabelaio Antônio de Holanda S/N, Centro  
Sociedade Hospitalar Oliveira e Nóbrega LTDA –  
CNPJ: 109.005.39/0001-50

### DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Eu, **Diogo Gomes de Melo**, diretor clínico do Centro de Hemodiálise de Cajazeiras autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: “**INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO MASCULINA**”, que será realizada com abordagem quantitativa, no referido centro no período de março e abril de 2013, tendo como pesquisadora Rosimery Cruz de Oliveira Dantas professora da Universidade Federal de Campina Grande - UFCEG.

Cajazeiras, 04 de fevereiro de 2013.

  
Dr. Diogo Gomes de Melo  
Nº de Registro Profissional  
CRM: 7387

Dr. Diogo Gomes de Melo  
Diretor Clínico do Centro de Hemodiálise de Cajazeiras

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO MASCULINA

**Pesquisador:** Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 13789813.8.0000.5180

**Instituição Proponente:** Faculdade Santa Maria/ FSM /PB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 253.104

**Data da Relatoria:** 29/04/2013

#### **Apresentação do Projeto:**

Estudo transversal, de campo, exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido no centro de hemodiálise de Cajazeiras - PB. Será utilizado um questionário estruturado dividido em dois blocos, as informações sociodemográficas e a qualidade de vida(QV) do paciente renal crônico, respectivamente.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar o impacto da insuficiência renal crônica (IRC) e do tratamento dialítico na qualidade de vida da população masculina de um hospital público na cidade de Cajazeiras.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não são verificados riscos previsíveis ao participantes da pesquisa. Em relação aos benefícios, pode contribuir com os gestores hospitalares, no sentido de oferecer subsídios que facilitem a implementação de ações objetivas e efetivas na assistência a pacientes idosos garantindo, além de um acesso pleno e irrestrito aos cuidados impostos pela própria idade, acesso ao direito de ter acompanhante durante internação hospitalar.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante para população estudada.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos presentes e adequados.

**Endereço:** BR 230, Km 504

**Bairro:** Cristo Rei

**CEP:** 58.900-000

**UF:** PB

**Município:** CAJAZEIRAS

**Telefone:** (83)3531-2722

**Fax:** (83)3531-1365

**E-mail:** cep@fsm.edu.br

FACULDADE SANTA MARIA/  
FSM /PB



**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências e/ou inadequações.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**



CAJAZEIRAS, 23 de Abril de 2013

---

Assinador por:  
Jose Valdilanio Virgulino Procopio  
(Coordenador)

*Rejaneirio de França*  
Secretária de  
Faculdade Santa Maria  
de Ética em Pesquisa

Endereço: BR 230, Km 504

Bairro: Cristo Rei

CEP: 58.900-000

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3531-2722

Fax: (83)3531-1365

E-mail: cep@fsm.edu.br