



Universidade Federal
de Campina Grande

CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ISABEL FERREIRA NETA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE
DO IDOSO SUBMETIDO A TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE**

CAJAZEIRAS – PB
2013

ISABEL FERREIRA NETA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE
DO IDOSO SUBMETIDO A TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE**

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

Orientadora: Prof^a Ms. Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues.

Co-orientadora: Enf. Ms. Eliane de Sousa Leite

ISABEL FERREIRA NETA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE
DO IDOSO SUBMETIDO A TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE**

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

Orientadora: Prof^a Ms. Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues.

Co-orientadora: Enf. Ms. Eliane de Sousa Leite

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ms. Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues
UFCG/UAENF/CPF

Enf^a Ms. Eliane de Sousa Leite
UFCG/UAENF/CPF

Prof^a Ms. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro
UFCG/UAENF/CPF

LISTRAS DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPD: Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua

CDL: Cateter Duplo Lúmen

CNS: Conselho Nacional de Saúde

DM: Diabetes Mellitus

DPA: Diálise Peritoneal

DPI: Diálise Peritoneal Intermitente

DRC: Doença Renal Crônica

FAV: Fístula arteriovenosa

FG: Filtração Glomerular

HD: Hemodiálise

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

HCV: Vírus da Hepatite C

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IR: Insuficiência renal

IRA: Insuficiência Renal Aguda

IRC: Insuficiência Renal Crônica

OMS: Organização Mundial de Saúde

PB: Paraíba

QV: Qualidade de Vida

SBN: Sociedade Brasileira de Nefrologia

SUS: Sistema Único de Saúde

TRS: Terapia Renal Substituta

WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro I - Classificação da doença renal crônica de acordo com os níveis de filtração glomerular.....	19
Tabela 1 - Distribuição dos participantes da pesquisa quanto ao gênero, faixa etária, estado civil, escolaridade, renda familiar, ocupação. Sousa, 2013.....	32
Tabela 2 - Distribuição da população quanto ao seu estado de saúde e a prática de atividade física e lazer. Sousa, 2013.....	35
Tabela 3 - Distribuição da população estudada quanto ao tempo de hemodiálise, tipo de acesso venoso e local de acesso. Sousa, 2013.	37
Tabela 4 - Distribuição da população estudada quanto à doença renal primária. Sousa, 2013.....	39
Tabela 5 - Distribuição dos pacientes quanto à sua condição clínica. Sousa, 2013.	40
Tabela 6 - Caracterização quanto ao uso de medicação pelos pacientes renais crônicos. Sousa, 2013.....	42
Tabela 7 - Distribuição dos principais medicamentos utilizados pelos pacientes renais crônicos. Sousa, 2013.....	43
Tabela 8 - Principais exames realizados pelos pacientes que realizam hemodiálise. Sousa 2013.....	44
Tabela 9 - Escores obtidos no questionário Whoqol-bref de pacientes em hemodiálise. Sousa, 2013.....	45

Dedico esse trabalho a Deus por ter me dado à graça de concluir essa etapa, a minha família por está presente em todos os momentos da minha vida, aos pacientes que me permitiram desenvolver esse trabalho contribuindo com sua vivência e boa vontade em expor seu dia a dia no tratamento de hemodiálise e a todos os profissionais de saúde que lutam incessantemente pela vida do outro.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, primeiramente por todas as bênçãos que me concedeste durante toda a minha vida, por ter me dado força para superar todos os obstáculos dessa longa caminhada e por ter me permitido chegar até aqui.

AOS MEUS PAIS, NONATO e FRANCISCA, meu porto seguro, por ter me concedido o dom da vida, pelo amor incondicional e pelo incentivo nas minhas decisões. Sem vocês eu nada seria. Meu muito obrigado.

AO MEU IRMÃO JOÃO BOSCO (*in memoriam*), sei que mesmo não estando presente fisicamente estava torcendo pela concretização desse sonho.

AOS MEUS IRMÃOS ALIBECY, JACKSON, ANTONIA, ALBA, EDSON, JOSÉ CARLOS, FÁBIO, FLÁVIO E NAYARA pela compreensão, pelo apoio incondicional durante todas as etapas percorridas e por ter acreditado na minha capacidade de vencer. Sem o apoio de vocês, o meu caminho teria sido mais difícil.

AOS MEUS TIOS, PRIMOS E SOBRINHOS pelo exemplo e pela contribuição para o meu crescimento pessoal.

A DR ALCIR, DIRETOR CLÍNICO DO CENTRO DE HEMODIÁLISE “DR CHICO CORÉA”, por ter acreditado em mim enquanto profissional, pela ajuda e por ter permitido a realização dessa pesquisa. Serei eternamente grata.

AS MINHAS ORIENTADORAS ELIANE E ALBA, pelos ensinamentos, atenção, dedicação e principalmente pela paciência e amizade durante a elaboração desse trabalho. Obrigado por ter confiado e acreditado no meu potencial.

AOS PACIENTES, que depositaram toda credibilidade nesse trabalho compartilhando problemas, anseios, que esse trabalho possa trazer benefícios para melhorar a qualidade de vida e que possa servir de ajuda no enfrentamento da doença.

AOS MEUS COLEGAS DE TRABALHOS, EM ESPECIAL LEILHA E LUZIETE, que incansavelmente, colaboraram para a realização desse projeto. Lembrar-me-ei de vocês sempre.

A MINHA GRANDE AMIGA CEIÇA, obrigada pela amizade, pela sinceridade, pelo sorriso, pelo abraço e pelo apoio incondicional em todos os momentos. Esta caminhada não seria a mesma sem você.

AOS MEUS COLEGAS DA TURMA 2009.1, pela convivência e companheirismo durante o transcorrer do curso.

AOS PROFESSORES DA UFCG, por me proporcionar a oportunidade de adquirir novos conhecimentos, uma nova capacitação e uma formação acadêmica de grande qualidade.

AOS FUNCIONÁRIOS DA UFCG, pelas amizades conquistadas e pela disponibilidade em ajudar sempre.

A TODOS OS MEUS AMIGOS, que se fizeram presente em todas as etapas da minha vida me apoiando e incentivando para não desistir diante das dificuldades vivenciadas no dia a dia.

E A TODOS, que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização desse projeto.

***A TODOS VOCÊS, MEUS SINCEROS
AGRADECIMENTOS.***

MENSAGEM DE UM IDOSO

- * Se meu andar é hesitante e minha mão trêmula ampare-me...*
 - * Se minha audição não é boa e tenho de me esforçar para ouvir o que você está dizendo, procure entender-me...*
 - * Se minha visão é imperfeita e o meu entendimento é escasso, ajude-me com paciência...*
 - * Se minhas mãos tremem e derrubam comida na mesa ou no chão, por favor, não se irrite, tentei fazer o melhor que pude...*
 - * Se você me encontrar na rua, não faça de conta que não me viu, pare para conversar comigo, sinto-me tão só...*
 - * Se você na sua sensibilidade me vê triste e só, simplesmente partilhe um sorriso e seja solidário...*
 - * Se lhe contei pela terceira vez a mesma "história" num só dia, não me repreenda, simplesmente ouça-me...*
 - * Se me comporto como criança, cerque-me de carinho...*
 - * Se estou com medo da morte e tento negá-la, ajude-me na preparação para o adeus...*
 - * Se estou doente e sou um peso em sua vida, não me abandone um dia você terá a minha idade...*
- A única coisa que desejo neste meu final da jornada, é um pouco de respeito e de amor...*
- Um pouco...*
- Do muito que te dei um dia!*
- (Autor desconhecido)*

FERREIRA, Isabel. **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde do idoso submetido a tratamento de hemodiálise**. 2012. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande - Cajazeiras - PB, 2013. p 70.

RESUMO

A IRC é uma doença crônica degenerativa que tem afetado grande parte da população causando alterações significativas no organismo e em sua fase mais grave o tratamento para substituir a função renal é a hemodiálise comprometendo a qualidade de vida do portador. Este estudo objetivou avaliar a qualidade de vida do paciente renal idoso submetido ao tratamento de hemodiálise, caracterizando e identificando os fatores que pode interferir na qualidade de vida. Trata-se de um estudo descritivo e transversal com enfoque quantitativo, realizado em um centro de hemodiálise do alto sertão da Paraíba, município de Sousa. Foi utilizado um questionário sócio demográfico e o Whoqol-bref para avaliar a qualidade de vida através dos domínios específicos. Atualmente o centro de diálise encontra-se com 102 pacientes, 98 em tratamento de hemodiálise, três em CAPD e um em DPA. A amostra foi composta por 100% da população seguindo os critérios de inclusão e exclusão. Foram excluídos da amostra oito pessoas em que: um estava viajando no período da coleta, um não compareceu ao centro no período, três fazia menos de seis meses de tratamento e três apresentava déficit cognitivo. Nos resultados obtidos houve um predomínio de 62% com sexo masculino e uma faixa etária de 84% entre 60 e 75 % anos de idade. Em relação às doenças de base, a HAS aparece como a principal causa da IRC e a principal via de acesso venoso foram a FAV. De um modo geral, o domínio mais prejudicado entre a população foi o domínio físico (DF) com uma média de 43,94 % e o mais preservado foi o domínio (DS) com 64,48% refletindo na qualidade de vida dos pacientes com IRC que apresentaram uma média de 52,66%. Conclui-se, que os pacientes idosos em tratamento de hemodiálise tem uma qualidade de vida afetada pela doença e pelo tratamento e que diante das condições clínicas é necessário uma equipe interdisciplinar que tenha uma visão holística para com o paciente a fim de evitar as possíveis complicações da doença.

Palavras-chave: Insuficiência renal. Envelhecimento. Hemodiálise. Qualidade de vida.

NETA, Isabel Ferreira. **Avaluation of quality of life related to health of elderly subject to treatment hemodialysis.** In 2012. Monograph (Undergraduate Nursing) - Federal University of Campina Grande - Cajazeiras - PB, 2013 . p 70.

ABSTRACT

Chronic renal failure is a chronic degenerative disease that has affected much of the population causing significant changes in the body and in its most severe treatment to replace kidney function is hemodialysis compromising the quality of life of patients. This study aimed to evaluate the quality of life of elderly patients submitted to kidney dialysis treatment, characterizing and identifying the factors that can interfere with quality of life. This is a descriptive and cross-sectional quantitative approach, performed in a hemodialysis center in the hinterland of Paraíba, municipality of Sousa. We used a socio-demographic questionnaire and the WHOQOL -BREF to evaluate quality of life through specific domains. Currently the dialysis center is with 102 patients, 98 on hemodialysis, CAPD 3 and one in DPA. The sample comprised 100% of the population according to the criteria of inclusion and exclusion. Were excluded from the 8 people in what one was traveling during the collection period , 1 did not attend the center in period 3 was less than 6 months of treatment and three had cognitive impairment . The results obtained predominated with 62% male and 84% aged between 60 and 75% years old. In relation to underlying diseases, hypertension appears as the main cause of CKD and the main route of venous access were the FAV. In general, the area most affected population was between the physical domain (FD) with an average of 43,94% and more was preserved domain (DS) with 64.48% reflecting the quality of life of patients with CRF with a mean of 52, 66%. We conclude therefore that elderly patients on hemodialysis have a quality of life affected by disease and treatment and on the clinical conditions is required an interdisciplinary team that has a holistic view to the patient in order to avoid to avoid possible complications of the disease.

Keywords: Renal failure. Aging. Hemodialysis. Quality of life.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	15
3.2 ESTRUTURA ANATÔMICA E FISIOLÓGICA.....	16
3.3 INSUFICIÊNCIA RENAL.....	17
3.4 MODALIDADES TERAPÊUTICAS DA IRC.....	21
3.5 QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE RENAL IDOSO.....	24
4 METODOLOGIA.....	27
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	27
4.2 LOCAL DO ESTUDO	27
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	28
4.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	29
4.4.1 Inclusão.....	29
4.4.2 Exclusão.....	29
4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	29
4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	30
4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	31
4.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	31
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	32
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	32
5.2 ANÁLISE DOS DADOS ESPECÍFICOS RELACIONADOS À QUALIDADE DE VIDA ATRAVÉS DO WHOQOL-BREF	45
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICES	56
ANEXOS	66

1 INTRODUÇÃO

Considerando que o envelhecimento populacional atinge cada vez os países em desenvolvimento e cuja projeção estatística aponta para um crescimento cada vez maior, o Brasil, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), até o ano de 2025 o atingirá mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (PAPALÉO NETTO, 2008).

O envelhecimento acontece de forma fisiológica diminuindo assim a capacidade funcional dos órgãos e como consequência desse processo ocorre uma maior vulnerabilidade para o surgimento das doenças crônicas como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes *Melittus* (DM) e Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) predispondo o idoso à Doença Renal Crônica, que com o avançar da idade, aumenta a suscetibilidade da disfunção renal (SANTOS; LUCENA; VALE, 2011).

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma doença progressiva, debilitante, que causa incapacidades e que apresenta alta mortalidade, sendo que a incidência e prevalência têm aumentado na população mundial. No Brasil, apesar de existirem escassos dados epidemiológicos relacionados à IRC, estima-se que exista na atualidade 1,2 milhão de pessoas com insuficiência renal (KUSUMOTO et al., 2008).

Esse agravo ocorre de forma progressiva e acredita-se que é decorrente de mecanismos vasculares, imunológicos e metabólicos envolvendo fatores hemodinâmicos, citocinas, substâncias vasoativas e fatores de estresse. Essa enfermidade causa diversas alterações no organismo, principalmente no equilíbrio hidroeletrólítico, ocorre um desequilíbrio metabólico e aumento dos níveis de ureia e creatinina, como consequência surge a síndrome urêmica decorrente da perda da função renal e o acúmulo dessas substâncias na corrente sanguínea (RIELLA, 2003).

A IRC se apresenta como uma doença severa que é considerada como um grave problema para a saúde pública. As modalidades de tratamento da IRC, para substituição parcial das funções renais, são: diálise, que se subdivide em hemodiálise e diálise peritoneal e transplante renal. Estes tratamentos mantêm a vida, porém, não promovem a cura da IRC. A hemodiálise é o tratamento dialítico mais utilizado na atualidade. Consiste na diálise realizada por uma máquina, na qual se promove a filtração extracorpórea do sangue. A prescrição do tratamento é em média três sessões semanais, por um período de três a cinco horas por sessão, dependendo das necessidades do paciente (KUSUMOTO et al., 2008).

Antigamente, a hemodiálise tinha como objetivo apenas evitar a morte por hipervolemia ou hiperpotassemia. Nos dias atuais, além da reversão dos sintomas urêmicos, esse tratamento busca, em longo prazo, a redução das complicações, a diminuição do risco de mortalidade, a melhoria da qualidade de vida (QV), a reintegração social do paciente.

O impacto da IRC sobre a QV dos idosos decorre de vários fatores: convívio com a doença irreversível, esquema terapêutico rigoroso, mudança de hábitos de vida e das atividades sociais, utilização de vários medicamentos e dependência de uma máquina, além de limitações na sua vida diária, alterações da imagem corporal, restrições dietéticas e hídricas (PILGER et al., 2010). Assim, melhorar a QV e a sobrevida do paciente, bem como prevenir e diminuir as complicações da terapia de substituição da função renal tem sido preocupações constantes dos profissionais de saúde.

Justifica-se o interesse pela temática reportando a experiência da pesquisadora na área, que atua em uma unidade de terapia renal, na qual são realizadas hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua onde se observa que os pacientes atendidos, em sua maioria, são adultos, mas aproximadamente um terço deles pertence à faixa etária acima de 60 anos. Durante as minhas atividades laborais, através de conversa informal, especialmente com os idosos, observa-se que relatam as dificuldades que enfrentam, as limitações trazidas pela doença e seu tratamento, o impacto destas nas atividades de vida diária, na família, na vida social e nos projetos de vida.

Acredita-se que uma investigação da QV dos pacientes idoso em tratamento hemodialítico se faz necessário para subsidiar o direcionamento no planejamento da assistência à saúde dessa população, para que possa vir a proporcionar a essa clientela um estímulo em suas capacidades e a uma melhor adaptação ao seu estilo de vida.

Nessa trajetória, tornou-se cada vez mais evidente que a IRC, é uma doença crônica, severa e debilitante, afeta diretamente a QV do idoso e das pessoas com quem ele vive, dado que ela é incurável e remete à necessidade de seguimento terapêutico pelo resto da vida dos seus portadores.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a Qualidade de vida dos pacientes idosos submetidos a tratamento de hemodiálise.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sócio-demográfico dos idosos submetidos a tratamento de hemodiálise;
- Identificar quais as principais condições clínicas apresentadas pelos pacientes idosos durante o tratamento de hemodiálise;
- Conhecer quais os domínios do Whoqol-bref e os mais prejudicados na população idosa estudada.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Nas últimas décadas observou-se um nítido processo de envelhecimento demográfico. A Organização das Nações Unidas (ONU) considera o período de 1975 a 2025 a era do envelhecimento. Nos países em desenvolvimento, esse envelhecimento populacional foi ainda mais significativo e rápido, destacando-se o Brasil por apresentar uma das maiores taxas de crescimento da população, com projeções para 2025 de cerca de 30 milhões de pessoas idosas.

Envelhecer pode ser definido como um processo de desgaste cumulativo, irreversível, universal e não patológico que envolve diversos fatores psíquicos, ambientais e biológicos e que podem acelerar ou retardar esse processo. A forma como esse processo de desgaste ocorre e como é encarado, no caso do ser humano, não é a mesma para todos os homens, nem igual em todos os contextos (PAPALEO NETO, 2008).

Tudo isso mostra como o mundo sofreu bastantes transformações no último século, onde as populações de vários países tiveram um aumento de trinta a quarenta anos na expectativa de vida. Produto de avanços científicos e tecnológicos, bem como melhorias nas condições sanitárias. Houve também grande urbanização, entre 1950 e 1985 a população urbana dos países desenvolvidos dobrou e a dos em desenvolvimento quadruplicou (SCHMIDT, 2010).

Todo esse processo levou a importantes alterações no estilo de vida das populações, refletindo-se em sua saúde. Assim como no século XX as doenças infectocontagiosas necessitaram de grandes esforços para a diminuição de seu impacto, o novo século apresenta um novo desafio: as doenças crônicas (RAMOS, 2006).

O termo doença crônica é usado para designar patologias com um ponto em comum: são persistentes e necessitam de cuidados permanentes. Os idosos constituem a população mais acometida por estas patologias. A incidência de doenças como hipertensão arterial, diabetes, câncer e patologias cardiovasculares eleva-se com a idade. Esse aumento parece dever-se a interação entre fatores genéticos predisponentes, alterações fisiológicas do envelhecimento e fatores de risco modificáveis como tabagismo, ingestão alcoólica excessiva, sedentarismo, consumo de alimentos não saudáveis e obesidade (SCHMIDT, 2006).

Programas de promoção da saúde do idoso são cada vez mais necessários, devido ao crescente aumento dessa faixa etária em todo o país. Do ponto de vista gerontológico, ações de promoção da saúde aos idosos têm como pilar, a promoção do envelhecimento ativo e saudável, preservando ao máximo sua capacidade funcional. Promover a saúde não é tão fácil, é necessário mais do que o acesso a serviços médico-assistenciais de qualidade, é preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação inter setorial do poder público e a mobilização da população, ou seja, é necessário trabalhar com a ideia de que promover a saúde é um dever de todos (ASSIS; HARTZ; VALLA; 2004).

3.2 ESTRUTURA ANATÔMICA E FISIOLÓGICA

De acordo com Fermi (2010), os rins estão situados na região retroperitoneal, sendo um de cada lado da coluna vertebral, sobre o músculo psoas maior e ao nível das vértebras T12 e L3. Os rins assemelham-se a um grão de feijão e possui a coloração marrom-avermelhada, sendo estes revestidos por uma membrana fibromuscular denominada de cápsula renal.

Os rins apresentam faces anteriores e posteriores, bordas mediais e laterais e polos superiores. Na borda lateral ou convexa, encontra-se a cápsula renal, uma membrana fina e brilhante que reveste toda a superfície do rim. Na borda medial ou côncava, localiza-se o hilo renal, local onde se encontra a artéria renal e a veia renal, os vasos linfáticos, os plexos nervosos, e o ureter, que se expande dentro do seio renal, formando a pelve (RIELLA, 2003).

Na região interna dos rins existem duas regiões diferentes: uma região cortical que apresenta a coloração avermelhada e em sua formação encontramos os túbulos e glomérulos e a outra é a região medular que tem a cor amarelada e pálida, onde se encontra os túbulos coletores e as pirâmides renais (FERMI, 2010).

Segundo Fermi 2010, os rins contém mais de 2 milhões de néfrons e cada néfron possui um corpúsculo renal e uma estrutura tubular que independentemente são capazes de produzir a urina. O início do processo da formação da urina acontece nos glomérulos, onde ocorre a filtração do plasma sanguíneo. Neste processo 99% é absorvido pelos túbulos renais e alças de henle e somente 1% é liberado nos túbulos coletores.

Barros (2007) refere que as alterações renais anatômicas e fisiológicas têm sido constatadas com o avanço da idade. O peso e o volume renal diminuem em 20 a 30 % entre as

idades de 30 a 90 anos, de 250 a 270 g no adulto não idoso para 180 a 200g no idoso. Com isso, diminuindo a capacidade funcional do rim. Estudos afirmam que a variação do tamanho e do peso do rim do ser humano está relacionada de acordo com a superfície corporal do indivíduo, não havendo, portanto, influência de sexo ou raça. Os rins tem uma função importante no controle da homeostasia do organismo, como a regulação hidroeletrólítica, excreção de substâncias metabólicas (ureia, creatinina, ácido úrico), no controle da pressão arterial através da eliminação de água e sódio e da secreção de substâncias vasoativas. São responsáveis ainda pela produção e excreção de hormônios como a eritropoietina, renina, prostaglandinas e calcitriol (GUYTON, 2006).

3.3 INSUFICIÊNCIA RENAL

A Insuficiência renal crônica (IRC) consiste em lesão renal e perda progressiva e irreversível das funções renais, sendo estas, função glomerular, função tubular e função endócrina. Em sua fase mais avançada os rins não conseguem manter a normalidade. A IRC é dividida em seis estágios funcionais de acordo com o grau de função renal do paciente. Estes estágios compreendem desde a fase onde os indivíduos não apresentam lesão renal e mantêm sua função renal normal, porém se encaixam dentro do grupo de risco, até a fase cinco que inclui o indivíduo com lesão renal e insuficiência renal terminal ou dialítica (OLIVEIRA; GUERRA; DIAS, 2010).

Segundo Dribe (2002), a IR pode progredir independente de sua causa inicial, todavia existem alguns fatores que podem intensificar o surgimento da doença como, glomerulonefrites graves, hipertensão arterial, diabetes mellitus não controlada, lesões renais autoimunes não controladas causadas por lúpus eritematoso sistêmico, doenças hereditárias como rins policísticos, má formação congênita, obesidade e sobrepeso ao nascer.

A insuficiência renal é um distúrbio que pode afetar o indivíduo independente de sua origem e em qualquer idade, sendo que esta tem a sua evolução lenta e de forma gradativa, porém apresenta um quadro clínico diversificado, podendo ser classificada em IRA e IRC.

Segundo Brunner& Suddart (2009), a insuficiência renal aguda (IRA), constitui uma síndrome reversível de origem abrupta causando uma redução na taxa de filtração glomerular. Esse comprometimento da função renal pode ocorrer por algumas horas ou até mesmo durante alguns dias, resultando na diminuição da excreção do volume urinário e metabólitos como a ureia e creatinina.

Consideramos como insuficiência renal aguda (IRA) a síndrome caracterizada pela supressão aguda das funções renais em que, geralmente, se instala oligúria (menos de 400ml/1, 73m2/24horas), embora tal não seja obrigatório e em que ocorre conspícua redução da taxa de filtração glomerular (FG), resultando retenção das escórias nitrogenadas, que persiste ou aumenta depois de corrigido o evento precipitador, causando caracteristicamente com importantes modificações qualitativas na urina produzida (SANTOS, 1992, p. 21).

A causa da insuficiência renal aguda nem sempre é conhecida, porém existem alguns problemas subjacentes que podem desencadear a IRA antes do rim (pré-renal) como hipovolemia, resultando em desidratação, hipotensão, débito cardíaco diminuído, com isso causando redução na perfusão renal; no rim (intra-renal) decorrente de queimaduras, processos infecciosos, agentes tóxicos, queimaduras, lesões traumáticas causando a necrose tubular; e a IRA depois do rim (pós-renal) como tumores, hiperplasia benigna da próstata, estenose e coágulos sanguíneos que levam à uma obstrução distal do rim (SCHRIER, 2008).

De acordo com Fermi (2010), os sintomas iniciais da IRA são oligúria, uremia e em alguns casos anúria. Ocorrem ainda distúrbios eletrolíticos, acidose metabólica e em decorrência da perda da função renal alguns sistemas do organismo são afetados. O diagnóstico é obtido através de exames laboratoriais onde mostram um aumento dos níveis de ureia, creatinina, potássio, diminuição dos níveis de bicarbonato, hemoglobina, hematócrito e redução do PH sanguíneo. O tratamento depende da etiologia e da gravidade da IRA, porém algumas medidas são eficazes como uma dieta rica em calorias e com a quantidade de proteínas, potássio e sódio diminuída, deve se ter um controle dos eletrólitos, controle hídrico e se necessário à indicação do tratamento dialítico, objetivando a recuperação da função renal e a diminuição da taxa de ureia.

Segundo Barros (2007), a IRC consiste na destruição gradual e irreversível de grande número de néfrons provocando uma queda na função renal, causando incapacidades e um número relevante de mortes em pessoas portadoras de IRC.

A insuficiência renal crônica, ou DRET é uma deterioração progressiva e irreversível da função renal em que a capacidade do corpo manter o equilíbrio metabólico e hidroeletrólítico falha, resultando em uremia ou azotemia (retenção de uréia e de outros produtos de degradação nitrogenados no sangue) (SMELTZER; BARE, 2002, P. 1100).

Para Canziani (2013), a classificação da IRC acontece de acordo com o estágio da doença tendo base o nível da função renal, ou seja, da taxa de filtração glomerular, sendo estes enumerados numa escala de 0 a 5. No estágio 0, o funcionamento do rim encontra-se

normal, porém está incluído as pessoas portadoras de hipertensão e diabetes. No estágio 1, a função renal ainda está preservada, porém já existe comprometimento renal. No estágio 2, a função renal é lesionada, entretanto os níveis plasmáticos de ureia e creatinina permanecem normais não sendo possível detectar em exames laboratoriais. No estágio 3, ocorre a detecção do aumento dos níveis de ureia e creatinina. No estágio 4, além do aumento dos valores de ureia e creatinina, começa a surgir os primeiros sinais e sintomas e no estágio 5, a lesão renal é crônica, onde o paciente irá se submeter a terapia substitutiva por não conseguir manter o meio interno do paciente normal.

Segundo o mesmo autor, mostra a DRC conforme o quadro a seguir.

Quadro I - Classificação da doença renal crônica de acordo com os níveis de filtração glomerular

Estágio da DRC	Taxa de filtração glomerular (ml/min)	Grau da insuficiência renal
0	>90	Grupo de risco para DRC. Ausência de lesão renal
1	>90	Lesão renal com função renal normal
2	60-89	IR leve ou funcional
3 ^a	45-59	IR moderada ou laboratorial
3	30-59	
3 ^b	30-44	
4	15-29	IR grave ou clínica
5	<15	IR terminal ou dialítica

Nesse aspecto, as principais causas da IRC são hipertensão arterial, diabetes mellitus e glomerulonefrite, além de outras patologias como rins policísticos, pielonefrite e doenças congênitas (SBN, 2008). Vale ressaltar que os rins desempenham um papel fundamental no controle da hipertensão arterial, sendo, portanto a principal causa da IRC.

Embora na fase inicial da IRC seja assintomático devido ainda existir um grande número de néfrons em funcionamento, os primeiros sintomas só começam a aparecer quando ocorre uma redução de 20 ou 30 % da sua capacidade funcional. Todavia, mesmo com essa redução, os nefrons ainda conseguem manter a homeostase, sendo que, quando a redução é mais acentuada, ocorre o quadro de azotemia, como também a uremia, além de comprometimentos cardíacos (BARROS, et al., 2007). Maciel (2002), afirma ainda que a sintomatologia da IRC depende das fases clínicas da doença baseada na função renal.

Segundo Tomé et al., (1999), com o transcorrer da doença, os nefropatas podem apresentar algumas complicações decorrente da patologia como: encefalopatia urêmica, encefalopatias de diálise, neuropatia periférica, pericardite, miocardite, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, calcificações pulmonares, anemia, distúrbio de coagulação e sangramento, estomatite, esofagite, pancreatite, ascite, hepatite, hiperglicemia ou hipoglicemia, diminuição da libido, impotência, abortos espontâneos, alopecia, prurido, deficiência da vitamina D e diminuição da imunidade celular e humoral.

De acordo com o Brasil (2005), o diagnóstico da IRC é constatado através da investigação dos grupos de riscos, através de informações subjetivas e objetivas, nas alterações verificadas no sedimento da urina, na redução da taxa de filtração glomerular sendo analisado pelo clearance de creatinina.

Ainda sobre o diagnóstico, os exames de imagem servem para dar uma maior contribuição no diagnóstico da IRC, sendo possível identificar os diversos níveis de comprometimento renal e as causas que provocaram o surgimento da doença renal crônica. Entre elas podemos citar a ultrassonografia, a radiografia, a tomografia computadorizada, ressonância magnética e urografia excretora. Esses exames permitem analisar os danos causados aos parênquimas, obter informações sobre o tamanho e a presença de alguma alteração na textura renal, podendo ainda identificar obstrução e infecção (Barros, et al.,2007).

Pereira & Barros (2005), afirma que a função renal pode ser avaliada pela taxa de filtração glomerular sendo analisado o clearance de creatinina e pelo sedimento da urina de 24 horas, onde é possível detectar e avaliar o pH da urina, a presença de bilirrubina, glicose, hemoglobina, proteínas, corpos cetônicos e bactérias através de uma equação. Contudo, em idosos, a alteração anatômica e fisiológica que acontece decorrente do envelhecimento diminui a taxa de filtração glomerular. Nesse sentido, se faz necessário uma avaliação mais criteriosa e específica para que não se obtenha resultado falso-positivo mediante o diagnóstico da IRC no idoso.

Apesar da IRC ser considerada um grave problema de saúde, ainda é escasso os dados referentes aos portadores de IRC, mas acredita-se que 10 a 16% da população mundial seja afetada por essa doença. Segundo a SBN, dados de 2011 existem no Brasil cerca de 640 clínicas de terapia substitutivas e estima-se que 91. 314 pessoas em tratamento dialítico, sendo que a maioria corresponde ao sexo masculino. Estima-se ainda que a cada ano cerca de 21 mil brasileiros submetem ao tratamento de HD ou DP e anualmente são realizados 2.700 transplante de rins em todo o país. Desse total, 85% são atendidos pelo SUS e os outros 15% por convênios (SBN, 2011).

3.4 MODALIDADES TERAPÊUTICAS DA IRC

Com a degradação da função renal, o paciente começa a apresentar comprometimento do meio interno apresentando sintomas graves de uremia, onde após a constatação do quadro se faz necessária a implantação de um tratamento que pode ser conservador por meio de medicação ou dieta, todavia quando o tratamento conservador não demonstra resultados, se faz necessária a implantação de uma terapia substitutiva.

Vários são os métodos dialíticos de tratamento, todavia a escolha é individualizada levando em consideração os aspectos clínicos, psíquico e socioeconômico do paciente. É importante mencionar aos familiares como também ao paciente as diversas formas de tratamento disponíveis e que no transcorrer do mesmo é viável a sua mudança de acordo com a evolução do quadro clínico do paciente (TOMÉ, et al., 1999).

Existem diversos métodos de tratamento dialítico que são: hemodiálise (HD) e diálise peritoneal que pode ser dividida em diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD), diálise peritoneal intermitente (DPI), diálise peritoneal cíclica contínua (CCPD) e transplante renal (FERMI, 2010).

Entre as modalidades de terapia substitutiva, a hemodiálise é a que mais se destaca e com o passar dos anos o tratamento da IRC foi percebendo que, apesar de não repor a função renal, esses métodos permitem uma melhor qualidade de vida, restringe de forma significativa os problemas relacionados ao acúmulo de escórias dispensável para o funcionamento do organismo, como também permite a manutenção da vida (FRAZÃO, et al., 2011).

Em concordância com Nadaletto (2005), a diálise é uma modalidade terapêutica que tem como finalidade substituir os rins quando estes se encontram lesionados. Com esse método é possível eliminar substâncias tóxicas ao organismo, evitando o acúmulo de água e sais minerais para manter o equilíbrio do corpo. A diálise é um termo usado para definir a depuração extra-artificial do sangue através de uma membrana semipermeável onde ocorre a passagem de solutos de um compartimento de maior concentração para o de menor concentração. Nesse processo de transportes de solutos, os mecanismos utilizados são a ultrafiltração e a difusão. Vale ressaltar que a diálise tem como função apenas a filtração do sangue não sendo possível restabelecer a função metabólica ou endócrina. Existem duas formas de diálise: Hemodiálise e diálise peritoneal.

A hemodiálise consiste num processo de depuração das escórias acumuladas no sangue, através de uma membrana semipermeável, onde a circulação do paciente é exteriorizada e fica submersa nas soluções de diálise. Esse processo acontece três vezes por

semana com duração de 3 a 4 horas dependendo da prescrição do nefrologista. É importante salientar que, para tal procedimento ser realizado são necessários um filtro ou dialisador capilar, água deionizada, soluções de diálises (ácidas e básicas) e acesso vascular (CANZIANI, 2013).

O acesso vascular pode ser por meio da implantação de Cateter duplo lúmen (CDL), sendo este utilizado em caráter de urgência, permicath, ou de uma fistula arteriovenosa (FAV). O CDL pode ser implantado nas veias jugulares, subclávia e femoral. A FAV é um procedimento cirúrgico onde acontece uma anastomose de uma artéria com uma veia e após a sua confecção é necessário um período de maturação que varia de 30 a 40 dias para dar início a sua utilização (CARPINTER & LAZARUS, 2002). Ainda sobre os acessos venosos, constata-se algumas complicações durante o seu manuseio como infecções, hemorragias, baixo fluxo da FAV, etc.

O filtro dialisador ou rim artificial é um tubo inflexível que, em sua composição apresenta quatro entradas e dois compartimentos, separados por uma membrana semipermeável. Um dos compartimentos circula o sangue e o outro passa o dialisato em sentido contrário, para aumentar a diferença de concentração dos solutos no filtro carreando o produto final da filtração do sangue (TOMÉ, et al., 1999).

Segundo Fermi (2010), os dialisadores utilizados atualmente são os de fibra oca e as membranas que podem ser constituídas por substâncias como a celulose, polissulfona, polietersulfona, diacetato de celulose, policarbonato, etc. O autor afirma ainda que os dialisadores podem ser reutilizados após serem esterilizados, que pode ser feito através de métodos automáticos ou manuais. A escolha do dialisador vai depender da anatomia do paciente, ganho de peso e da dose de diálise necessária.

Durante a sessão de hemodiálise o paciente pode apresentar algumas alterações que podem surgir a partir de seu estado clínico ou até mesmo decorrente das substâncias utilizadas, podendo ser graves e em algumas situações chega a ser fatal, entre as mais comuns são: hipotensão arterial, câibras, náuseas e vômitos, cefaleia, prurido, alterações eletrolíticas, arritmias, convulsões, dores torácica e lombar, edema agudo de pulmão, embolia gasosa, febre e calafrios, hemólise, hemorragia intracraniana, morte súbita e síndrome do desequilíbrio. Surgem complicações não tão comuns decorrentes de contaminação de sistemas, rompimento de linhas e dialisadores, entre outros (CARPINTER; LAZARUS, 2002).

Outra modalidade de terapia substitutiva é a diálise peritoneal (DP). É um procedimento intracorpóreo, onde é utilizado o peritônio do paciente que irá substituir a função renal. Esse processo é feito através da implantação de um cateter (TENCKOFF)

flexível ou rígido na cavidade abdominal. O cateter serve para introduzir a solução de diálise na região peritoneal através da força gravitacional, podendo permanecer de 30 min há 6 horas, em situações onde é realizado a DPI ou a CAPD respectivamente, e logo após esse período ocorre à drenagem também realizada por meio de gravidade (CANZIANI; DRAIBE; NADALETTO, 2005).

Como foi citado anteriormente a DP pode dividir-se em CAPD, DPI, e CCPD. O procedimento pode ser realizado em domicílio após um treinamento realizado com pessoas capacitadas. Na CAPD, a infusão e a drenagem da solução são realizadas a cada seis horas diariamente e a quantidade do líquido infundido varia de 1 a 3,0 litros dependendo do fabricante. Na DPI, a duração do processo pode variar de 24 a 48 horas, em ambiente hospitalar, com intervalo de 1 a 2 horas e com frequência de duas vezes por semana. A DPA é realizada por uma máquina cicladora durante o período noturno com durabilidade de 8 a 10 horas. A DP é indicada quando o paciente apresenta alguma intolerância à hemodiálise ou apresenta dificuldade no acesso venoso. Apesar de ser um método menos complexo, a DP pode apresentar algumas complicações como peritonite e infecção no óstio do cateter de TENCKHOOF (CLARSON; BRENNER, 2007).

Outro recurso terapêutico utilizado nos casos de falência renal é o transplante renal. Utilizada desde a década de 60 e, ao longo desses anos com o avanço da ciência, vêm se aprimorando e mostrando resultados positivos no tocante a melhora da sobrevida do paciente renal. O procedimento consiste em implantar um rim saudável num nefropata, podendo este ser de doador, cadáver ou vivo. Cabe salientar que o rim de um doador vivo tem um melhor prognóstico de sobrevida para o paciente. O autor acrescenta ainda que, mesmo que o transplante seja de um doador vivo, existe o risco de surgir algumas complicações como rejeição e infecção do trato urinário, por isso é necessário fazer uso de drogas imunossupressoras para tentar coibir efeitos indesejáveis. O novo rim é implantado anteriormente na fossa ilíaca. Em algumas situações, é necessário remover o rim lesionado para que não haja comprometimento do que será implantado (SMELTZER; BARE; 2002).

Para que tal procedimento aconteça, o paciente precisa passar por uma avaliação clínica minuciosa e uma lista de exames laboratoriais rigorosos, entre eles estão: Tipagem ABO, prova cruzada, tipagem celular, tipagem HLA, urina, urocultura, fezes, química de sangue, ionograma, hemograma, testes para sífilis, hepatite e chagas, Rx do tórax, urografia, endoscopia digestiva, arteriografia renal ou aortografia, cistouretrografia miccional, eletrocardiograma, perfil hepático, testes imunológicos e clearance de creatinina (DIRETRIZES, 2006; GONÇALVES, et al.1999; IANHEZ, 2006; TRANSPLANTE, 2006).

Apesar da complexidade do procedimento, estudos afirmam que o transplante renal, permite ao doente uma melhor qualidade de vida, uma maior expectativa de vida e uma economia significativa para o sistema de saúde. Embora o transplante melhore a qualidade de vida do paciente, o transplantado ainda se considera uma pessoa doente por medo de acontecer alguma complicação no órgão novo (TSUJI-HAYASHI et al, 1999).

Atualmente a clínica disponibiliza três modalidades de TRS que são: hemodiálise, CAPD e DPA. Em relação aos transplantes, os pacientes são encaminhados para Fortaleza-CE e Campina Grande-PB. Em se tratando da Central de transplante da Paraíba, ainda não foi registrado nem um transplante de doador cadáver, somente de doador vivo, todavia existem pacientes que estão na fila à espera de um rim saudável.

3.5 QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE RENAL IDOSO

Atualmente tem se falado muito em qualidade de vida, porém esse termo começou a ser usado depois da segunda guerra mundial e o seu emprego era tão somente a respeito de bens materiais. No decorrer dos tempos foi se percebendo que ia além de bens materiais e sim de todo o contexto que envolve o ser humano (BOWLING, 1997).

O termo “qualidade de vida” está em moda, tem se tornado popularizado, um clichê. Recentemente o termo tem aparecido na televisão, nos anúncios de revistas, nas principais notícias de jornais e nos discursos políticos. Entretanto, o termo qualidade de vida não é apenas usado do discurso do cotidiano, mas também no contexto das pesquisas se está relacionado a várias áreas tais do conhecimento como a sociologia, a psicologia, medicina, economia, filosofia, história e geografia. Um termo de uso multidisciplinar (FARQUHAR, 1995, p. 1439).

Diante da necessidade de formular um conceito voltado para a perspectiva da saúde a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu em 1994 QV como: “A percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (OMS, 551)”.

Para Belasco & Sesso, (2006), o termo QV foi adicionado na esfera da saúde decorrentes de três fatores. Acredita-se que o primeiro aconteceu em devido ao surgimento de novas técnicas no campo da saúde, permitindo assim mudanças na recuperação e aumento da sobrevivência do paciente. O segundo consiste na mudança do perfil epidemiológico, onde as doenças infectocontagiosas foram substituídas pelas doenças crônicas. O terceiro consiste na

nova visão do ser humano, que passa de um ser que era tão somente visto como um ser biológico e na atualidade é visto como um ser social.

Quando se fala de QV em idoso, o tema tem chamado bastante atenção devido ao envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida. Com eles surgem também os problemas inerentes que estão relacionados diretamente com a fragilidade do organismo.

Segundo Franco e Fernandes (2013), a expectativa de vida da população brasileira aumentou de 48 anos para 73,4 anos, sendo que essa mudança no perfil da população está acontecendo a nível mundial e acredita-se que, até 2025 o Brasil ocupe o sexto lugar em população idosa do planeta.

De acordo com Souza (2004), a IRC afeta diretamente a QV do paciente e todos que convivem com o nefropata, isso implica diretamente no seu cotidiano por se tratar de uma doença incurável e que requer do paciente um tratamento contínuo para substituir a função renal. Cabe ressaltar que a participação dos familiares e cuidadores dos idosos na escolha da modalidade terapêutica são de extrema importância para a adesão e manutenção do tratamento.

Nesse sentido, observa-se que os portadores de IRC sofre um impacto ao confrontar com o diagnóstico de uma doença que não apresenta um prognóstico bom e que por se encontrar instalada num grau elevado necessita se submeter ao um tratamento que apresenta resultados incertos que irá interferir diretamente na QV do paciente (LIMA; GUALDA, 2000).

O autor afirma ainda que no passado, os pacientes que tivessem acima de 60 anos eram excluídos dessa modalidade terapêutica tendo em vista a baixa expectativa de vida e o alto custo para manter o tratamento. No contexto atual, esse panorama é bem diferente tendo em vista o crescente número de pessoas idosas em tratamento dialítico. Diante do pressuposto, algumas razões justificam essa mudança: maior demanda de pacientes idosos, melhor aceitação pelos países industrializados da diálise em idades avançadas e melhora da sobrevivência dos pacientes que agora envelhecem em diálise.

Deve-se considerar que, os idosos são acometidos por algumas comorbidades como hipertensão, diabete, anemia, desnutrição, distúrbios auditivos e visuais e uma predisposição para a depressão, além de serem mais vulneráveis a quedas e fraturas, essas alterações comprometem a QV do idoso quando associado à presença de tratamento de diálise (SOUZA, 2004).

Nessa perspectiva, a QV do paciente renal idoso sofre influência de fatores biológicos, sociais, físicos, psicológicos e culturais. Outro aspecto que pode comprometer a QV do

paciente é o uso de medicamentos, que devem ser disponibilizados gratuitamente pelos serviços de saúde e que devido à deficiência do sistema nem sempre podem ser ofertados (SILVA, et al., 2002).

De acordo com Kutner e Jassal (2002) os portadores de IRC em diálise geralmente alteram sua rotina e limitam suas atividades da vida diária (AVD) nos dias de tratamento. Isto pode permitir um gradativo enfraquecimento na força muscular exacerbando os sintomas de fraqueza geral e respiratória. Contudo, os pacientes idosos tem uma tendência maior de terem prejuízo nos aspectos físicos em decorrência do processo fisiológico de envelhecimento associado ao tratamento dialítico. Os autores recomendam que estratégias de reabilitação que reduzem o risco de incapacidades podem promover uma melhor QV nos pacientes idosos em diálise.

Nesse contexto, é importante orientar o idoso, assim também como o cuidador sobre a terapêutica da IRC que consiste num método que não visa à cura e sim amenizar a sintomatologia da doença e da sua progressão.

Pires (2006), afirma que, apesar das complicações há evidências crescentes de que muitos pacientes idosos podem alcançar um nível satisfatório de reabilitação pela hemodiálise. Contudo, é importante uma equipe de saúde multidisciplinar que seja estimulada a fazer uma avaliação contínua da mobilidade, do estado nutricional, da função cognitiva e do aspecto emocional, buscando também incentivar a participação do paciente no tratamento.

No que se refere às modalidades terapêuticas, Cassidy e Simms, (2004), afirma que DP é o recurso terapêutico mais eficaz para o idoso devido às dificuldades em acesso vascular, todavia, cabe ressaltar que essa modalidade exige uma pessoa para realizar tal procedimento tendo em vista a incapacidade do idoso realizar o processo sozinho.

E por fim reforça-se que, independente da modalidade terapêutica, o principal objetivo é melhorar a QV e prolongar a vida do idoso, levando em consideração sempre os seus anseios e desejos e ao mesmo tempo mostrar mecanismos para enfrentar a doença (LIMA; GUALDA, 2000).

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, com enfoque quantitativo. A escolha por um estudo descritivo justifica-se porque, pesquisa deste tipo, segundo Gil (2006), é aquela que tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Permite ainda observar, registrar, analisar e correlacionar fatos ou fenômenos sem manipulá-los, além de verificar a frequência com que eles ocorrem (CERVO, BERVIAN, SILVA, 2007).

O estudo ainda caracteriza-se como quantitativo, pois este tipo de estudo consiste em investigação de pesquisa empírica cuja principal finalidade é a análise das características dos fatos. Empregando artifícios quantitativos e tendo por objetivo a coleta sistemática de dados sobre populações, utiliza técnicas como questionários e formulários (LAKATOS; MARCONI, 2006).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado na cidade de Sousa que se localiza na extremidade ocidental do estado da Paraíba, na área do semiárido brasileiro, unidade geo ambiental sertaneja.

O município de Sousa/PB está situado em terras da primitiva localidade conhecida como Jardim Rio do Peixe, que ainda hoje, constitui o patrimônio de Nossa Senhora dos Remédios. Localizado na Região do Alto Sertão da Paraíba com uma Área Territorial de 842 Km². A população do município de Sousa/PB é composta de 65.930 habitantes (IBGE/2009), sendo 31.580 homens e 34.350 mulheres. De acordo com a Secretaria de Ação Social, a estimativa de famílias em situação de vulnerabilidade - Perfil Cadastro Único é de 13.915 famílias cadastradas. O município tem um total de 25.370 domicílios, sendo que 20.250 da população residem na área urbana e 5.120 na área rural. A densidade demográfica do município é de 75,56 habitantes por km². Sousa se encontra em 6º lugar em relação à população do Estado.

O crescimento populacional do município de Sousa está acima da média anual do Brasil e abaixo da Região Nordeste e do Estado da Paraíba. O IDH de Sousa é 0,657, a expectativa de vida em Sousa é de 62,7 anos.

O município de Sousa é hoje conhecido nacional e internacionalmente tendo o mérito pela UNESCO de ser reconhecida como patrimônio histórico da humanidade.

O estudo foi desenvolvido em uma clínica de terapia renal substitutiva de uma empresa privada na cidade de Sousa, na qual são atendidos pacientes por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como vinculados a outros convênios. A clínica de Sousa atende 102 pacientes, que são provenientes das localidades de Sousa, Aparecida, Lastro, Santa Cruz, Marizópolis, Vierópolis, Nazarezinho, Pombal, Catolé do Rocha, Jericó, Paulista, São Domingos, Brejo dos Santos, Uiraúna e Brejo do Cruz.

A pesquisa foi realizada no Centro de Hemodiálise “Dr Chico Coréa”, que fica localizada no município de Sousa – PB. O serviço de terapia renal foi inaugurado em 1996, e em sua estrutura física dispõe de duas salas brancas (sala 1 e sala 2), uma sala de HCV, destinada para pacientes portadores do vírus da hepatite C, uma sala destinada para pacientes com Hepatite B, sala para reprocessamento dos dialisadores, posto de enfermagem, CAPD, refeitório de pacientes e funcionários, emergência, consultório médico e psicologia, expurgo, sala de tratamento de água, almoxarifado, arquivo, vestiário e repouso para pacientes e equipe de enfermagem.

O quadro de funcionários é composto por técnicos de enfermagem, enfermeiras, médicos nefrologistas, nutricionista, psicólogo, farmacêutico, assistente social, secretária, técnico de manutenção e funcionários da limpeza.

O serviço da clínica de terapia renal substitutiva funciona de segunda a sábado, das 6:00 às 22:00 horas. Os programas são realizados nas segundas, quartas e sextas, e nas terças, quintas e sábados. O tempo de cada sessão variava entre três e quatro horas.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta por pacientes que está sobre tratamento Dialítico no Centro de Hemodiálise, atualmente existem 102 pacientes distribuídos em uma faixa etária que varia

entre 17 e 90 anos de idade, onde 98 fazem HD, 01 faz DPA e 03 CAPD. A amostra por sua vez foi constituída por 58 pacientes que realizam hemodiálise na unidade de terapia renal Dr. Chico Coréa que atenderam os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa.

4.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

4.4.1 Inclusão

- Ter idade igual ou superior a 60 anos;
- Apresentar capacidade de compreensão e de comunicação verbal;
- Estar realizando hemodiálise pelo menos 6 meses;

4.4.2 Exclusão

- Apresentar alterações cognitivas ou distúrbios psiquiátricos;
- Não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Ter idade inferior a 60 anos.

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado um instrumento para caracterização dos sujeitos, (APÊNDICE B) o qual abordou as questões relativas à identificação dos idosos, dados de caracterização sócios demográficos e condições clínicas da amostra. A World Health Organization Quality of Life, o grupo WHOQOL, desenvolveu uma escala com base em uma perspectiva transcultural para avaliar a qualidade de vida em adultos. Este questionário baseia-se no pressuposto de que QV é um construto subjetivo (percepção do indivíduo em questão) de natureza multidimensional e composta por dimensões positivas e negativas (THE WHOQOL GROUP, 1995). O instrumento acima citado foi chamado inicialmente de WHOQOL-100 e, a partir dele, originou-se Whoqol-bref (World Health Organization Quality of Life) versão abreviada,

constituída de 26 questões, que têm o mesmo objetivo. A partir do processo de validação do Whoqol-bref no Brasil por Fleck et al. (2000), conclui-se que o mesmo mostrou bom desempenho psicométrico, com característica satisfatória de consistência interna, validade discriminante, validade de critérios, validade concorrente e fidedigna teste-reteste. A partir disso, conclui-se que o instrumento apresentava condições de ser utilizado no Brasil (FLECK et. al., 2000). O Whoqol-bref divide-se em quatro domínios, cujas propostas avaliam respectivamente: capacidade física, bem estar psicológico, relações sociais e contexto ambiental. Apresenta ainda um domínio que avalia a qualidade de vida global. As facetas abordadas em cada domínio do Whoqol-bref são:

- **Capacidade física:** dor e desconforto; energia e fadiga, sono e repouso; mobilidade, atividade da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamento;
- **Bem estar psicológico:** sentimento positivo, pensar aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimento negativo, religião, espiritualidade;
- **Relações sociais:** relações pessoais; suporte (apoio) social; atividade sexual;
- **Meio ambiente:** segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros cuidados da saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidades de recreação/lazer; ambiente de risco; transporte.

Para se calcular os escores dos domínios para o Whoqol-bref, multiplica-se por quatro a média de todos os itens incluídos dentro do domínio. A avaliação dos resultados é feita mediante a atribuição de escores para cada questão, os quais podem ser transformados numa escala de 0 (zero) a 100 (cem), onde zero corresponde a uma pior qualidade de vida, e 100, a uma melhor situação de saúde. Cada domínio é analisado separadamente (THE WHOQOL GROU, 1995).

4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em pesquisa. O instrumento de coleta dos dados foi aplicado pelo pesquisador na referida clínica, no período

de agosto, durante as sessões de hemodiálise de forma individualizada. Cabe ressaltar que todos os entrevistados estavam cientes da pesquisa e assinaram o TCLE mediante a aplicação do instrumento, se assim desejarem.

Para a coleta de dados, foi aplicado um questionário sociodemográfico e Whoqol-bref preenchido pela pesquisadora para avaliar a qualidade de vida, considerando-se a possibilidade dos participantes apresentarem acuidade visual diminuída, baixo grau de instrução e imobilização de uns dos membros superiores durante a sessão de HD impossibilitando a escrita.

4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foi inicialmente transportados para um banco de dados do programa Excel for Windows XP e posteriormente, a análise estatística foi realizada utilizando o Pacote *Estatístico StatisticalPackage for Social Sciences* (SPSS) versão 18.0.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada respeitando os aspectos éticos de estudos com seres humanos, normatizados pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS, pela resolução nº. 466/2012. Esta resolução regulamenta as pesquisas em seres humanos e asseguram aos participantes do estudo informações acerca dos seus objetivos, bem como o anonimato, a liberdade para o consentimento e desistência da participação, em qualquer momento, sem prejuízo para sua assistência (BRASIL, 2012)

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Neste capítulo, considerando-se o volume e a riqueza dos dados obtidos, será feita a discussão em tópico, seguindo a apresentação das tabelas. Espera-se, assim facilitar a leitura e a compreensão dos dados analisados à luz dos trabalhos disponíveis na literatura atual.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes da pesquisa quanto ao gênero, faixa etária, estado civil, escolaridade, renda familiar, ocupação. Sousa, 2013.

IDADE CATEGORIZADA	F	%
60 a 75 anos	42	84
76 a 90 anos	08	16
Gênero		
Masculino	31	62
Feminino	19	38
Estado Civil		
Solteira	03	6
Casada	29	58
Viúva	11	22
Outra	07	14
Escolaridade em anos		
Até 4 anos	40	80
5 a 11 anos	07	14
12 anos ou mais	03	6
Renda Familiar		
1 a 2 Salário Mínimo	37	77
3 a 4 Salários Mínimos	08	16
> 5 Salários Mínimos	05	10
Ocupação		
Executa atividades fora do lar	10	20
Executa atividades no lar	40	80
Religião		
Católico	43	86
Evangélico	05	10
Outra	02	4
TOTAL	50	100

FONTE: Dados da pesquisa/2013

As características sócio demográficas e sócio econômico da população estudada do Centro de Hemodiálise de Sousa- PB estão elucidadas na tabela 1. Em relação ao gênero observa-se que houve um predomínio do sexo masculino com 62 % da amostra total,

enquanto que o gênero feminino alcançou um total de 38 %. Dos 50 idosos entrevistados, 84% encontra-se numa faixa etária que varia de 60 a 75 anos e 16 % entre 76 a 90 anos.

Observa-se que, com o avançar da idade, o organismo está mais vulnerável para adquirir doenças, como também ocorre um prejuízo em suas funções fisiológicas e metabólicas, comprometendo assim o funcionamento dos órgãos vitais do organismo. Em decorrência desse processo de envelhecimento, e com o aumento da expectativa de vida, houve um aumento significativo de pessoas idosas em tratamento dialítico. No que se refere ao aumento da faixa etária, segundo dados estatísticos é possível observar que houve um aumento na prevalência da IRC em portadores entre 18 e 30 anos obtêm-se um percentual de 10,25%; de 31 a 50 anos, 33,34%; e de 51 anos em diante há uma prevalência de 56,41%.

Em relação ao gênero, observa-se que os dados encontrados na pesquisa não estão contrapondo os dados encontrados na literatura, pois segundo a SBN, atualmente o número de pessoas do sexo masculino é superior ao gênero feminino. Estudos apontam que esse resultado indica que os homens estão mais susceptíveis a desenvolver a doença (SBN, 2011).

Ao serem questionados sobre a sua situação conjugal, 58 % dos entrevistados são casados e 22 % eram viúvos. O resultado encontrado nessa pesquisa não difere dos resultados encontrados na literatura.

Segundo Martins e Cezarino (2005) e Yang, et al, (2005), afirmam que a maioria dos pacientes renais que se encontram em terapia renal são casados. De acordo com os autores acima citado esse fator é relevante para o paciente nefropata, pois o envolvimento e a participação da família no enfrentamento da doença permitem ao mesmo uma melhor aceitação da sua condição principalmente pelas mudanças que irão ocorrer na sua vida diária.

Quanto ao nível de escolaridade observa que houve um predomínio na faixa de até quatro anos de estudo, ou seja, cerca de 80 % da população estudada apresenta um grau de escolaridade baixo, e isso implica diretamente da qualidade de vida do paciente, pois em consonância com outros estudos, observa-se também que o nível de escolaridade se encontra num nível educacional diminuído (TERRA, 2007).

Esse fator torna-se um agravante para o nefropata, pois o baixo nível de escolaridade ocasiona prejuízo para o processo de entendimento a cerca da doença e sua modalidade de tratamento, comprometendo o processo de autocuidado. Diante dessa realidade, os profissionais que atuam nos serviços substitutivos devem ficar atentos para a comunicação

verbal entre profissional e paciente, uma vez que os mesmos necessitam de linguagem clara e objetiva que viabilize ao paciente um entendimento preciso sobre sua doença e seus respectivos cuidados. Dessa forma, conclui-se que quanto maior o grau de escolaridade, maior será o entendimento sobre a doença (TERRA, 2007).

Ao serem abordados sobre a sua condição financeira, 77 % da população relataram ter uma renda mensal entre um e dois salários mínimos. Em consonância com esses dados, estudos apontam também que a maioria dos portadores de IRC possui uma renda mensal que varia entre um a dois salários mínimos (SANTOS 2005; IANHEZ et al., 2006; CESARINO 2005).

No tocante a renda familiar, é importante ressaltar, que na sua grande maioria, essa renda não é suficiente para manter as despesas porque além da mudança dos hábitos alimentares ainda existe o uso de medicação que nem sempre estão disponíveis na rede pública (SANTOS, 2005).

Em relação à ocupação, 80 % dos idosos são aposentados ou recebem um auxílio-doença e suas atividades se restringem somente no âmbito domiciliar. No contexto geral a IRC é uma doença que, devido às modalidades terapêuticas e as condições clínicas dos pacientes, geralmente deixa o paciente inapto para desenvolver suas atividades trabalhistas. Esse agravo é uma realidade impactante encontrada em quase todos os centros de diálise que ocorre tanto em relação às limitações físicas como a rotina do tratamento, causando no paciente uma sensação de impotência, constituindo assim um problema de saúde, social e econômico (RUDNICKI, 2007).

Observa-se que às condições de adaptação ao trabalho, as mulheres demonstram uma melhor capacidade de retorno as suas atividades laborais do que os homens. Por outro lado, espera-se que o homem seja capaz de desenvolver suas atividades contribuindo assim para o seu crescimento e da sociedade ao qual está inserido. Cabe mencionar que o trabalho expressa relevância na vida das pessoas com a auto-realização profissional, bem como de ordem financeira e para a manutenção da família (KUSUMOTO, 2007).

Concordando com esse pensamento Niu e Li (2005), afirmam que os pacientes que se encontram em terapia renal devem ser, sempre que possível inseridos no mercado de trabalho, pois essa condição pode interferir diretamente a sua qualidade de vida. Dessa maneira a não realização das atividades remuneradas geram conflitos psicológicos que interferem na

evolução clínica dessas pessoas.

Quanto ao quesito religião, 86% dos entrevistados são católicos e 10% são evangélicos. De acordo com o IBGE (2006), a maioria da população Brasileira é católica. Esses dados coincidem com outros estudos, onde também foi identificado que uma grande parte da população segue uma religião e são praticantes. Isso representa um meio para ajudar no enfrentamento da doença (YANG, 2005). De uma maneira geral, a IRC gera desconforto causado muitas vezes pelas alterações no organismo, diante dessa situação, os pacientes buscam na religião um aporte para ajudar a superar as perdas e as mudanças que ocorre no seu cotidiano (LIMA, GUALDA, 2000).

Conclui-se, que a espiritualidade e a religiosidade possuem um papel importante para o paciente em diálise, devendo ser considerada pelos profissionais que assistem esses pacientes.

Tabela 2 - Distribuição da população quanto ao seu estado de saúde e a prática de atividade física e lazer. Sousa, 2013.

Estado de Saúde	F	%
Boa	21	42
Fraca	21	42
Muito Fraca	08	16
Atividade Física		
Sim	08	16
Não	42	84
Tipo de Atividade Física		
Caminhada	08	100
Total	08	100
Atividade de lazer		
Sim	11	22
Não	39	78
Total	50	100
Tipo de atividade de lazer		
TV	01	8,4
Igreja	04	33,3
Passeio	04	33,3
Festa	03	25
Total	12	100

FONTE: Dados da pesquisa/2013

Com relação ao estado de saúde, houve um predomínio entre “boa” e “fraca”, onde os resultados foram iguais para essas duas variáveis, o que corresponde a 42% para ambas enquanto 16 % acham que a sua saúde é muito fraca.

Observa-se que esse resultado mostra uma aceitação como também uma negação seu estado de saúde atual e a partir da entrevista realizada com os idosos percebeu-se que existe um sentimento de ambiguidade, pois ao mesmo tempo em que significa vida, esperança de viver mais, observa-se também que a ausência desta modalidade de tratamento é sinônimo de morte.

Cabe mencionar que a fragilidade da pessoa idosa acontece pelo próprio processo de envelhecimento, contudo, a confirmação do diagnóstico da doença renal crônica provoca um impacto em diversas perspectivas de sua vida. Desta forma, o tratamento hemodialítico representa a esperança de manter-se vivo, porém esse sentimento conflitante, na maioria das vezes, reflete de forma negativa na qualidade de vida.

Os pacientes portadores de DRC em programa de diálise convivem com o fato de possuir uma doença incurável, que os obrigam a se submeterem a um tratamento doloroso que provoca limitações e impacto na vida social.

Quanto à prática de atividade física observa-se que 84% da população estudada não praticam nenhuma atividade física. Com a evolução da DRC, ocorre também uma piora na capacidade do paciente em desenvolver qualquer atividade física, porém, é importante frisar que as atividades físicas são capazes de promover uma série de benefícios físicos, clínicos e psicológicos para o paciente portador de IRC. Apesar de todos os benefícios que as atividades físicas concernem ao paciente, diante das alterações fisiológicas e metabólicas, é necessário que haja uma orientação e acompanhamento especializados para que suas necessidades sejam atendidas e que os efeitos benéficos sejam compensatórios (CANZIANI, 2013).

Ao falar da prática de atividade de lazer, a pesquisa mostra que 78% dos entrevistados referiram não participarem de nenhuma atividade. Estudos realizados por Mori e Silva (2010), afirmam que atividades de lazer proporcionam satisfação e melhora na saúde do indivíduo. Por exemplo, a prática de atividades prazerosa pode atuar como variável mediadora na superação e prevenção de estresse, depressão e outras desordens psicológicas em idoso (LEITE, 2012).

Essa alteração no seu cotidiano acredita-se que ocorre em decorrência da mudança em sua rotina diária como o uso de medicação em horários regulares e do tratamento contínuo. Vale ressaltar, que mesmo com os avanços tecnológico ocorrido no tratamento da IRC, ainda é notório o déficit motor e metabólico que afeta diretamente a qualidade de vida do portador

(CARREIRA; MARCON, 2013).

Tabela 3 - Distribuição da população estudada quanto ao tempo de hemodiálise, tipo de acesso venoso e local de acesso. Sousa, 2013.

Tempo de hemodiálise em meses	<i>f</i>	%
Até 12 meses	10	20,0
13 a 72 meses	30	60,0
73 meses ou mais	10	20,0
Tipo de Acesso Venoso para Hemodiálise	<i>f</i>	
Fístula arteriovenosa (FAV)	44	88,0
Cateter de Duplo Lúmen (CDL)	06	12,0
Total	50	100
Local de inserção do CDL	<i>f</i>	%
Jugular	04	66,6
Subclávia	01	16,7
Femoral	01	16,7
Total	06	100

FONTE: Dados da pesquisa/2013

Para fazer a análise do tempo de tratamento em hemodiálise, foram incluídos aqueles que faziam a mais de seis meses, considerando que dentro deste período de tempo, as mudanças e variações na qualidade de vida estariam mais evidentes, pois pacientes que a realizam há pouco tempo convivem com a sensação de desconforto, irritação e intolerância. Dessa forma, utilizou-se o critério de seleção para os pacientes que realizam tratamento a mais de seis meses até os doze primeiros meses, compreendendo um valor estatístico de 20%; os que realizam hemodiálise entre 13 e 72 meses corresponde a 60 % e 20 % tem mais de 73 meses de hemodiálise.

Ao referir-se ao tempo de permanência em tratamento de hemodiálise, em um estudo realizado por Frazão (2011), foi constatado que, com um maior tempo de tratamento, a hemodiálise torna-se algo cotidiano e suportável para os pacientes, porém, o comprometimento dos aspectos emocionais e sociais é notório.

Com relação ao tipo de acesso venoso, 88 % dos pacientes utilizam a FAV como a via de acesso para hemodiálise. No presente estudo não foi identificado à especificação detalhada do local de confecção da FAV, porém, segundo a literatura, a FAV recebe uma denominação de acordo com a ligação dos vasos podendo ser radio cefálica, braquicefálica, ulnar-basilíca, braquiobasilíca e radio basilíca. A FAV é considerada o melhor tipo de acesso vascular para hemodiálise, permite uma terapêutica mais eficaz, sem contar que melhora a sobrevida e a

qualidade de vida do paciente.

Segundo Reis (2001), a confecção da FAV convencional consiste numa anastomose de uma artéria radial com a veia cefálica, ao nível do antebraço, geralmente o procedimento é realizado no membro não dominante para não causar muitas limitações no paciente. Outro fator importante para a utilização da fístula é necessário aguardar o seu amadurecimento, pois a sua maturação ininterrupta antes da utilização está associada a uma melhor sobrevida em longo prazo. As principais complicações da FAV são fluxo baixo, trombose, isquemia da mão, pseudoaneurisma e infecções.

Como se pode perceber, a maioria dos pacientes utiliza como via de acesso venoso a FAV, porém, alguns pacientes idosos estavam utilizando o CDL como via de acesso venoso para o tratamento dialítico. O CDL é utilizado como acesso temporário para pacientes portadores de insuficiência renal aguda, para pacientes portadores de insuficiência renal crônica sem acesso permanente como também para pessoas transplantadas que precisam fazer hemodiálise não permanente (SBN, 2007). O local para implantação do CDL pode ser as veias jugulares, subclávia e femoral.

Observa-se que neste presente estudo houve um predomínio da veia jugular como local de inserção do CDL. Em consonância com esse dado, estudos apontam que a veia jugular é preferencialmente o local de escolha para a implantação do CDL. Em relação ao tempo de permanência, a literatura recomenda que o CDL implantado na veia femoral deve ser trocado a cada 5 dias e 21 dias nas veias jugulares e subclávia, justificando assim a preferência pela veia jugular como local de inserção (LIMA; GUALDA,2000).

Destaca-se que uma das grandes complicações que ocorre em paciente com IRC são as infecções, sendo esta a segunda causa de mortes perdendo apenas para as doenças cardiovasculares. Entretanto, acredita-se que muitas dessas infecções são causadas pelos acessos venosos temporários e os principais agentes causadores são os *Staphylococcus aureus*, *Escherichia Coli*, *Staphylococcus epidermidis*, além de outras bactérias Gram-negativas (MARQUES, 2005).

Vale ressaltar que muitas infecções exógenas são transmitidas pelas mãos dos profissionais de saúde principalmente no manuseio dos procedimentos invasivos, preocupados com essa complicação, os profissionais de saúde tem buscado soluções para prevenir e controlar as infecções através de técnicas e soluções assépticas como também a realização de

uma inspeção criteriosa durante o manuseio objetivando a detecção precoce de sinais que possam identificar uma infecção.

Tabela 4 - Distribuição da população estudada quanto à doença renal primária. Sousa, 2013.

Doenças renais primárias	F	%
Nefropatia diabética	20	31,25
Glomerunefrite	03	4,68
Rins policísticos	04	6,25
Hipertensão Arterial Sistêmica	36	56,25%
Indeterminada	03	4,68
Outra	08	12,50
Total	74	100

FONTE: Dados da pesquisa/2013

De acordo com os dados da tabela, pode-se constatar que a HAS aparece como a principal causa da IRC para 56, 25 % dos pacientes, seguido pela DM com 31, 25 % dos casos. Esses achados da pesquisa coincidem com os dados encontrados na literatura, onde apontam a HAS e a DM como as principais causas da IRC.

Segundo Rodrigues e Marcos (2004), a HAS e a DM são doenças silenciosas, e nem sempre são acompanhadas por sinais e sintomas, o que torna um agravante para os portadores por desconhecerem e não seguirem uma terapia que possa evitar as complicações como a IRC que ocorre através da perda gradativa da função renal. Cabe mencionar a que HAS causa danos aos glomérulos renais e em relação ao comprometimento da função renal causado pela diabetes mellitus, ocorre às alterações morfológicas dos glomérulos renais e ao aumento de excreção urinária de albumina.

Vale salientar que com o processo de envelhecimento, são identificadas algumas alterações fisiopatológicas responsáveis pela presença de hipertensão arterial no idoso, como a diminuição de elasticidade dos vasos e aumento de aterosclerose, com consequente aumento da resistência vascular periférica.

Quanto à presença de alterações clínicas observa-se que todos os pacientes apresentam alguma alteração no estado de saúde, porém houve uma maior prevalência de HAS com 24, 67 %, 15, 33 % apresentam déficit de deambulação, 13, 33% e 12 % são portadores de DM.

Esses dados coincidem com alguns estudos realizados em outros centros onde existe a presença de outras doenças e complicações associadas a IRC comprometendo assim a qualidade de vida do paciente (YANG, 2005).

Tabela 5 - Distribuição dos pacientes quanto à sua condição clínica. Sousa, 2013.

Condições Clínicas	F	%
Hipertensão Arterial Sistêmica	37	24,67
Déficit de deambulação	23	15,33
ICC	20	13,33
Diabetes Mellitus II	18	12%
Déficit visual	16	10,67
Doença Venosa Periférica	08	5,33
Acidente Vascular Encefálico	07	4,67
Arritmia Cardíaca	05	3,33
Doença Isquêmica Cardíaca	03	2,00
Tabagismo	03	2,00
Neoplasia	03	2,00
DPOC	03	2,00
Desnutrição grave	02	1,33
HIV/ AIDS	01	0,67
Hepatite C	01	0,67
Total	150	100

FONTE: Dados da pesquisa/2013. *Houve mais de uma resposta por entrevistado.

Segundo Bortolotto (2008), a hipertensão arterial é uma das principais causas de insuficiência renal crônica, podendo esta, ser tanto a causa como a consequência de uma doença renal. A filtração glomerular cai entre 0,08 ml por ano a partir dos 40 anos, com isto, aumenta a vulnerabilidade do sistema renal e o paciente perde a capacidade de manter a homeostase renal.

Em relação ao idoso, ocorre uma redução considerável do fluxo renal, devido ao aumento da resistência intra-renal, perda da capacidade de auto-regulação que acarreta ineficiência, no momento da hipertensão, quanto da hipotensão (BORTOLOTTI, 2008).

Mota (2011), afirma que os principais fatores que levam um paciente com IRC a desenvolver a HAS, são, hipervolemia, retenção de sódio, ganho de peso interdialítico, ausência de diurese residual devido à incapacidade dos rins em eliminar esses solutos. Entretanto, outros mecanismos podem estar envolvidos, tais como maior produção de vasoconstritores, como a angiotensina II, diminuição de vasodilatadores, como as prostaglandinas, e alterações na função endotelial com síntese prejudicada do óxido nítrico. Com a retenção dessas substâncias no organismo, ocorre um aumento do volume intravascular e como consequência eleva-se o débito cardíaco.

É importante ressaltar que o controle da HAS pode acontecer somente através do processo dialítico ao qual o paciente submete-se para a eliminação do excesso de água e sódio

além das substâncias nitrogenadas desnecessárias para o funcionamento do organismo, porém, quando as técnicas de diálise se tornam ineficazes para o controle da HAS associam-se as medicações anti-hipertensivas (TERRA, 2007).

Cabe mencionar que a HAS é uma das principais causas de morbidade e mortalidade que acelera a aterosclerose e precipita complicações relacionadas ao aumento da pressão, portanto, cada vez mais fica evidente a importância do controle da HAS para evitar a progressão da IRC.

Outro dado que apresentou relevância na pesquisa foi o déficit de deambulação, onde 15, 33 % se encontram com uma deficiência no ato de deambular. Observa-se que o envelhecimento da população é um grande desafio para o século atual, porém, um dos grandes aliados no processo de envelhecimento saudável são a promoção e a prevenção de complicações relacionadas às alterações fisiológicas, morfológicas, bioquímicas e psíquicas inerentes a essa faixa etária (NEVES, 2002).

Algumas doenças prevalentes nessa faixa etária podem prejudicar ou acelerar alguns distúrbios que acarretará um prejuízo na deambulação como a DM, AVE, Osteoporose, artrite reumatoide, dor, doença de Parkinson, IRC, entre outras (NEVES, 2002).

Nas formas mais graves da IRC, geralmente todos os órgãos e tecidos são afetados. Nesse sentido ocorre um acúmulo de substâncias tóxicas no meio interno, esse acúmulo ocorre pela ineficiência de excreção ou pelo excesso de produção devido a distúrbios metabólicos, no entanto, para que os ossos se mantenham com uma estrutura normal, necessitam que os rins tenham a sua função conservada, todavia, quando o rim encontra-se com a sua função alterada, afetam diretamente a formação dos ossos, pois são responsáveis pela regulação das concentrações de cálcio e de fósforo no sangue e produzem uma forma ativa da Vitamina D.

Com isso, afirma-se que o déficit de deambulação está diretamente ligado a presença da IRC como também de outras doenças prevalentes do idoso. É possível observar ainda que a ICC acomete cerca de 13,33% dos pacientes e 12 % apresenta nefropatia diabética.

Ao referir-se à presença de doenças cardiovasculares, observa-se uma prevalência significativa em pacientes submetidos ao tratamento da IRC. Acredita-se, que isso ocorre pelo aumento dos indicadores usuais de risco para a aterosclerose, especialmente diabetes e hipertensão. Os fatores especificamente associados com a uremia, como hipertrigliceridemia,

hiperparatireoidismo, calcificação vascular, metabolismo anormal de cálcio e fósforo, e talvez, os níveis séricos de urato e oxalato também podem desempenhar um aumento das doenças cardiovasculares (PIVATTO, 2010).

No tocante a DM, estudos afirmam que é a causa mais frequente de DRC no mundo segunda doença mais prevalente entre os pacientes em diálise no Brasil, no entanto, acredita-se que as crescentes incidência e prevalência da DM são atribuídas graças ao envelhecimento populacional.

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença metabólica caracterizada pelo aumento anormal da glicemia provocada pela falta de insulina, absoluta ou relativa. O controle glicêmico nesses pacientes é um desafio, pois envolve orientações sobre os hábitos alimentares, sobre o uso dos hipoglicemiantes orais, particularmente nos estágios mais avançados da DRC (BUSNELLO, 2012).

Considera-se, portanto, a DM como um sério problema de saúde, pois além de afetar diretamente a qualidade de vida, o estilo de vida dos acometidos também pode levar à redução acentuada da expectativa de vida dessa população.

No que se refere ao uso de medicação, observa-se que todos os participantes fazem uso de alguma medicação, entretanto, não foi possível encontrar dados relevantes na literatura que pudesse fazer uma correlação sobre o uso contínuo de medicação em pacientes que são submetidos à terapia renal substitutiva relacionado aos grupos dos medicamentos.

Tabela 6 - Caracterização quanto ao uso de medicação pelos pacientes renais crônicos. Sousa, 2013.

Uso de medicação	F	%
Sim	50	100
Não	0	0
Total	50	100

FONTE: Dados da pesquisa/2013

Quanto aos grupos de medicamentos, os que mostram maior incidência do uso foram os antianêmicos, os suplementos de vitamina D, os aglutinantes de fosfato, os hipoglicemiantes, os protetores gástricos, os vasodilatadores e os anti-hipertensivos.

Segundo Rahman e Griffn (2004), a quantidade de drogas prescritas para paciente em hemodiálise varia de 7 a 11 medicamentos. Essa quantidade se justifica pela presença de

outras doenças associadas a IRC, visando alcançar o efeito terapêutico desejado, porém, espera-se ainda tanto a potencialização como a redução dos efeitos terapêuticos.

Tabela 7 - Distribuição dos principais medicamentos utilizados pelos pacientes renais crônicos. Sousa, 2013.

Tipos de medicações	F	%
Antianêmico	48	23,18
Suplemento de Vitamina D	47	22,70
Aglutinante de Fosfato	44	21,25
Hipoglicemiante	18	8,69
Anti-hipertensivo	17	8,21
Gastroprotetor	12	5,79
Antiarrítmico	06	2,89
Antianginoso	05	2,41
Antidepressivo	05	2,41
Corticoide	02	9,60
Broncodilatador	02	9,66
Antirretrovirais	01	0,48
Total	207	100

FONTE: Dados da pesquisa/2013

Em suas condições normais de funcionamento, além de manter a homeostase do organismo, os rins são responsáveis pela produção de alguns hormônios importantes para a manutenção do nosso. Esses hormônios são o calcitriol e a eritropoietina além do sistema renina angiotensina. Quando a taxa de filtração glomerular fica abaixo de 60 ml/min e a produção do calcitriol reduz, ocorre uma redução na absorção do cálcio no trato gastrointestinal, com isso os rins deixam de excretar o fósforo, resultando na baixa absorção do cálcio e como consequência provoca a hipocalcemia que irá desenvolver o aumento do PTH (DEUS, 2009).

Em relação à eritropoietina, os rins agem liberando esse hormônio para estimular a medula óssea na eritropoese, ou seja, na maturação e produção dos glóbulos vermelhos, porém quando o paciente apresenta déficit da produção desse hormônio, justifica, o uso das medicações antianêmicas para efeito compensatório evitando que o pacientes apresente quadro de anemia grave (GOLDMAN, 2005).

Como podemos observar, os pacientes com IRC utilizam outros medicamentos para tratamento de algumas doenças de base, como a DM, onde os mesmos fazem uso de hipoglicemiantes. Outra medicação que aparece em destaque na pesquisa são os protetores gástricos. Esse dado coincide com um estudo feito por Souza (2004), onde supõe-se que

ocorra devido ao uso concomitante com outras medicações para amenizar os efeitos indesejáveis.

Outra classe de medicação citada na pesquisa e bastante comum na lista de medicamentos que os pacientes com IRC utilizam são os anti-hipertensivos. Como já foi citado a HAS pode ser tanto a causa como a consequência da IRC. Os principais medicamentos encontrados na pesquisa pertencem ao grupo dos beta-bloqueadores, vasodilatadores, diuréticos, bloqueadores do canal de cálcio e inibidores da enzima conversora de angiotensina.

De acordo com Vik et al. (2006), os pacientes por serem portadores de uma doença crônica necessitam fazer uso de alguma medicação com o objetivo de inibir a sua evolução ou as manifestações clínicas.

Tabela 8 - Principais exames realizados pelos pacientes que realizam hemodiálise. Sousa 2013.

Exames solicitados	Média	Desvio-padrão
Ureia pré-HD	173	40,56
Hemoglobina	10,87	2,35
Potássio	5,53	0,18
Fósforo	4,83	0,23
Ureia pós-HD	71,8	31,21
KT/V	68,88	14,25
Hematócrito	35,99	8,12
Cálcio	10,03	0,25

FONTE: Dados da pesquisa/2013

Os exames laboratoriais e de imagem são importantes tanto no diagnóstico quanto no acompanhamento da IRC.

Segundo Fermi (2010), para que o paciente se submeta ao tratamento de hemodiálise, os exames devem ser prescritos, mensalmente, trimestralmente, semestralmente e anualmente.

Para os exames que são realizados mensalmente, preconizam-se os seguintes exames: Ureia pré e pós, hematócrito, dosagem de hemoglobina, potássio, cálcio, fósforo, transaminase glutâmica, glicemia para diabéticos e creatinina durante o primeiro ano de tratamento, além das sorologias para HIV, hepatite B e hepatite C. Nos exames trimestrais além dos que são realizados mensalmente acrescenta o hemograma completo, Transferrina, dosagem de ferritina, ferro sérico, proteínas totais e frações além de fosfatase alcalina.

Semestralmente são realizadas as sorologias e a dosagem do paratormônio e anualmente são realizados exames de colesterol total e frações, triglicérides, nível sérico de alumínio e raios X do tórax em PA e perfil (RCD 154, 2004).

No presente estudo, verifica-se através dos prontuários dos pacientes que os exames são realizados de acordo com o que é preconizado pelo MS, exceto a creatinina que segundo informações passadas pela equipe, este só é realizado na admissão do paciente. Ao confrontar com a literatura, a média dos resultados dos exames se encontra dentro dos valores considerados normais (CANZIANI, 2013)

Dessa forma, conclui-se, que os métodos dialíticos estão sendo satisfatórios para se obter um resultado positivo e isso tem ocorrido graças aos avanços tecnológicos.

5.2 ANÁLISE DOS DADOS ESPECÍFICOS RELACIONADOS À QUALIDADE DE VIDA ATRAVÉS DO WHOQOL-BREF

No presente estudo, os dados foram avaliados através do Whoqol-bref, desenvolvido por um Grupo da Organização Mundial da Saúde em 1998 e validado no Brasil em 2000, consta de 26 questões, das quais duas são gerais sobre QV e as 24 restantes abordam quatro domínio: físico, social, ambiental e psicológico. O resultado foi obtido através de um escore analógico, variando de 0 a 100, no qual quanto maior o escore, maior a qualidade de vida, e quanto menor o escore, menor a qualidade de vida destes pacientes.

Tabela 9 - Escores obtidos no questionário Whoqol-bref de pacientes em hemodiálise. Sousa, 2013.

Domínios do Whoqol-bref	Média	Desvio-padrão
DF	43,94	17,94
DP	49,58	14,12
DRS	64,48	10,76
DMA	52,79	13,81
QV	52,66	11,03

FONTE: Dados da pesquisa/2013

DF: Domínio Físico; DP: Domínio Psicológico; DRS: Domínio Relações Social; Domínio Meio Ambiente; QV: Qualidade de Vida.

O Whoqol-bref permitiu avaliar a QV através dos domínios específicos, ao analisar os resultados da tabela acima de uma forma geral observa-se que o DF encontra-se mais

prejudicado com uma média de 43, 94%. Este domínio tem o objetivo de avaliar dor, desconforto, energia, fadiga, sono, repouso, mobilidade física, atividade de vida instrumental e cotidiana, dependência de medicação ou de tratamento.

Os participantes provavelmente não obtiveram melhor desempenho desse domínio em consequência da capacidade funcional diminuída, dores, problemas com o sono e dificuldade de realizar as atividades instrumentais e de vida diária. Este domínio tem uma abrangência ampla em relação aos vários aspectos da vida do idoso, principalmente se esse idoso for portador de alguma enfermidade e não mantenha um cuidado adequado com sua saúde (LEITE, 2012).

Outro fator que também justifica esse comprometimento funcional do domínio físico são as alterações musculoesqueléticas que ocorre fisiologicamente com o avançar da idade comprometendo as atividades funcionais e físicas das pessoas (BRAGA, 2011). Ao falar de DF, observa-se afetado também por outros estudos que avalia a QV do paciente com IRC. Cabe mencionar que o doente renal crônico em tratamento hemodialítico necessita submeter-se a um tratamento doloroso, de longa duração, que gera mudanças de grande impacto que repercutem na sua vida (RIBEIRO, 2007).

Observa-se que no referido estudo o domínio mais preservado foi o domínio de relações sociais com uma média de 64, 48%. No tocante aos domínios psicológico e meio ambiental, estes se encontram com médias relativamente baixas, comprometendo a QV dos pacientes com IRC que apresentaram uma média de 52,66.

As doenças crônico-degenerativas vêm mudando o perfil da população mundial, no entanto, ela surge na vida de uma pessoa determinando uma nova realidade. O tratamento por hemodiálise juntamente com a progressão da DRC causam limitações e prejuízos nos estados de saúde mental, física, funcional, bem-estar geral, interação social e satisfação do paciente (MACHADO, 2003).

O domínio psicológico, este aparece com uma média também considerada prejudicada. O tratamento de hemodiálise é responsável por uma rotina monótona e desgastante para os usuários. As mudanças nos hábitos de vida e a necessidade de deixar de fazer o que proporciona prazer pela vida refletem nas alterações do humor em decorrência das mudanças de ordem social, econômica, física e emocional (KUSUMOTO, 2008).

De acordo com Higa et al. (2007), afirma que a IRC causa alterações significativas de

caráter físico e as condições ambientais em que vivem, desencadeiam alterações psicológicas e sociais, estando esses diretamente interligados na avaliação da qualidade de vida dos pacientes. Nesse contexto podemos perceber que os pacientes sofrem alterações significativas em seu cotidiano, no entanto a IRC e o tratamento hemodialítico provoca uma série de situações impostas pela doença; podem-se destacar: a dependência e restrições impostas pelo tratamento, o medo da morte, as complicações físicas da doença e as mudanças da imagem corporal.

Quanto ao DS, na pesquisa foi o score que apresentou um melhor resultado. Esse resultado mostra-se semelhante a outros estudos onde o DRS é considerado o mais preservado (TAKEMOTO, 2011). Contudo, esse resultado contradiz a literatura, uma vez que a IRC e o tratamento leva o paciente ao isolamento social, o afastamento da família e em algumas situações sofre discriminação por ser portador de uma doença crônica (GOES; DIAS, 2004).

Em relação ao idoso, em decorrência da faixa etária, estes desenvolvem maiores dependências, pois além das mudanças intrínseca que ocorre com o avançar da idade, começa também a enfrentar as mudanças relacionadas à doença. Por sua vez, necessitam da presença e apoio de familiares ou amigos para o cuidado. Esse envolvimento familiar é indispensável para o idoso com DRC em tratamento hemodialítico (SILVA, 2005). Dessa forma, conclui-se que a família exerce um papel importante para o enfrentamento da doença, uma vez que a compreensão e o respeito as suas limitações poderão melhorar a qualidade de vida para o portador de IRC.

O quesito DMA, este também se apresentou com uma média não muito satisfatória. Em um estudo realizado por Martins e Cezarino (2004), os autores citam alguns agravantes que pode influenciar no cotidiano e no meio em que vive. Baseado na pesquisa e no estudo dos autores citados, o principal agravante foi à questão financeira, pois grande parte desta se destina para compras de medicamentos e enquanto outras necessidades básicas ficam restritas por falta de recursos financeiros.

Ao avaliar a QV dos idosos submetidos a tratamento hemodialítico, os dados encontrados na pesquisa mostram uma qualidade de vida relativamente comprometida. Vale salientar que esse resultado é ancorado nas variações de acordo com os domínios analisados.

Por se tratar de indivíduos com uma doença crônica, progressiva e irreversível identificou-se que o escore mais prejudicado trata-se do domínio físico, o qual aborda

questões relativas ao estado de saúde do paciente. Em contrapartida, a existência de boas relações no âmbito social, principalmente com familiares, influencia para o aumento no escore do domínio social. É importante destacar para a boa percepção individual da qualidade de vida desses pacientes, sugerindo um avançado estágio de adaptação à patologia e terapêutica utilizada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esse estudo, buscou-se avaliar a QV do paciente nefropata, e pode-se afirmar que todos os objetivos foram alcançados, pois com a análise dos dados, observa-se que a maioria da população estudada pertence ao sexo masculino com uma faixa etária de maior predominância entre 60 e 75 anos de idade.

Quanto ao grau de escolaridade, percebeu-se que a grande parte dos pacientes possui um nível de escolaridade baixo e que isso interfere diretamente na QV, já que essas pessoas apresentam uma deficiência sobre o entendimento da doença comparado aos indivíduos que possuem mais anos de estudo. Com relação à prática de atividade física, verificou-se que a maioria dos pacientes não realiza nenhuma atividade física, mesmo sabendo que a prática de atividade física regularmente melhora a saúde e a QV do paciente.

Entre as doenças de bases observou-se que a HAS e a diabetes são as principais causas da IRC. Fica evidente que a HAS e a DM são as principais doenças de base da IRC, no entanto, é necessário fazer um rastreamento e monitoramento da doença para que o paciente retarde ou evite a sua admissão no tratamento dialítico.

Os dados revelaram que todos os pacientes apresentam alguma alteração no estado clínico, porém a HAS, DM, déficit de deambulação e a ICC são as mais frequentes nos pacientes portadores de IRC. Cabe mencionar que a HAS tanto pode ser a causa como a consequência da IRC. Observa-se ainda que um maior número de alterações no seu estado clínico leva conseqüentemente a um agravamento da doença e um maior comprometimento na sua QV.

Ao referir-se aos domínios, observa-se que o mais afetado é o DF apresentando um maior comprometimento. Acredita-se que esse comprometimento aconteça devido às limitações causadas pela doença que força muitas vezes o mesmo a se afastar do seu ambiente de trabalho, das suas atividades físicas bem como a dependência de uma máquina para a sua sobrevivência. O DP verificou-se nesse estudo que também se encontra prejudicado. Acredita-se que essa insatisfação advenha das mudanças em seu dia-a-dia.

Entre os domínios, constatou-se que o DS é o mais preservado na população estudada. Esse fato se deve as relações sociais satisfatórias e apoio que os mesmos recebem para lidar com a doença e o tratamento.

Na abordagem geral, os pacientes idosos com DRC em terapia substitutiva apresentaram uma QV comprometida, no entanto, é importante que essa população busque alternativas para superar os limites impostos pela doença para que os mesmos sejam capazes de levar uma vida saudável e com qualidade.

Considerando a DM e a HA, as principais causas atuais da DRC, sugere-se, portanto que os profissionais de saúde busquem fazer um rastreamento objetivando a detecção precoce da doença renal crônica, pois a demora no estabelecimento do diagnóstico da DRC faz com que os pacientes cheguem ao serviço de saúde precisando de tratamentos mais complexos que podem comprometer sua qualidade de vida. Tal situação poderia ser evitada se a doença fosse detectada em fase inicial com a dosagem de creatinina no sangue e a análise de urina.

Em suma, cabe mencionar que estudos sobre a QV são importantes, pois oferece aos profissionais de saúde recursos para avaliar a QV principalmente dos portadores de doenças crônicas. Espera-se que a equipe perceba a importância de avaliar a qualidade de vida do paciente renal e que o paciente possa ser visto na sua integralidade, diante disso se faz necessário uma equipe interdisciplinar para que possa subsidiar as ações de saúde voltadas para atender às necessidades dos pacientes idosos em terapia renal.

REFERÊNCIAS

BELASCO, A.G.S.; SESSO, R.C.C. Qualidade de Vida: Princípios, Focos de Estudo e Intervenções. In: AJZEN, H.; SCHOR, N. **Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar**. UNIFESP/Escola Paulista de Medicina. 2006. Cap. 1, p. 1-10.

BORTOLOTTI, L.A. Hipertensão arterial e insuficiência renal crônica. **Rev Bras Hipertens** vol.15(3):152-155, 2008

BOWLING, A. **Measuring health**: a review of quality of life measurement scales. 2 ed. Buckingham: University Press, p-248, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa – CONEP. **Resolução nº466/12** sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: MS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal**. Coordenação Geral da Alta Complexidade. Brasília; 2004.

CANZIANI MEF, D.A.S.; NADALETTO, M.A.J. Técnicas dialíticas na Insuficiência Renal crônica. In: AJZEN, H.; SCHOR N. **Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP/ Escola Paulista de Medicina: Nefrologia**. 2. ed. Barueri: Manole; 2005. Cap. 17, 223-237.

CASSIDY, M.J.D.; SIMS, R.J.A. **Dialysis in the elderly**: New possibilities, new problems. *Minerva Urol Nefrol* 2004; 56: 305-17.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia científica**. 6. ed São Paulo: Prentice Hall, 2007.

CLARSON, M. R.; BRENNER, B.M. **O Rim**. 7 ed. Porto Alegre, 2007.

COELHO, R.M. **Efeito da redução do sódio do dialisato na pressão arterial em pacientes em Hemodialise**. Aracaju, 2011.

CORDEIRO, J. A. B. L.. Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal crônica. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2009;11(4):785-93

DEUS, R.B. et. al. Uso do Cloridrato de Sevelemar e Carbonato de Cálcio na Hiperfosfatemia de pacientes em Hemodiálise. **ConScientiae Saúde**, 2009;8(3)477-488.

DRAIBE SA, AJZEN H. Insuficiência renal crônica. In: Ajzen H, Schor N. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar**. UNIFESP/Escola Paulista de Medicina: Nefrologia. 2. ed. Barueri: Manole; 2005. Cap. 15, p.183-196.

DRAÍBE, S.A. Insuficiência renal crônica. In: AJZEN, H, SCHOR, N. **Guia de Nefrologia**. Barueri: Manole, 2002. P. 174-194.

FARQUHAR M. **Elderly people's definitions of quality of life**. Soc. Sci Med 1995; 41(10): p. 1439-1446.

FERMI, M.R.V. **Manual de Diálise para Enfermagem**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida "WHOQOL – BREF. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n.12, p.178-83, 2000.

FRANCO, M.G.R. et al. Diálise no paciente idoso: um desafio do século XXI - Revisão narrativa. **J Bras Nefrol** p.132-141, 2013.

FRAZÃO, C. M. F. Q.; RAMOS, V. P.; LIRA, A. L. B. C. Qualidade de Vida de Pacientes Submetidos a Hemodiálise. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2011 out/dez; 19(4):577-82. Disponível em:

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GOLDMAN, L.; AUSIELLO, Dennis. **CECIL: Tratado de Medicina Interna**. 22ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

GUYTON, A.C; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 11ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HIGA, K. et al. **Qualidade de Vida de Pacientes Portadores de Insuficiência Renal Crônica em Tratamento de Hemodilise**. Acta Paul Enferm 2008;21(Número especial):203-6. WCN 2007/ Nursing Meeting.

KUSUMOTO, L. **Adultos e Idosos em Hemodiálise: Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde**. WCN 2007/Nursing Meeting. Acta Paul Enferm 2008;21(Número Especial):152-9.

KUSUMOTO, L; MARQUES, S; RODRIGUES, V. J; PATERZANI, R. A. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. **Acta paul. enferm.** [online]. 2007, vol.21, n.spe, pp. 152-159.

KUTNER NG. & JASSAL SV. Quality of Life and Rehabilitation of elderly dialysis patients. Seminars in dialysis 2002; 15(2): p. 107-112.

LAKATOS, E.M. et al., **Fundamentos de metodologia científica**. 6 ed. 4 reimpressão. São Paulo: Atlas 2006.

LAZARUS JM & BRENNER BM. Chronic renal failure. In: Harrison TR et al. Harrison's principles of internal medicine. 15. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2002. p. 1513-152.

LEITE, E.S. Ações de uma equipe interdisciplinar para a melhoria da qualidade de vida de um grupo de idosos. Dissertação. Universidade Cruzeiro do Sul. São Paulo. 2012.

LIMA, A. F C. **O Significado da Hemodiálise para o Paciente Renal Crônico: a busca por uma melhor qualidade de vida**. São Paulo, 2000.

MACIEL, S. C. A importância do Atendimento Psicológico ao Paciente Renal Crônico em Hemodiálise. In: CAMON, V. A. A. (Org). **Novos Rumos na Psicologia da Saúde**. São Paulo: Pioneira, 2002.

MARTINS, M.R.I.; CEZARINO, C.B. Qualidade de vida de pessoas com Doença renal Crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Latino –am Enfermagem** 2005 setembro-outubro; 13(5):670-6.

MORI, G.; SILVA, L.F. Lazer na terceira idade: desenvolvimento humano e qualidade de vida. **Rev. Educ. Fis.** V.16, n.4, p.950-957. 2010.

PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Editora Atheneu, 2008.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PILGER C; RAMPARI E.M; WAIDMAN, M.A. P; CARREIRA, L. **Hemodiálise: seu significado e impacto para a vida do idoso.** Esc Anna Nery (impr.) 2010 out-dez; v.14, n.4, 677-683.

RAMOS, L.R. Epidemiologia do envelhecimento. In: Freitas, EV et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 72-8.

RIELLA MC. Insuficiência renal crônica. Fisiopatologia da uremia. In. Riella, MC. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 456-475.

ROMÃO JÚNIOR JE. **Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação.** J Bras Nefrol 2004.

RUDNICKI, T. **Preditores de Qualidade de Vida em Pacientes Renais Crônicos.** Estud. psicol. (Campinas) vol.24 no.3 Campinas July/Sept. 2007.

RUDNICKI, T. **Preditores de Qualidade de Vida em Pacientes Renais Crônicos.** Estud. psicol. (Campinas) vol.24 no.3 Campinas July/Sept. 2007.

SANTOS, A, M, D; LUCENA, N.M. G; VALE, A.M.T. Caracterização Sócio demográfica de Idosos com Doença Renal Crônica Submetidos a Tratamento Dialítico em um Hospital Filantrópico. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde.** V.14,N.4. 2010

SANTOS, O. R. **Insuficiência Renal Aguda.** Rio de janeiro: Revinter, 1992.

SILVA, D.M.G.V. et al. Qualidade de vida de pessoas com renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v.55, n.5, p.562-567, set/out. 2002.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner e Suddart:** Tratamento de enfermagem médico-cirúrgica. 9, ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2002. 1813 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). Disponível em: <<http://www.sbn.org.br>> Acesso em: 18 de jul. de 2013.

SOUZA, F.F. **Avaliação da qualidade de vida do idoso em hemodiálise: comparação de dois instrumentos genéricos** [Dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, 2004.

TAKEMOTO, AY, Okubo P, Bedendo J, Carreira L. Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2011 jun;32(2):256-62.

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

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **SocSciMed**, v.41, n.10, p. 1403-1409, 1995.

THOMÉ, F. S.; BARROS, E. Prevenção das Doenças Renais. In: Barros, E. et al. **Nefrologia: rotinas, diagnósticos e tratamento.** 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

APÊNDICES



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da Pesquisa: Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde do Idoso submetido a Tratamento de Hemodiálise

Pesquisadores responsáveis - Alba Rejane Gomes de M. Rodrigues e Isabel Ferreira Neta

Informações sobre a pesquisa - A pesquisa tem como Objetivo Geral: Avaliar a Qualidade de vida dos pacientes idosos submetidos a tratamento de hemodiálise. Objetivo Específico: Caracterizar o perfil sócio demográfico dos idosos submetidos a tratamento de hemodiálise; Identificar quais as principais complicações apresentadas pelos pacientes idosos durante o tratamento de hemodiálise; Conhecer quais os domínios de Qualidade de Vida e os mais prejudicados na população idosa através do instrumento WHOQOL-BREF.

 Pesquisadora responsável

Eu, _____, portador (a) de

RG: _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, de acordo com o item IV da Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, concordo em participar desta pesquisa.

- A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante o transcurso da pesquisa, podendo afastar-me em qualquer momento se assim desejar, bem como está assegurado o absoluto sigilo das informações obtidas.

- A segurança plena de que não serei identificado (a) mantendo o caráter oficial da informação, assim como, está assegurada que a pesquisa não acarretará nenhum prejuízo individual ou coletivo.

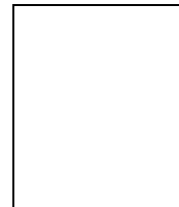
- A segurança de que não terei nenhum tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, bem como também a segurança de que os procedimentos realizados tragam o mínimo possível de desconforto ou risco à vida, dano físico, ou mesmo constrangimento moral e ético ao entrevistado (a). Os benefícios poderão contribuir para melhoria do cuidar dos idosos através da sensibilização e de um cuidar voltado para as necessidades do idoso e do cuidador.

- A garantia de que toda e qualquer responsabilidade nas diferentes fases da pesquisa é dos pesquisadores, bem como, fica assegurado poderá haver divulgação dos resultados finais em órgãos de divulgação científica em que a mesma seja aceita.

- A garantia de que todo material resultante será utilizado exclusivamente para construção da pesquisa e ficarão sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitado pelo (a) entrevistado (a) em qualquer momento.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

Cajazeiras, ___ de _____ de _____



Assinatura da entrevistado (a)

Polegar direito

Contato com a Pesquisadora Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com a pesquisadora ALBA REJANE GOMES DE MOURA RODRIGUES.

Através do endereço (Setor de Trabalho) FACULDADE INTEGRADA DE PATOS

Telefone:Residencial:83-34211014 Celular:83-88714221

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador

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

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

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

Cajazeiras, _____ de _____ de 2013.

ALBA REJANE GOMES DE MOURA RODRIGUES
Pesquisador da Pesquisa

ISABEL FERREIRA NETA
Pesquisador Participante

APÊNDICE C
INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO SOCIO DEMOGRÁFICO

I - DADOS DO IDOSO N.º _____

1. Sexo: M F 2. Idade: _____
3. Estado civil: Solteiro Casado Viúva (o) Outro
4. Anos de Estudo _____ Renda Familiar em salários mínimos _____
- Número de residentes _____ 5. Profissão: _____
6. Ocupação: _____
7. Religião: Católico Evangélico Outro
8. Em geral diria que o seu estado de saúde é:
- Muito boa Boa Fraca Muito fraca
9. Você realiza atividade física: Sim Não
- Qual: _____
10. Você realiza atividades de lazer: Sim Não
- Qual: _____

II - DADOS DE CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

Doenças Renais Primárias

- Nefropatia diabética
- Glomerulonefrite crônica
- Rins policísticos
- Pielonefrite crônica
- Hipertensão Arterial Sistêmica
- Indeterminada
- Outra

Condições clínicas:

- Insuficiência Cardíaca Congestiva
- Doença vascular periférica
- Doença Isquêmica do coração
- Hipertensão Arterial
- Arritmia cardíaca
- Tabagismo
- Pericardite
- Dependência de álcool
- AVE
- Diabetes *Mellitus* I
- Diabetes *Mellitus* II
- Dependência de drogas ilícitas
- Neoplasia
- D.P.O. C
- HIV/AIDS
- Déficit de deambulação
- Desnutrição grave
- Déficit visual

Data de início da hemodiálise (HD): ___/___/___ Tempo de HD: _____

Tipo de acesso venoso utilizado para hemodiálise:

- Fístula arteriovenosa (FAV)
- Cateter de Duplo Lúmen (CDL)

Exames laboratoriais: Data da última coleta: ___/___/___

Ureia Pré-HD: _____
 Creatinina: _____
 Hemoglobina: _____
 Potássio: _____
 Fósforo: _____
 Fosfatase alcalina: _____
 Ureia Pós-HD: _____
 KT/V: _____
 Hematócrito: _____
 Cálcio (Ca): _____
 Produto Ca X P: _____

Faz uso de medicamentos? Sim Não.

Quais? _____

APÊNDICE C

QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREF

INSTRUÇÕES					
Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda todas as questões. Se você não tem certeza que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas . Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:					
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5
As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.						
		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5

6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

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

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

		Muito bom	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de	1	2	3	4	5

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

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

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

SINTAXE SPSS - WHOQOL - BREF QUESTIONNAIRE

STEPS FOR CHECKING AND CLEANING DATA AND COMPUTING FACET AND DOMAIN SCORES

Recode q3 q4 q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).

(Scores based on a 4-20 scale)

Compute dom 1= (mean.6 (q3, q4, q10, q15, q16, q17, q18)) * 4.

Compute dom 2= (mean.5 (q5, q6, q7, q11, q19, q26)) * 4

Compute dom 3= (mean.2 (q20,q21,q22)) * 4

Compute dom 4= (mean.6 (q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25)) * 4

Compute overall= (mean.2 (q1, q2)) * 4

(Scores transformed to a 0-100 scale)

Compute dom1b= (dom1 - 4) * (100/16).

Compute dom2b= (dom2 - 4) * (100/16).

Compute dom3b= (dom3 - 4) * (100/16).

Compute dom4b= (dom4 - 4) * (100/16).

Compute q1b= (q1 - 1) * (100/16).

Compute q2b= (q2 - 1) * (100/16).

ANEXOS

ANEXO I

COMPLEXO MÉDICO HOSPITALAR SANTA TEREZINHA CENTRO DE HEMODIÁLISE “DR CHICO CORÉA”

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE DO IDOSO SUBMETIDO A TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE”, a ser desenvolvida pelo (a) pesquisador ISABEL FERREIRA NETA (a), sob a orientação de ALBA REJANE GOMES DE MOURA está autorizada para ser realizado junto a este serviço.

Outros sim informamos que para ter acesso a qualquer informação referente ao Centro de Hemodiálise, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

Atenciosamente

Diretor Clínico

ANEXO I



COMPLEXO MÉDICO HOSPITALAR SANTA TEREZINHA
CENTRO DE HEMODIÁLISE “DR CHICO CORÉA”

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE DO IDOSO SUBMETIDO A TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE”, a ser desenvolvida pelo (a) pesquisador ISABEL FERREIRA NETA (a), sob a orientação de ALBA REJANE GOMES DE MOURA está autorizada para ser realizada junto a este serviço.

Outro sim informa ainda que para ter acesso a qualquer informação referente ao Centro de Hemodiálise, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa - CONEP, ao serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

Atenciosamente

Dr. Aécir Dias de Pontes
Neurologista
CRM 4797

Diretor Clínico

ANEXO II

COMPLEXO MÉDICO HOSPITALAR SANTA TEREZINHA

CENTRO DE HEMODIÁLISE “DR CHICO CORÉA”

Ao _____

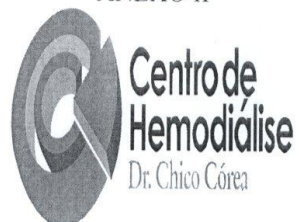
Encaminhamos o (a) pesquisador (a) ISABEL FERREIRA NETA, para a realização de coleta de dados da pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DO IDOSO SUBMETIDO A TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE”. Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas neste serviço, subscrevo-me.

Cajazeiras, 20 de julho de 2013

Atenciosamente

Diretor Clínico

ANEXO II



COMPLEXO MÉDICO HOSPITALAR SANTA TEREZINHA
CENTRO DE HEMODIÁLISE "DR CHICO CORÉA"

Ao _____

Encaminho o (a) pesquisador ISABEL FERREIRA NETA, para a realização de coleta de dados da pesquisa intitulada "AValiação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde do Idoso submetido a Tratamento de Hemodiálise". Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas neste serviço, subscrevo-me.

Cajazeiras, 26 de julho de 2013

Atenciosamente


Dr. Alcir Dias de Portes
Nefrologista
CRM 47.717

Diretor Clínico