



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE FISIOTERAPIA

EMANUELA MACIEL DOS SANTOS

QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES SUBMETIDOS À  
HEMODIÁLISE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB

CAMPINA GRANDE-PB  
2012

**EMANUELA MACIEL DOS SANTOS**

**QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES SUBMETIDOS À  
HEMODIÁLISE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB**

Trabalho de conclusão de Curso -  
TCC apresentado ao curso de graduação  
de Fisioterapia da Universidade Estadual  
da Paraíba, em cumprimento à exigência  
para obtenção do grau de Bacharel em  
Fisioterapia.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Esp. Alba Lúcia S.  
Ribeiro.

CAMPINA GRANDE-PB  
2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

S237q Santos, Emanuela Maciel dos.  
Qualidade de vida em pacientes submetidos à  
Hemodiálise no município de Campina Grande-PB  
[manuscrito] /Emanuela Maciel dos Santos.– 2012.

31 f.: il. Color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em  
Fisioterapia) – Universidade Estadual da Paraíba,  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2012.

“Orientação: Profa. Esp. Alba Lúcia da Silva  
Ribeiro, Departamento de Fisioterapia”.


1. Qualidade de vida 2. Hemodiálise. 3.  
Insuficiência renal crônica I. Título.

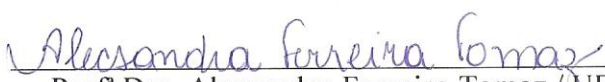
21. ed. CDD 306

EMANUELA MACIEL DOS SANTOS

**QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES SUBMETIDOS À  
HEMODIÁLISE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB**

Aprovado em: 18/06/2012

  
Profª Esp. Alba Lúcia da Silva Ribeiro / UEPB  
(ORIENTADORA)

  
Profª Dra. Alecsandra Ferreira Tomaz / UEPB

  
Profª Dra. Vitória Regina Quirino de Araújo

# QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB

SANTOS, Emanuela Maciel

## RESUMO

**Introdução:** A Insuficiência Renal Crônica (IRC) pode ser definida como uma síndrome complexa, que se caracteriza pela perda lenta, progressiva e irreversível das funções renais (CABRAL et al, 2005). O método mais utilizado no tratamento da IRC é a hemodiálise (HD), que é um processo terapêutico capaz de remover catabólitos do organismo e corrigir as modificações do meio interno através da circulação sanguínea em equipamento idealizado para este fim. Faz-se necessário uma melhor compreensão do cotidiano dos pacientes submetidos à hemodiálise, em virtude de sua rotina restrita com limitações em todos os aspectos, os quais comprometem sua qualidade de vida. **Objetivo:** O presente artigo procurou analisar a qualidade de vida em pacientes submetidos à hemodiálise. **Metodologia:** Tratou-se de um estudo transversal e descritivo, de abordagem quantitativa. Foram investigados 30 pacientes, sendo 21 do gênero masculino e 9 do feminino, em um Hospital Assistencial na cidade de Campina Grande – PB. Os dados foram coletados através de questionário para identificação da amostra e do SF-36 acrescido dos depoimentos colhidos durante a aplicação dos mesmos, para avaliar a percepção de qualidade de vida. Para análise dos dados utilizou-se o tratamento estatístico através dos programas EXCEL e ORIGIN Pro8. **Resultados:** Na análise dos dados foi possível constatar comprometimentos em várias dimensões da qualidade de vida, onde os mais afetados foram os aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade, e o aspecto emocional, não havendo diferença significativa entre os gêneros. **Conclusão:** Os domínios analisados estiveram globalmente comprometidos na população estudada, em especial com relação aos aspectos físicos, sugerindo a influência negativa da presença de doença crônica, com tratamento prolongado, sobre esses âmbitos. Averiguou-se com este estudo um prejuízo da percepção de qualidade de vida destas pessoas que se consideram uma sobrecarga física, emocional e financeira para a família.

**Palavras Chaves:** Qualidade de vida. Hemodiálise. Reabilitação. Insuficiência renal crônica.

## 1 INTRODUÇÃO

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) pode ser definida como uma síndrome complexa, que se caracteriza pela perda lenta, progressiva e irreversível das funções renais (CABRAL et al, 2005). Na concepção de BOUNDY et al, (2004) a perda funcional dos rins pode ser devido a uma doença de início súbito, que destrói os néfrons e por fim causa lesão renal irreversível. SMETZER e BARE (2005) relatam a incapacidade do corpo de manter os equilíbrios hidroeletrolítico e metabólico, explicando que os produtos finais do metabolismo protéico, como a uréia e creatinina, são acumuladas no organismo na medida em que a função renal diminui.

No tratamento de pacientes urêmicos existem duas alternativas para manutenção do equilíbrio hidroeletrolítico que são: Hemodiálise (HD) e Diálise Peritoneal. Estes procedimentos são necessários para manutenção da vida desses pacientes, até que, eventualmente, seja realizado um transplante renal, podendo estas terapias durar por um período indefinido (PACHALY, 2007). O método mais utilizado no tratamento da IRC é a hemodiálise, que é um processo terapêutico capaz de remover catabólitos do organismo e corrigir as modificações do meio interno através da circulação sanguínea em equipamento idealizado para este fim. Apesar dos avanços no tratamento da IRC, a morbi-mortalidade continua elevada no Brasil, a sobrevida gira em torno de 79% e 41%, respectivamente no primeiro e no quinto ano de diálise, sendo que a desnutrição protéico-energética (DPE) é um importante fator que contribui para esse quadro nosológico (CABRAL et al, 2005).

Estudos publicados na Revista de Reumatologia Brasileira relatam que o sedentarismo e as limitações funcionais estão presentes no cotidiano dos pacientes com IRC, o que implica numa queda na qualidade de vida. A fisioterapia se mostra indispensável nesse processo, a fim de elaborar programas educacionais e de reabilitação que promovam benefícios, mostrando tanto seu estilo de vida como seu comportamento frente à doença (VIEIRA et al., 2005).

Mediante o exposto e a importância da temática para estes indivíduos e todos que convivem direta ou indiretamente com os mesmos no seu cotidiano, justifica-se a necessidade de identificar a qualidade de vida em pacientes submetidos à hemodiálise no município de Campina Grande-pb. Os resultados analisados nesta pesquisa permitem reflexões no sentido de que seja possível colaborar de maneira significativa na qualidade de vida destes pacientes.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Os rins, em número de dois, são órgãos que lembram a forma de um grão de feijão, de coloração marrom-avermelhada, situados no espaço retroperitoneal, um de cada lado da coluna vertebral, justapostos a fásia que reveste a parede abdominal posterior. O rim de um indivíduo adulto mede de 11 a 13 cm de comprimento, 5 a 7,5 cm de largura e 2,5 a 3cm de espessura, variando seu peso entre 125 a 170 gramas no homem e de 115 a 150 gramas na mulher, ocupando os espaços, longitudinalmente, da décima segunda vértebra torácica e terceira lombar, tendo o direito uma posição de 1,5 cm mais baixo do esquerdo. Na parte medial côncava de cada rim, localiza-se o hilo renal, local onde se encontram a artéria e a veia renal, constituindo a pelve (RIELLA; MOURA; RIELLA, 2003).

Cada rim possui aproximadamente um milhão de néfrons, sendo estes a unidade funcional dos rins. Os quais não podem ser regenerados pelos rins. Após os 40 anos de idade, o número de nefróns funcionantes usualmente decresce cerca de 10% a cada dez anos. O néfron é uma estrutura microscópica formada pela associação do corpúsculo de Malpighi, contendo o tufo glomerular, com o sistema tubular, composto pelo túbulo contorcido proximal, alça de Henle, túbulo contorcido distal e finalmente o túbulo coletor. Ele executa os dois principais processos que envolvem a formação da urina: a produção do filtrado glomerular nos corpúsculos de Malpighi e complexo processamento deste filtrado em seu sistema tubular (ENGEL et al., 2005).

Segundo Guyton e Hall (1997), a velocidade do fluxo sanguíneo por ambos os rins de um homem com 70 kg é de cerca 1.200 ml/min. De acordo com Mogami (2006), o fluxo sanguíneo dos dois rins corresponde em geral a 22% do débito cardíaco. A circulação renal possui dois leitos capilares organizados em série, o glomerular e o peritubular que, são separados pelas arteríolas eferentes, as quais auxiliam a regulação da pressão hidrostática em ambas as redes capilares.

A formação de urina se dá quando uma grande quantidade de líquido é filtrado dos capilares glomerulares para o interior da cápsula de Bowman e conforme o líquido é filtrado composto pela maior parte das substâncias do plasma, sai dessa cápsula, flui nos túbulos, sofrendo modificação pela reabsorção de água e solutos específicos de volta para os capilares peritubulares ou pela secreção de outras substâncias desses capilares para os túbulos. Por fim, para cada substância plasmática, ocorre uma combinação de filtração, reabsorção e secreção,

processos renais básicos relacionados com a taxa de excreção de cada substância na urina (MOGAMI, 2006).

As funções dos rins são de excreção, regulação do equilíbrio hidro-eletrolítico, ácido-básico e endócrina, mediadas basicamente através da produção de hormônios como a eritropoietina, responsável pela estimulação na formação de células vermelhas do sangue na medula óssea e calcitriol. O rim elimina do organismo grande parte das substâncias tóxicas derivadas do metabolismo, principalmente as toxinas resultantes do metabolismo protéico, executando também a função excretória através da filtração glomerular. A taxa de filtração glomerular (TFG) é o parâmetro que quantifica esta função. Seu valor normal está entre 80-140 ml/min., equivalendo a aproximadamente 120 litros (L) de plasmas filtrados diariamente. Destes, cerca de 118 L retornam para o plasma através da reabsorção tubular, e os 2 L restantes são eliminados como urina (ENGEL *et al.*, 2005).

Não há defeito estrutural nos rins, simplesmente falta perfusão sanguínea adequada, no leito capilar renal, à medida que a pressão arterial média cai progressivamente, abaixo de 80 mmHg. O seu diagnóstico é extremamente importante, já que existe reversibilidade nesses casos, em um a dois dias e, se persistir, pode levar os rins à lesão denominada de necrose tubular aguda (NTA). Durante a baixa perfusão renal, o volume urinário diminui e fica altamente concentrado com nitrogenados e quantidades mínimas de sódio, e é essa habilidade de retenção de sal e água que distingue basicamente a azotemia prérenal das causas parenquimatosas de IRA (ENGEL *et al.*, 2005).

Os rins são órgãos fundamentais para a manutenção da homeostase do corpo humano. Assim, não é surpresa constatar que, com a queda progressiva do ritmo de filtração glomerular (RFG) observada na doença renal crônica (DRC) - e conseqüente perda das funções regulatórias, excretórias e endócrinas -, ocorra o comprometimento de essencialmente todos os outros órgãos do organismo. Quando a queda do RFG atinge valores muito baixos, geralmente inferiores a 15 mL/min, estabelece-se o que denominamos falência funcional renal (FFR), ou seja, o estágio mais avançado do *continuum* de perda funcional progressiva observado na DRC (JONES *et al.*, 2000).

Conforme definição do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2000), doença crônica é aquela que acompanha o paciente por um longo período de tempo, podendo ter fases agudas, momentos de piora ou melhora sensível. A doença renal crônica consiste em lesão renal e perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerular, tubular e endócrina). Em sua fase mais avançada chamada de fase terminal de Insuficiência renal



crônica – IRC), os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do paciente. A IRC é o resultado final de múltiplos sinais e sintomas decorrentes da incapacidade renal de manter a homeostasia interna do organismo (ROMÃO JUNIOR, 2004).

De acordo com Costa et al (1997) , a definição de Insuficiência Renal Aguda (IRA) é a redução aguda da função renal em horas ou dias. Refere-se principalmente à diminuição do ritmo de filtração glomerular, porém ocorrem também disfunções no controle do equilíbrio hidro-eletrolítico e ácido-básico. Podem ocorrer alterações hormonais, como a deficiência de eritropoetina e de vitamina D. Segundo LIANO et al 1996,o prognóstico da IRA continua sombrio,com mortalidade ao redor de 50%. Um dos fatores responsáveis é que os doentes atuais com IRA são mais graves do que aqueles vistos nas décadas anteriores. Alguns fatores tais como: oligúria, falência de múltiplos órgãos e septicemia são associados a um pior prognóstico. Esta alta mortalidade reforça a necessidade da prevenção da IRA, como a opção terapêutica mais eficaz.

A Insuficiência Renal Aguda é conceituada como aumento - de certa magnitude e em curto período de tempo – das concentrações plasmáticas de uréia ou creatinina (refletindo a perda rápida de função renal), acompanhado por outras modificações bioquímicas e, eventualmente, de volume urinário (sugerindo perda do poder de concentração tubular ou redução de filtração glomerular), podendo se acompanhar por sintomas ou sinais de uremia. O percentual e a velocidade de incremento variam quando se analisa a literatura pertinente, tornando difícil a comparação de resultados (SHUSTERMAN et al.,1987).

Até onde foi possível pesquisar, poucos estudos e publicações estão voltados à análise de pacientes com IRA que necessitaram de substituição da função renal e internados em UTI ao iniciar o tratamento dialítico, ou evoluindo com falência de múltiplos órgãos (FMO). IRA, definida por critério bioquímico (aumento de 50% no nível plasmático de creatinina, por exemplo), ocorre em 1 a 5% dos pacientes hospitalizados por qualquer causa necessitando substituição da função renal, acompanhada por insuficiência de função em outro órgão ou sistema, apesar de muito menos freqüente, tem potencial mórbido e financeiro devastador. Prever corretamente a evolução nestas circunstâncias é de máximo interesse para médicos, pacientes, familiares e fontes pagadoras (CHERTOW et al., 1995).

Fundamentado por Fontes (2007), várias são as causas que levam à IRC. As mais comuns são a hipertensão arterial, o diabetes e a glomerulonefrite. A hipertensão pode causar insuficiência renal, pois os rins possuem um sistema de regulação de pressão arterial (PA) que quando não funcionam adequadamente, provoca um aumento da mesma, isso por sua vez,

leva à piora da disfunção renal, fechando assim um ciclo de agressão aos rins. Assim um dos pontos principais na prevenção da IRC é o controle correto da PA.

De acordo com Guyton e Hall (1988) essa perda irreversível se dá em nível dos néfrons, sendo cada um composto por um glomérulo (através dos quais grandes quantidades de líquidos são filtrados pelo sangue) e um longo túbulo (o líquido é convertido em urina no seu trajeto no seu trajeto até a pelve renal), os quais são os formadores de urina. O rim é incapaz de regenerar novos néfrons, sendo assim observa-se a diminuição gradual no número de néfrons, no que tange a lesão ou doença renal ou o processo natural de envelhecimento.

A IRC (Insuficiência Renal Crônica) pode ser causada também por doenças sistêmicas como diabetes mellitus; glomerulonefrite crônica; pielonefrite; hipertensão arterial não controlada; obstrução do trato urinário; lesões hereditárias (doença renal policística); distúrbios vasculares; infecções; medicamentos; agentes tóxicos; agentes ambientais e ocupacionais (chumbo, cádmio, mercúrio e cromo) (NEVES, 2007). A nefropatia diabética, hipertensão e glomerulonefrite primária são as causas mais comuns da insuficiência renal terminal ao redor do mundo (BARROS; THOMÉ, 1999).

Nas fases iniciais da IRC, quando as manifestações clínicas e laboratoriais são mínimas ou ausentes, o diagnóstico pode ser sugerido pela associação de manifestações inespecíficas (fadiga, anorexia, emagrecimento, prurido, náusea ou hemólise, hipertensão, poliúria, nictúria, hematúria ou edema). Os principais sintomas da IRC são: nictúria, poliúria, oligúria, edema, hipertensão arterial, fraqueza, fadiga, anorexia, náuseas, vômito, insônia, câibras, prurido, palidez cutânea, xerose, miopatia proximal, dismenorréia, amenorréia, atrofia testicular, impotência, déficit cognitivo, déficit de atenção, confusão, sonolência, obnubilação e coma (RIBEIRO et al, 2008).

Geralmente, quando os pacientes com IRC atingem um estágio mais avançado da doença é necessário que se submetam ao tratamento dialítico, o qual vai substituir as funções renais. Existem então três tipos de tratamento: a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal (BIAZI, 2007). Porém o foco deste trabalho será a qualidade de vida e AVDs dos pacientes em hemodiálise. A hemodiálise é um procedimento que limpa e filtra o sangue. Liberta o corpo dos resíduos prejudiciais, do excesso de sal e de líquidos. Também controla a pressão arterial e ajuda o corpo a manter o equilíbrio de substâncias químicas como o sódio, o potássio, e cloretos (CENDOROGLO; DRAIBE E NADALETTO, 2000).

Os mesmos autores afirmam que a hemodiálise adequada se dá quando há uma quantidade de sessões ótima oferecida rotineiramente, passível de verificação e que minimize

a morbidade e mortalidade dos pacientes. Estudos realizados no Hospital Universitário de Alfenas - MG com 30 pacientes submetidos à HD em 2003 mostram que 3 sessões por semana com duração de 4 horas seja a medida adequada. Essas sessões podem levar ao surgimento de complicações como a hipotensão, hipoxemia, câimbras, fraqueza muscular e prejuízo da capacidade cardiorrespiratória (RIELLA; MOURA; RIELLA, 2003).

Podem haver alterações no estilo de vida do paciente renal devido à hemodiálise, como a perda da independência funcional, complicações intradialíticas, que são causas consideráveis de morbidade e mortalidade, muitos pacientes apresentam ainda manifestações musculoesqueléticas inerentes ao tratamento (GONÇALVES; NADALETO; CANZIANI, 2002). A procura por uma melhor qualidade de vida dos pacientes com IRC é uma meta desafiadora tanto para a equipe de saúde quanto para os pacientes, Onde cada uma das partes envolvidas busca um objetivo comum que é o sucesso no tratamento.

A doença renal é considerada um grande problema de saúde pública, porque causa de elevadas taxas de morbidade e mortalidade e, além disso, tem impacto negativo sobre a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). A QVRS é a percepção da pessoa de sua saúde por meio de uma avaliação subjetiva de seus sintomas, satisfação e adesão ao tratamento (UNRUH et al 2003). Dessa forma a qualidade de vida (QV) tem se tornado importante critério na avaliação da efetividade de tratamentos e intervenções na área da saúde. Esses parâmetros têm sido utilizados para analisar o impacto das doenças crônicas no cotidiano das pessoas e para isso, é necessário avaliar indicadores de funcionamento físico, aspectos sociais, estado emocional e mental, da repercussão de sintomas e da percepção individual de bem-estar. (CICONELLI 1997; SUZUKI 2002).

Segundo FERRAZ et al (1998), o conceito de qualidade vem sendo aplicado aos serviços de saúde desde 1970. Inicialmente, o termo qualidade esteve apenas vinculado às atividades de atendimento ambulatorial e hospitalar, gerando um aumento dos custos hospitalares, devido à necessidade de implementar melhorias na área física, equipamentos e contratação de profissionais. Em anos mais recentes, o foco da qualidade tem sido dirigido aos pacientes, principal cliente do sistema de saúde. Nesse sentido diagnóstico correto, tratamento adequado e, principalmente, a satisfação do cliente, têm sido frequentemente considerados como fatores integrantes do conceito de qualidade. As experiências clínicas e as mudanças comportamentais de pacientes diante de intervenções terapêuticas propiciaram o desenvolvimento e a instituição de medidas quantitativas na avaliação do perfil de saúde, tornando-se assim responsáveis pelas primeiras definições de status de saúde.

Essa nova forma de análise, com novos instrumentos de medida, possibilitou a comparação de tratamentos complexos, permitindo a definição de estratégias na área de saúde, com controle da efetividade e manutenção da qualidade de vida dos pacientes. Na literatura médica e social não existe um consenso sobre os itens que devem ser levados em consideração na avaliação da qualidade de vida de um paciente. Dispõe-se hoje de questionários específicos (medida de um único item) e genéricos. Os instrumentos genéricos, mais comumente utilizados, avaliam de forma global os aspectos mais importantes relacionados à qualidade de vida dos pacientes (CAGNEY et al 2000).

De acordo com SANTOS (2006), o aspecto que mais influencia o decréscimo da qualidade de vida do doente renal crônico é a limitação física, dado esse constatado em pesquisa realizada com 107 pacientes, da Unidade de Diálise e Transplante Renal da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, no Ceará. Esses achados são corroborados pela literatura nacional, que sugeri um baixo valor nos aspectos físicos para os pacientes com IRC submetidos à HD (PEREIRA et al. 2003).

É relatado que pacientes em hemodiálise apresentam baixa tolerância ao exercício e descondicionamento físico, apesar de não totalmente compreendidos. Existem poucos estudos de fisioterapia destinados aos pacientes portadores de IRC. Entretanto, já tem sido demonstrado que programas de reabilitação física são benéficos para melhoria do estado geral, qualidade de vida e reintegração sócio-econômica destes pacientes (COELHO et al.,2006).

Essa busca origina-se a partir da constatação de que alcançar um estado de bem estar físico e mental é possível, resultando na recuperação da autonomia, das atividades de trabalho e lazer, da preservação da esperança e do senso de utilidade destes indivíduos. O tratamento hemodialítico é responsável por um cotidiano monótono e restrito, e as atividades desses indivíduos são limitadas após o início do tratamento, favorecendo o sedentarismo e a deficiência funcional, fatores que refletem na QV (LAW, 2002). Se todos entenderem a importância de se avaliar a qualidade de vida desta população e vislumbrarem resultados positivos, certamente estes indivíduos terão melhor suporte para o enfrentamento da nova situação vivenciada e poderão, acima de tudo, ter expectativas em relação a um futuro promissor.

### 3 METODOLOGIA

Para a efetivação desta pesquisa foi realizado um estudo do tipo transversal, descritivo, em uma abordagem quantitativa. Embora não constando na metodologia adotada, consideramos que os depoimentos feitos pelos usuários de HD poderiam enriquecer a pesquisa, razão pela qual, trechos dos mesmos estão citados no estudo. Os dados foram coletados no setor de hemodiálise de um Hospital na cidade de Campina Grande - PB. A amostra por disponibilidade, foi selecionada de forma aleatória, sendo composta por 30 pacientes, de ambos os gêneros sendo 9 mulheres e 21 homens, com idade média de 51,9 ( $\pm$  12,7), que fazem hemodiálise três vezes por semana, durante quatro horas. A coleta de dados foi obtida através de questionário para identificação da amostra e do SF-36 acrescido dos depoimentos colhidos durante a aplicação dos mesmos, para avaliar a percepção de qualidade de vida após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por parte dos sujeitos que aceitassem fazer parte da amostra. Foram excluídos os indivíduos com idade inferior a 18 anos.

O questionário genérico SF-36 na versão curta, foi validado e traduzido para a língua portuguesa por Ciconelli (1999) é composto por 36 itens, subdivididos em 8 dimensões (capacidade funcional, aspecto físico, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspecto social, aspecto emocional e saúde mental), onde cada dimensão gera um escore que pode variar de 0 a 100, do pior para o melhor estado de saúde.

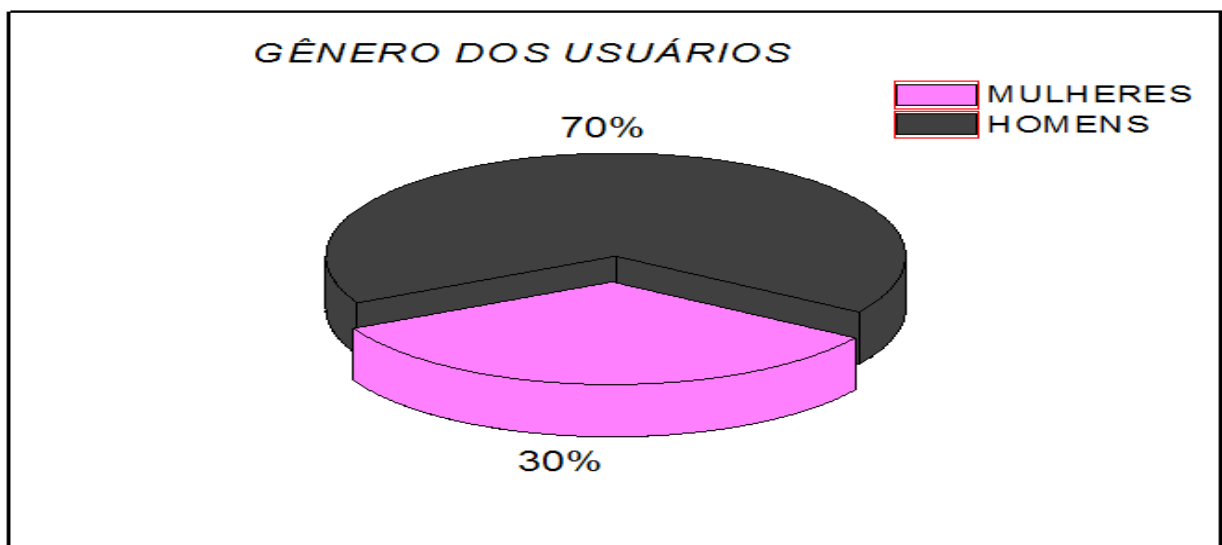
Posteriormente a estatística que permitiu descrever e sintetizar os dados coletados, os mesmos foram analisados através do programa EXCEL e ORIGIN Pro8.

Os aspectos éticos relativos à pesquisa com sujeitos humanos foram observados, conforme a Resolução N°. 196/96, de 10 de Outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde / MS. O projeto foi encaminhado através da Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, com parecer CAEE emitido pelo CEP-UEPB:0047.0.133.000-12.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para alcançar o objetivo deste trabalho, foi necessário, em um primeiro momento, conhecer através do questionário de identificação da amostra, as características dos pacientes e relacioná-las com a qualidade de vida dos mesmos. Essas características foram analisadas considerando os seguintes indicadores: gênero, idade, tempo de HD.

Da amostra de 30 pacientes usuários de hemodiálise, que participaram da pesquisa, a maior parte era do gênero masculino (n=21). Na figura abaixo, estão expressos os resultados relacionados ao gênero dos participantes.



**Figura 1.** Caracterização da amostra: gênero.  
FONTE: Dados da pesquisa /2012

Os resultados obtidos neste estudo estão de acordo com os autores Medeiros; Pinent; Meyer, (2002), Castro et al. (2003) e Krug et al. (2008), onde, em seus estudos, a maior parte da amostra foi composta por pacientes do gênero masculino. De acordo com Leite (2000) e Nahas (2003) isso se deve ao fato de que o homem, geralmente, está mais exposto aos fatores de riscos das doenças crônicas não transmissíveis, tais como: fumo, álcool, hipertensão, má alimentação, dentre outros.

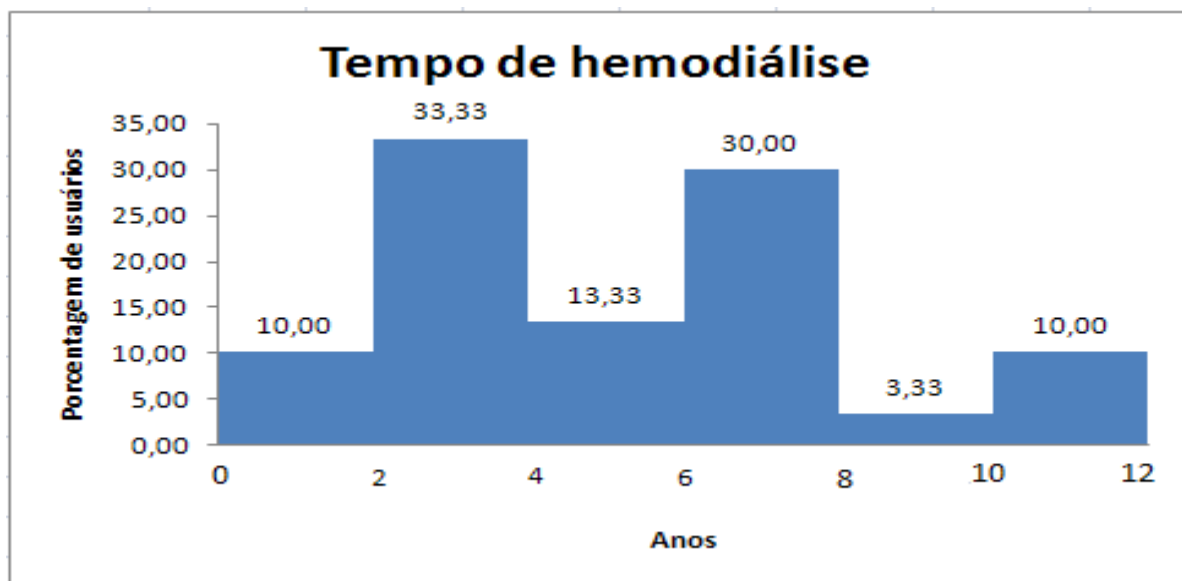
Em relação à idade os indivíduos da amostra apresentaram variação entre 22 -77 anos e média de 51,9 ( $\pm 12,7$ ), ilustrado na tabela 1.

IDADE		
Análise	Anos	Equivalência
Média	51,9	51 anos e 11 meses
Desvio padrão	12,71	12 anos e 8 meses
Mínimo	22	22 anos
Máximo	77	77 anos

**Tabela 1.** Caracterização da amostra: idade  
**FONTE:** Dados da pesquisa/2012

Ao observar tais informações, percebe-se que todos já atingiram a fase adulta, resultados esses que vão ao encontro dos dados sugeridos por Romão Júnior (2004), onde é pequena a parcela de pacientes com IRC submetidos à HD com idade inferior a 18 anos. Estes dados podem estar relacionados ao fato de que as doenças e agravos não transmissíveis normalmente são mais prevalentes quando as pessoas atingem idade igual ou superior a 35 anos (POLLOCK; WILMORE, 1993).

**Figura 2.** Caracterização da amostra: Tempo de Hemodiálise.



FONTE: Dados da pesquisa/2012.

Quanto ao tempo de hemodiálise constatou-se que o tempo mínimo foi de 0,03 anos e o tempo máximo foi de 12 anos com uma média de 6,7 e desvio padrão de  $\pm 2,96$  (Figura2).

Nas tabelas a seguir foi feita uma relação da QV/THD. Na Tabela 2, estão caracterizados em ordem crescente os pacientes que tinham até cinco anos de Hemodiálise.

Usuários	Tempo de Hemodiálise	Pontuação SF36
4	4	82
5	1	83
8	3	85
11	2	88
13	2	89
14	0,5	89
15	3	89
16	5	89
17	3	89
18	4	90
19	0,03	90
22	3	93
23	2	94
24	2	95
25	2	95
26	5	96
27	2	98
<b>Média</b>	2,560588235	90,23529412

**Tabela2.** Relação da Qualidade de Vida com o Tempo de Hemodiálise de até cinco anos.  
FONTE: Dados da Pesquisa 2012.



Na Tabela 3, estão caracterizados também em ordem crescente os pacientes com tempo de Hemodiálise maior que cinco anos.

Usuários	Tempo de Hemodiálise	Pontuação SF36
1	6	74
2	10	75
3	7	78
6	6	84
7	6	85
9	7	86
10	8	87
12	2	89
20	6	92
21	6	92
28	10	98
29	6	102
30	2	107
<b>Média</b>	6,307692308	88,38461538

**Tabela 3.** Relação da Qualidade de Vida com o Tempo de Hemodiálise superior a cinco anos.

FONTE: Dados da Pesquisa 2012.

Através desses dados, observou-se que os pacientes com maior tempo de hemodiálise, > 5 anos de hemodiálise, apresentam menores pontuações no SF36 com escore médio de 88,38. O que reflete numa debilitação maior dessa população.

Pesquisas sobre o tempo de hemodiálise, influenciando a QV desses pacientes, são escassas, mas, de acordo com alguns estudos, destaca-se que, quanto mais tempo de HD, mais resignação à doença é percebida (BAIARD et al 2002). Considerando-se esses resultados e o fato da HD ser o método terapêutico mais utilizado desde as últimas décadas, torna-se necessário aprofundar estudos sobre alterações na QV em relação ao tempo de hemodiálise.

O tempo de hemodiálise não se correlacionou significativamente com os domínios do SF-36 no presente estudo. Entretanto, Castro et al, (2003), encontraram correlação negativa entre o tempo de hemodiálise e o domínio limitações por aspectos emocionais ( $r = -0.17$ ,  $p = 0.02$ ).

Na análise dos dados do SF-36, a tabela 4 demonstra os escores médios obtidos pelo mesmo.

<b>Domínios</b>	<b>Média (Desvio Padrão)</b>	<b>Mediana (Mínimo – Máximo)</b>
Capacidade Funcional	66,83 (30,043)	72,50 (0 – 100)
Aspectos Físicos	43,33 (30,747)	37,50 (0 – 100)
Dor	73,62 (29,97)	85,77 (22 – 100)
Estado Geral de Saúde	56,13 (15,051)	52,00 (20 – 97)
Vitalidade	57,17 (11,039)	57,50 (35 – 75)
Aspectos Sociais	85,0 (22,838)	100,0 (13 – 100)
Aspecto Emocional	62,22 (42,64)	68,43 (0 – 100)
Saúde Mental	77,60 (13,518)	80,00(40 – 100)

Tabela 4. Distribuição da média, mediana e desvio-padrão dos escores dos 8 domínios do SF-36 (n=30).Campina Grande, 2012.

FONTE: Dados da Pesquisa/2012

Quanto aos valores médios, a tabela 4 mostra que, o domínio aspecto social obteve 85,0; saúde mental 77,6; dor 73,62; capacidade funcional 66,83; aspecto emocional 62,22; vitalidade 57,17; estado geral de saúde 56,13; por último, o aspecto físico, com 43,33, indicando, portanto, que o domínio físico, que obteve os menores escores e que compreende o desconforto, a energia, a fadiga, o sono e o repouso, o que mais influencia a qualidade de vida do sujeito submetido à hemodiálise.

Este estudo mostrou que há comprometimento em várias dimensões da qualidade de vida, sendo que os mais afetados são os aspectos físicos, o estado geral de saúde, a vitalidade, e aspectos emocionais que são explorados nas discussões abaixo. Esses resultados não se assemelham aos resultados de Meyer et al. (1994), onde pacientes holandeses portadores de IRC atingiram os menores valores na capacidade funcional e na vitalidade. Por outro lado, os aspectos sociais e a saúde mental foram menos afetados, assim como no estudo de DeoReo 1997, no qual a função mental dos pacientes mostrou-se próxima do normal.

<b>Domínios</b>	<b>Média (Desvio Padrão)</b>	<b>Mediana (Mínimo – Máximo)</b>
<b>Aspectos Físicos</b>	<b>43,33 (30,747)</b>	<b>37,50 (0 – 100)</b>

FONTE: Dados da Pesquisa/2012

O item que avaliou os aspectos físicos apresentou os menores escores ( $43,33 \pm 30,747$ ), estes abordam “as limitações no tipo e quantidade de trabalho, como também o quanto estas limitações dificultam a realização do trabalho e de atividades de vida diária do paciente” (CICONELLI, 1997). O escore mais baixo indica problemas com trabalho ou outras atividades diárias como resultado da saúde física. Escores altos indicam o oposto.

Corroborando com estes achados, Perreira et al. (2003), Barbosa et al. (2007), e Zhang et al. (2007), também encontraram menores escores de qualidade de vida no domínio (limitações por aspectos físicos e estado geral de saúde) com pacientes em programas de hemodiálise.

De acordo com Santos (2006), o aspecto que mais influencia o decréscimo da qualidade de vida do doente renal crônico é a limitação física, dado esse constatado em pesquisa realizada com 107 pacientes, da Unidade de Diálise e Transplante Renal da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, no Ceará.

Durante a avaliação, ao questionar se o paciente teve algum problema com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física, um deles relatou:

"Ai, levei uma queda e nunca mais fiquei boa, só vivo agora com uma dor no quadril. Vou pro médico, mas ele diz que é por causa desta doença mesmo. Tem dias que fico triste porque preciso fazer as coisas em casa e não consigo" (P1).

<b>Domínios</b>	<b>Média (Desvio Padrão)</b>	<b>Mediana (Mínimo – Máximo)</b>
<b>Estado Geral de Saúde</b>	<b>56,13 (15,051)</b>	<b>52,00 (20 – 97)</b>

FONTE: Dados da Pesquisa/2012

Com relação ao item Estado Geral de saúde, o nosso estudo obteve o segundo menor escore ( $56,13 \pm 15,05$ ). Este resultado indica que a maioria dos pacientes considera sua saúde ruim por não executarem as mesmas atividades que antes, tanto no âmbito social como no de lazer.

Neste sentido corrobora com Reis et al, (2008), em estudo realizado com o objetivo de analisar as diferentes fontes de demanda de atenção vivenciadas por oito mulheres com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico de um hospital universitário do interior do Estado de São Paulo, no qual verificou que a incapacidade para o trabalho também influencia na vida da pessoa, uma vez que dificulta manter vínculos empregatícios formais, pela peculiaridade da doença, isto é, pela rotina do tratamento, complicações e limitações físicas que causa. Tal situação provoca diminuição da autoestima, e os pacientes passam a ser dependentes financeiramente e a necessitar, na maioria das vezes, do auxílio de um familiar ou pessoa próxima, conforme consta em um dos relatos:

” Minha vida mudou muito, tem dia que trabalho, mas tem dia que fico muito cansado porque sou dono de um barzinho e não agüento mais ficar muito tempo em pé. Mas preciso sustentar minha família, não me sinto bem sem trabalhar” (P28).

<b>Domínios</b>	<b>Média (Desvio Padrão)</b>	<b>Mediana (Mínimo – Máximo)</b>
<b>Vitalidade</b>	<b>57,17 (11,039)</b>	<b>57,50 (35 – 75)</b>

FONTE: Dados da Pesquisa/2012

O domínio vitalidade representou o terceiro menor escore ( $57,17 \pm 11,04$ ), esses resultados refletem o sentimento de cansaço e esgotamento, concordando com pesquisas sobre fadiga em pacientes renais crônicos em hemodiálise.

A fadiga está significativamente associada à presença de sintomas como problemas do sono, limitação por aspectos físicos e depressão (BAIARD et al 2002). Nesse critério imagine-se que um tempo maior de tratamento influenciaria nos resultados entre as médias e, consequentemente, em valores mais relevantes. O que é confirmado pelo relato deste paciente:

"Estou muito cansado ultimamente, não durmo bem, qualquer coisinha

que ando já fico cansado, mas é isto mesmo, é da doença" (P19). É importante frisar que as dimensões aspectos físicos e vitalidade, avaliam principalmente o desempenho nas atividades diárias e de trabalho, a sensação de desânimo e falta de energia que são sintomas frequentes em pacientes renais crônicos.

<b>Domínios</b>	<b>Média (Desvio Padrão)</b>	<b>Mediana (Mínimo – Máximo)</b>
<b>Aspecto Emocional</b>	<b>62,22 (42,64)</b>	<b>68,43 (0 – 100)</b>

FONTE: Dados da Pesquisa/2012

Conforme Ciconelly (1997) o questionário aborda os aspectos emocionais envolvidos e a quantidade de limitações emocionais no trabalho, além das AVDs das pessoas e suas dificuldades, observando que quanto maior o escore, menores as dificuldades sentidas pela população estudada.

O nosso estudo aponta o domínio aspectos emocionais com o quarto menor escore (62,22±42,64). Diniz (2002) e Ribeiro (2000), ao estudarem nessa população, as limitações referentes aos aspectos emocionais os quais no SF-36 referem-se a problemas com o trabalho ou outras atividades diárias como resultantes de problemas emocionais, também verificaram baixos escores, refletindo, assim, comprometimento desse domínio, de forma generalizada nessa clientela.

Ilustrando esses escores, o depoimento citado mostra o quanto o aspecto emocional pode ser afetado pela HD.

"A minha queixa principal é solidão. Depois que a gente começa aqui, muita coisa muda na vida da gente. Vejo muito homem deixar as mulheres e muitas mulheres também deixar eles em pouco tempo de tratamento, às vezes com 4 vezes de tratamento. Eu já era separado e não tinha muito contato com meus filhos, mas mesmo assim todo mundo se afastou de mim, a família pensa logo que a gente vai pedir algum rim pra eles. Moro só, quando posso pago uma pessoa pra lavar uma roupa, fazer um comer, uma faxina, mas na maioria das vezes estou só. A semana passada tive que ir no mercadinho, quando cheguei lá passei mal, foi que uma pessoa me acudiu e me deixou passar na frente. De vez em quando aparece umas mulheres se oferecendo pra casar comigo, mas não quero, porque elas não gostam de mim, elas vê a gente assim e sabe que vamos morrer logo, elas só querem minha pensãozinha, minha casinha e um carrinho que tenho pra andar" (Relato do P 23).

Em um estudo realizado na escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, no qual foi avaliada a qualidade de vida de pacientes no serviço de hemodiálise os pacientes relataram que esta representa um tratamento que lhes possibilita o bem-estar físico e o prolongamento da vida. Evidencia-se a existência de vários sentimentos relacionados à irreversibilidade da doença renal e a obrigatoriedade de submissão ao tratamento (LIMA, 2000). Na análise dos resultados deste estudo observou-se que a hemodiálise tem diferentes significados para cada depoente. Cada um deles revelou a dificuldade em lidar com as restrições que afetam e influenciam a sua qualidade de vida, e articulam expectativas diversificadas em relação ao transplante renal. Alguns pacientes demonstraram suas esperanças na crença em um ser superior e na realização do transplante renal como possibilidade para melhoria na saúde e QV.

## 5 CONCLUSÃO

Neste estudo foi observado que em pacientes de ambos os gêneros com Insuficiência Renal Crônica submetidos à hemodiálise, houve redução nos escores de qualidade de vida, principalmente nos domínios estado geral de saúde e limitação por aspectos físicos. Ficou constatado que a maioria dos sujeitos encara o tratamento como uma modalidade dolorosa, sofrida, angustiante, com limitações físicas, sociais e nutricionais, dificultando muitas vezes, a interação paciente-sociedade-família.

Ainda averiguou-se com este estudo um prejuízo da percepção de qualidade de vida destas pessoas que consideram-se uma sobrecarga física, emocional e financeira para a família, pois de certa forma são estigmatizados pela sociedade e ainda convivem o temor diário de uma morte “precoce” ou como eles próprios dizem “A vida por um fio”. Relataram durante e antes da aplicação do SF36 pela pesquisadora.

Com base nos dados percebeu-se que os pacientes que estão em HD necessitam de uma série de cuidados das várias áreas de saúde, o que ressalta a importância de manter ou melhorar o estilo de vida e as atividades da vida diária dos mesmos, pois estas influenciam uma melhora substancial na sua qualidade de vida.

## ABSTRACT

**Introduction:** The Chronic Renal Failure (CRF) can be defined as a complex syndrome, which is characterized by slow, progressive and irreversible loss of renal functions (CABRAL et al, 2005). The most common method in the treatment of CRF is the hemodialysis (HD), which is a therapeutic process capable of removing catabolites from the organism and correcting the internal alterations through the bloodstream in equipment designed for this purpose. It's necessary to have a better understanding of the daily life of the patients submitted to hemodialysis, by virtue of their restricted routine with limitations on all aspects, which compromise their quality of life. **Purpose:** This article aims to analyze the quality of life in patients submitted to hemodialysis. **Methodology:** It was a descriptive and transversal study, with a quantitative approach. 30 patients were investigated, being 21 males and 9 females in a Hospital Care in the city of Campina Grande - PB. Data were collected through questionnaires to identify the sample and through the SF-36 and reports collected during their own application, to evaluate the perception of quality of life. For data analysis it was used the statistical treatment through the programs EXCEL and ORIGIN Pro8. **Results:** In the data analysis it was possible to find impairments in many extents of quality of life, in which the most affected were physical aspects, general health, vitality, and emotional aspect, with no significant difference between genders. **Conclusion:** The areas analyzed were broadly impaired in the population studied, especially in relation to physical aspects, suggesting the negative influence of the presence of chronic disease, with prolonged treatment on these extents. With this study it was verified an impairment on the perception of quality of life of these people, who consider themselves a physical, emotional, and financial overburden to the family.

**Keywords:** Quality of life. Hemodialysis. Rehabilitation. Chronic renal failure.



## 7 REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. G. M. et al. Sobrevida em Hemodiálise no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp: Comparação Entre a Primeira e a Segunda Metades da Década de 90. **J Bras Nefrol** Volume XXVII - nº 1 - Março de 2005.

BAIARDI F. et al. Effects of clinical and individual variables on quality of life in chronic renal failure patients. **J Nephrol** 2002 january; 15(1):61- 7.

BIAZI, F. **Díalise e Hemodiálise.** Disponível em: [HTTP://biazi.tripod.com.br/saudebiazi/id14.htm](http://biazi.tripod.com.br/saudebiazi/id14.htm), 2007. Acesso em: 23 de setembro de 2011.

BARBOSA LMM. et al. Preditores de 10. qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. **J Bras Nefrol.** 2007;29:222-9.

BARROS, E; TOMÉ, F. et al. **Nefrologia: rotinas, diagnósticos e tratamento.** 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

BOUNDY, Janice; et al. **Enfermagem Médico-Cirúrgica.** Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso editores, 2004. BARROS, E; MANFRO, R. C, TOMÉ, F. S. et al. **Nefrologia: rotinas, diagnósticos e tratamento.** 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

CABRAL, Poliana Coelho; et al. **Avaliação nutricional de pacientes em hemodiálise.** Rev. Nutr. vol.18 no.1. Campinas Jan./Feb, 2005.

CASTRO, M. et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise através do instrumento genérico SF-36. **Revista da Associação Medicina Brasileira.** v. 49, n. 3, p.245-9. 2003.

CAGNEY KA. et al. Formal literature review of quality-of-life instruments used in end-stage renal disease. **Am J Kidney Dis** 2000; 36:327-36.

COHEN SR, Mount BM, MacDonald N. Defining quality of life. **Euro J Cancer** 1996; 32:753-4.

CICONELLI R.M. **Tradução para o português e validação do Questionário genérico de avaliação de qualidade de vida** “Medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36)”.[tese]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP;1997.

CHERTOW GM. et al. **Vintage, nutritional status, and survival in hemodialysis patients.** *Kidney Int.* 1995;57(3):1176-81.

COELHO, D. M. et al. Efeitos de um Programa de Exercícios Físicos no Condicionamento de Pacientes em Hemodiálise. **J. Bras. Nefrol.** Vol. 28, nº 3, 2006.

COSTA, F. M. V. **Grande dicionário de Enfermagem Atual.** Rio de Janeiro: Revis Editorial Ltda e R.B.E. Editorial Lta, 200\_.

DINIZ DHMP. **Descrição da dinâmica de personalidade de crianças e adolescentes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico.** [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP; 2002.

DEO OREO PB. Hemodialysis patient–assessed functional health status predicts continued survival, hospitalization, and dialysis–attendance compliance. **Am J Kidney Dis** 1997; 30:204-12.

DRAIBE, S.A. et al. Atualização em Diálise: Adequação em Hemodiálise Crônica. **J. Brás. Nefrol.** 2000.

ENGEL, C. L. et al. **Insuficiência Renal Crônica.** Fortaleza: Med Curso: Do Internato à Residência, 2005. v. 5. P. 25-48. ( Nefrologia).

FONTES, H.A.F. Insuficiência renal crônica. Disponível em: <[www.copacabanarunner.net](http://www.copacabanarunner.net)> Acesso em: 23 de Setembro de 2012.

GONÇALVES, E. et al. Complicações Dialíticas. In: AJZEN, H.; SCHOR, N. **Nefrologia : Guia de Medicina Ambulatorial** UNIFESP/EPM. São Paulo: Manole, 2002.

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

JONES C. et al. Serum creatinine levels in the US population: Third National Health and Nutritional Estimation Survey (correction appears in Am J kidney Dis 2000;35:178). **Am J Kidney Dis** 1998;32:992-9.

LAW, M. Participation in the occupation everyday life. **Am J Occup Ther** 2002, February.

LEITE, P. F. **Aptidão Física, Esporte e Saúde**. 3. ed. São Paulo - SP: Editora Robe, 2000.

LIMA AFC. **O significado da hemodiálise para o paciente renal crônico: a busca por uma melhor qualidade de vida** [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2000.

KRUG, R.R. et al. Capacidade funcional e qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica. **Revista Digital Lecturas: Educación Física y Deportes**, Buenos Aires, a.13, n.121, jun., 2008. Disponível em <http://www.efdeportes.com>

MEDEIROS, R. H.; PINENT, C. E. C. Aptidão física de indivíduo com doença renal crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. v. 24, n. 2, p. 81-7, 2002.

MEYER, K.B. et al. Monitoring dialysis patients' health status. **Journal Kidney Dis**. v. 24, p.267-279, 1994.

MOGAMI, R. Formação da urina pelos rins I: filtração glomerular, fluxo sanguíneo renal e seus controles. *In*: GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 11. ed. Elsevier: Rio de Janeiro, 2006.

NEVES OO, Cruz ICF. **Produção científica sobre inserção de cateter endovenoso em fístula arteriovenosa: implicações para a (o) enfermeira (o) de métodos dialíticos** [citado 2008 Fev 23].

PACHALY, M. A. Nefrologia. Cap. 27. *In*: MOZACHI, N. **O Hospital: manual do ambiente hospitalar**. 9ª Ed. Curitiba: Os autores, 2007, p. 318-322.

POLLOCK, M. L.; WIMORE, J. H.; **Exercícios na saúde e na doença**. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993.

REIS CK. et al. O indivíduo renal crônico e as demandas de atenção. **Rev Bras Enferm**. 2008;61(3):336-41.

RIBEIRO, R. C. H. M. **A condição do idoso com insuficiência renal crônica.** [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2000.

RIELLA, L.V.; MOURA, L.A.R; RIELLA, M. C. Anatomia Renal. *In*: RIELLA, M. C. **Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos.** 4. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2003.

ROMÃO JÚNIOR, J. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação **J Bras Nefrol** 2004; 26( supl. 1): 1-3.

SCHANZER H. SKLADANY M. Acesso Vascular para diálise. *In*: Haimovici H. et al. **Cirurgia Vascular: Princípios e Técnicas.** Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p.1030-42.

SMELTZER, S. M.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem médico-cirúrgico.** 10ª ed. Vol. 1. Rio de Janeiro: Granabara Koogan, 2005.

SUZUKI K. **Pesquisa sobre a qualidade de vida de pacientes de UTI: uma revisão de literatura.** [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem /USP; 2002.

UNRUH MI. et al. Sleep quality and clinical correlates in patients on maintean dialysis. **Clin Nephrol** 2003; 59(4): 280-8.

VIEIRA, W. P. et al. Manifestações musculoesqueléticas em pacientes submetidos à hemodiálise. **Rev. Bras. Reumatol.** São Paulo, v. 45, n. 6, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci\\_arttext&pid=S048250042005000600005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S048250042005000600005&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 24 set 2008. doi: 10.1590/S0482-50042005000600005.

ZHANG AH. et al. Comparison of quality 11. of life and causes of hospitalization between hemo-dialysis and peritoneal dialysis patients in China. **Health Qual Life Outcomes.** 2007, 5:49. [6 p.]. Citado em 2010.

## 8 ANEXOS

**HOSPITAL FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DA PARAÍBA – FAP  
CNPJ  
ENDEREÇO COMPLETO**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “inserir título do projeto” desenvolvida pela aluna Emanuela Maciel dos Santos do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da professora **ALBA LÚCIA S. RIBEIRO**.

**CAMPINA GRANDE / PB, DATA**

Assinatura e carimbo do responsável institucional

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**INFLUÊNCIA DAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB**”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

- O trabalho terá como objetivo geral avaliar a percepção de qualidade de vida de pacientes submetidos à HD e verificar se há relação entre a mesma e as AVD's. Ao voluntário só caberá a autorização para **questionamento sobre AVDs e sua qualidade de vida** e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

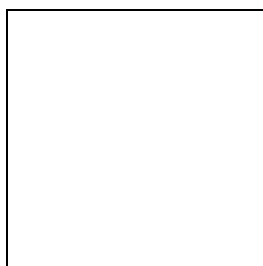
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) **88999525** com **ALBA LUCIA RIBEIRO**.

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável



Assinatura Datiloscópica  
Do Participante da pesquisa

**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL****Pesquisa:**

Eu, **ALBA LÚCIA S. RIBEIRO**, Professora da UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA, portadora do RG: **506.394 SSPPB** e CPF: **388.603.274.53** comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos. Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

---

PESQUISADOR(A)

**Campina Grande, Setembro/ 2011.**

## Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida-SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

<b>Excelente</b>	<b>Muito Boa</b>	<b>Boa</b>	<b>Ruim</b>	<b>Muito Ruim</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua saúde em geral, agora?

<b>Muito Melhor</b>	<b>Um Pouco Melhor</b>	<b>Quase a Mesma</b>	<b>Um Pouco Pior</b>	<b>Muito Pior</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, muito difícil	Sim, um pouco difícil	Não, não difícil de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
--	-----	-----



a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?		2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?		2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.		2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).		2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?		2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?		2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.		2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De nenhuma forma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De alguma maneira	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se

aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?		2	3	4	5	
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?		2	3	4	5	
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode Animá-lo?		2	3	4	5	
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?		2	3	4	5	
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?		2	3	4	5	
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?		2	3	4	5	
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?		2	3	4	5	
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?		2	3	4	5	
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?		2	3	4	5	

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

**11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?**

	<b>Definitivamente verdadeiro</b>	<b>A maioria das vezes verdadeiro</b>	<b>Não sei</b>	<b>A maioria das vezes falso</b>	<b>Definitivamente falso</b>
<b>a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>c) Eu acho que a minha saúde vai piorar</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>d) Minha saúde é excelente</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>