

## QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE EM HEMODIÁLISE

Cesar Eduardo Bremmer Martinez<sup>1</sup>

Michael Robinson Marques<sup>1</sup>

Relissa Masotti <sup>1</sup>

Ilaiane Fabri <sup>2</sup>

<sup>1</sup>Graduando do curso de Enfermagem

<sup>2</sup>Docente do curso de Enfermagem

### RESUMO

A qualidade de vida de um paciente renal crônico é frequentemente afetada devido às limitações e complicações associadas à doença. Isso inclui a necessidade de diálise regular ou transplante renal, restrições na dieta e líquidos, fadiga, anemia, pressão arterial elevada e outros problemas de saúde. Muitos pacientes enfrentam desafios emocionais, como depressão e ansiedade. No entanto, com tratamento adequado e suporte, é possível melhorar a qualidade de vida e manter uma vida satisfatória. A gestão da condição, incluindo o acompanhamento médico, terapia e adesão a um estilo de vida saudável, desempenha um papel crucial na melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

## INTRODUÇÃO

A incidência de pessoas acometidas por insuficiência renal crônica (IRC) tem alcançado índices alarmantes em todo mundo. A IRC representa uma alteração estrutural renal que implica na redução ou limitação da capacidade de filtração glomerular dos rins, causando a uremia, a qual é caracterizada pelo acúmulo no sangue de substâncias que devem ser filtradas e excretadas pelos rins. (BOKOR, 2000).

No Brasil, de acordo com o Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia, (2008), 13 milhões de pessoas encontram-se com IRC sendo que 3 milhões se concentra na Cidade São Paulo, e submetidos à hemodiálise 95 mil somente no Brasil.

A história da hemodiálise pode considerar-se ter começado, em 1830, porém continuaram as experiências, mas só melhoraram durante a Segunda Guerra Mundial em 1940 (DINAMICSITE, 2009; CREMESP, 2005).

A hemodiálise é um tipo de tratamento dialítico, em que a circulação do paciente é extracorpórea, bombeada através de uma máquina, com o objetivo de extrair as substâncias nitrogenadas tóxicas do sangue e remover o excesso de água. Para pacientes com IRC a hemodiálise evita a morte, sendo necessário submeter-se ao tratamento para o resto de suas vidas ou até submeterem a um transplante renal bem-sucedido. Em geral o tratamento ocorre três vezes por semana com duração de quatro a seis horas por sessão (FERMI, 2003).

Esses pacientes, que dependem de tecnologia avançada para sobreviver, apresentam limitações no seu cotidiano e vivenciam inúmeras perdas e mudanças biopsicossociais. Tendo-se assim modificação em sua qualidade de vida (QV), alterando a percepção da pessoa quanto a sua posição na vida e, também quanto a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Essa concepção inclui seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (WHOQOL, 1995; TERRA, 2007; COSTA, 2007).

Este estudo qualitativo busca compreender o significado da hemodiálise e o impacto desta modalidade terapêutica, na qualidade de vida de pacientes do serviço de hemodiálise. Buscando conhecer a existência de vários sentimentos relacionados à irreversibilidade da doença renal e à obrigatoriedade de submissão ao tratamento (COSTA, 2003).

## MÉTODOS

Realizamos uma pesquisa de natureza quantitativa, pois nosso objetivo neste trabalho, foi obter dados mensuráveis e estatisticamente analisáveis para avaliar a qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise.

Utilizamos questionários validados, como o SF-36 (Short Form 36) e o KDQOL-SF (Kidney Disease Quality of Life Short Form), para coletar informações sobre a qualidade de vida dos pacientes.

Foram feitas entrevistas semiestruturadas para obter insights qualitativos adicionais sobre a experiência dos pacientes. Selecionamos aleatoriamente um grupo de pacientes em tratamento de hemodiálise no CENAM (Centro de Nefrologia Amparo), que concordaram em participar voluntariamente do estudo. Utilizamos o SF-36 e o KDQOL-SF para medir aspectos específicos da qualidade de vida, como saúde física, saúde mental, bem-estar emocional e qualidade de vida relacionada à doença renal. Foram realizadas análises estatísticas, incluindo médias, desvios padrão e testes de significância, para comparar as pontuações de qualidade de vida entre os pacientes em diferentes estágios da hemodiálise e identificar fatores associados. Os pacientes foram convidados a preencher os questionários antes e após um período de seis meses de tratamento. As entrevistas foram transcritas para análise qualitativa. Obtemos consentimento informado dos participantes e garantimos a confidencialidade dos dados coletados. A pesquisa segue os padrões éticos estabelecidos para estudos envolvendo seres humanos. O estudo foi conduzido ao longo de um período de seis meses, incluindo a coleta de dados, análise e redação do relatório. Reconhecemos que o estudo pode ser limitado pela disponibilidade de participantes e pela natureza auto relatada das respostas aos questionários. Esta metodologia foi escolhida porque permitirá uma avaliação abrangente da qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise, contribuindo para uma compreensão mais profunda de suas necessidades e desafios, o que pode, por sua vez, orientar melhorias nos cuidados de saúde, pois a qualidade de vida do paciente em hemodiálise é a meta a ser alcançada.

## **Anatomia e Fisiologia do Sistema Urinário**

Os rins são um par de estruturas castanho avermelhadas localizadas sobre a parede posterior do abdômen, desde a 12. Vértebra torácica a 3. Vértebra lombar no adulto (SMELTZER, 2005).

Cada rim pesa cerca de 150g e tem aproximadamente um tamanho de um punho fechado, são observadas duas regiões: uma parte externa, denominada córtex, e uma interna, chamada medula. Todos os glomérulos, túbulos contornados e ductos coletores corticais localizam-se no córtex. A medula é de cor mais clara e possui aspecto estriado em decorrência da disposição paralela das alças de Henle, ductos coletores medulares e vasos sanguíneos da medula. A medula pode ser subdividida em medula externa, localizada mais próxima do córtex, e medula interna mais afastada do córtex (RHOADES, 2005).

O rim humano é organizado numa série de lobos, cada lobo consiste numa pirâmide de tecido medular e tecido cortical sobre a sua base e recobrimdo os dados. A ponta da pirâmide medular forma a papila renal. Cada papila renal drena a urina num pequeno cálice. Os pequenos cálices unem-se para formar um cálice principal, e a urina flui então na pelve renal. A urina é propelida por movimentos peristálticos dos ureteres para bexiga urinária, que armazena a urina até o esvaziamento desta. A face medial de cada rim é indentada numa região denominada hilo, onde o ureter, os vasos sanguíneos, os nervos e os vasos linfáticos penetram no rim ou o abandonam (KOOGAN, 2005).

A função básica do rim é limpar o plasma sanguíneo de substâncias indesejáveis ao organismo, o mecanismo principal pelo qual o rim limpa o plasma dessas substâncias indesejáveis é a filtração (FERMI, 2003).

Cada rim contém aproximadamente 1 milhão ou mais de túbulos renais epiteliais chamados de néfrons que é a unidade funcional do rim e forma a urina. A urina é formada no interior dos néfrons e passa para os ductos coletores que se unem para formar a pelve renal de cada rim. A urina flui para dentro do ureter um tubo fibromuscular longo que se conecta cada rim com a bexiga (SMELTZER, 2005).

A bexiga urinária é um saco muscular oco, localizado exatamente atrás do osso púbis. Ela atua como reservatório para o armazenamento temporário da urina, a forma o tamanho e a posição da bexiga variam de acordo com a idade, o sexo e a quantidade de urina que nela contém. A parede da bexiga consiste predominantemente em músculo que, ao relaxar permite o esvaziamento da bexiga durante a micção. A urina percorre desde a bexiga, através da uretra até o meato uretral, por onde sai do corpo. (BARE, 2005; FERMI, 2003).

## **Insuficiência Renal Crônica (IRC)**

A doença renal crônica é uma deterioração progressiva e irreversível da função renal, em que a capacidade do rim para manter o equilíbrio metabólico e hidroeletrolítico falha, resultando em uremia ou azotemia – retenção de uréia e outras substâncias nitrogenadas no sangue. Pode ser causada por doenças sistêmicas, como o diabetes melitus (principal causa): hipertensão, glomerulonefrite, pielonefrite crônica, obstrução do trato urinário, doenças hereditárias, como a doença do rim policístico, distúrbios vasculares, infecções, medicamentos, ou agente tóxicos (chumbo, cádmio, mercúrio e cromo), (GOSHORN, 2002; SOUZA PACHECO, 2005; SANTOS, 2005).

Como a IRC na grande maioria dos casos é muito lenta, podemos dividi-la em quatro fases:

- Primeira fase: Redução de 25% da função renal. Ainda não existe uremia, e o balanço hidroeletrolítico é mantido por adaptação de néfrons ainda funcionantes.
- Segunda fase: Redução de 75% da função renal. O rim já não possui mais a capacidade de manter a homeostasia. O paciente apresenta nictúria, anemia e azotemia (aumento da uréia no sangue).
- Terceira Fase: Normalmente a função renal esta abaixo de 20%. Os sintomas da uremia são intensos – anemia, acidose metabólica, hipocalcemia, hiperfosfatemia (aumento de fósforo no sangue) e hiponatremia (diminuição de sódio no sangue).
- Quarta fase: Chamada fase terminal, em que alguma forma de terapia renal substitutiva ou um transplante torna-se necessário (FERMI, 2005).

## **A história da hemodiálise**

A história da hemodiálise pode considerar-se ter começado, quando em 1830 um físico Inglês chamado Thomas Graham, verificou, separando dois líquidos com substâncias dissolvidas numa membrana celulósica, estabelecia troca entre elas. Nesta experiência ou fenômeno, o físico chamou-lhe "Diálise" e às membranas com estas características "semipermeáveis" (DINAMICSITE, 2009).

Porém continuaram as experiências, durante a Segunda Guerra Mundial (1940), o holandês Kolff (considerado por alguns o pai da hemodiálise) fez um “Rim Artificial” que consistia num tubo de 40m de celofane enrolado num cilindro que rodeava um tanque que continha uma solução, o sangue do

doente circulava dentro do tubo e a cada rotação do cilindro mergulhava no tanque. Por meados do ano de 1943 Kolff utilizou pela primeira vez este “Rim Artificial” num paciente com Insuficiência Renal Aguda (CREMESP, 2005; DINAMICSITE, 2009).

O rim de Kolff tinha uma inovação: o sistema de propulsão do sangue no circuito (com adaptação de uma bomba de água de um automóvel), permitiu que, pela primeira vez, fosse utilizada num doente a diálise contínua. Puncionava-se uma artéria e uma veia e o sangue circulava continuamente. O maior problema era que de cada vez que se fazia esse tratamento era necessário uma nova artéria e nova veia. O doente que fez essa experiência viera a falecer no vigésimo sexto dia após tratamento (CREMESP, 2005).

Em 1945 foi o que marcou a sobrevivência do primeiro paciente do “Rim Artificial” de Kolff com Insuficiência Renal Aguda, porém Kolff escreveu “ ... em caso de Insuficiência Renal Crônica (irreversível) não há indicação de tratamento pelo rim artificial”... Nos meados dos anos 50 a hemodiálise ainda era considerada experimental, que se fazia em meia dúzia de hospitais e com resultados duvidosos.

Muitos problemas iniciais subsistiam:

1. O celofane ser mais resistente do que o celulose, ainda era frágil praticamente nada se conhecia das suas características dialíticas;
2. A heparina não se podia utilizar à vontade;
3. Recentemente o plástico tinha sido introduzido, certas estruturas eram de borracha (metal ou vidro) certas peças eram utilizadas várias vezes, pois não havia a industrialização e a esterilização era deficiente;
4. As estruturas dos dialisadores implicava volumes grandes para os preencher, que por seu lado obrigava antes de iniciar os tratamentos de enchê-los com sangue de doadores, pois daí acarretavam todos os riscos;
5. Também conhecia-se pouco sobre o que era uma Diálise eficaz e mesmo sobre os principais problemas que diziam respeito à Insuficiência Renal Crônica;
6. O acesso vascular, ainda não era permanente.

Foi só em 1960, ocorreu um marco histórico, no tratamento da Insuficiência Renal Crônica, pela hemodiálise a arteriovenoso externo permanente (CREMESP, 2005; DINAMICSITE, 2009).

Em 1965, os doentes crônicos começaram a serem tratados com hemodiálise regular. Em 1966, outro grande passo foi dado foram criados cirurgicamente a fístula arterio-venosa interna, que consiste numa pequena comunicação, inferior a 0,5 cm, direta, entre uma veia e uma artéria. Deste modo, uma quantidade razoável de sangue arterial é desviada para a circulação venosa dessa região. A fístula precisa de "amadurecer" e só deverá ser picada uma semana, ou melhor ainda, três a quatro semanas após a sua confecção (DINAMECSITE, 2009).

### **Acessos vascular**

O acesso vascular é muito importante para possibilitar o tratamento de diversas doenças a partir de infecções, desidratação e desnutrição, seguindo até estados com maiores complexidades e duradouros, como insuficiência renal e câncer. O acesso ideal é aquele capaz de distribuir um fluxo adequado, duradouro, de fácil obtenção e com menor número de complicações (infecção, trombose etc.). (RIELLA, 2003).

Porém, a utilização em longo prazo da hemodiálise torna preciso confeccionar e manter acessos vasculares de utilização duradoura. Tanto as fístulas arteriovenosas - primeira alternativa de acesso para os pacientes hemodialíticos - como os cateteres vêm sendo objeto de pesquisa na literatura, no esforço de aumentar sua vida útil. (JUNIOR et al., 2013)

De acordo com o parecer 042/2013 do COREN-SP, é competência do enfermeiro ou técnico de enfermagem a realização da punção da Fístula arteriovenosa, desde que capacitados e o técnico, supervisionado e orientado pelo enfermeiro. É atribuição exclusiva do enfermeiro a avaliação e realização da primeira punção da fístula. (KDOQI, 2006).

Os acessos vasculares em pacientes adultos permanecem se aprimorando e estudos atuais apresentam um leque de alternativas de elaboração e preservação dos acessos. Porém, o uso correto e os cuidados com o sistema venoso dos pacientes renais crônicos necessitam ser uma frequência nos serviços de diálises, diminuindo as complicações e prolongando o tempo de uso destes. (LINARDI, 2002).

## **Tipos de Acessos**

### **Fístulas Arteriovenosas**

A Hemodiálise é um tratamento que remove as substâncias tóxicas e o excesso de líquido acumulado no sangue e tecidos do corpo em consequência da falência renal. Na hemodiálise, o sangue, carregado de toxinas e resíduos nitrogenados, é desviado do paciente para uma máquina, um dialisador, no qual é limpo e, em seguida, devolvido ao paciente (SMELTZER; BARE, 2011).

A adesão ao tratamento de hemodiálise é considerada bastante desgastante, por ser realizado três dias por semana, durante quatro horas/dia, necessitando de transporte; sabe-se que as atuais condições das estradas brasileiras são precárias, sendo um fator de estresse para os pacientes renais crônicos, dificultando a realização do tratamento hemodialítico. (LIMA; GUALDA, 2000).

A hemodiálise tem por objetivo obter as substâncias nitrogenadas tóxicas do sangue e retirar o aumento de água; é feita através de um sistema extracorpóreo, onde o sangue flui por meio de um acesso vascular, sendo a Fístula uma dentro de quatro formas de acessos que são utilizadas. (SBN, 2007).

Para que o sangue possa ser retirado, limpo e devolvido ao corpo é necessário que seja estabelecido um acesso à circulação do paciente. A FAV é um acesso permanente, criado por meios cirúrgicos ao se unir uma artéria em uma veia. As agulhas são inseridas dentro do vaso a fim se obter o fluxo sanguíneo adequado para passar através do dialisador. (SMELTZER; BARE, 2011).

A Fístula Arteriovenosa (FAV) geralmente é a primeira opção no acesso vascular dos portadores de IRC. Conforme o NKF-K/DOQI, pelo menos 50% dos pacientes em hemodiálise precisariam fazer o uso de uma fístula arteriovenosa (FAV). (KDOQI, 2006).

São sempre realizadas nos seguintes casos: Creatinina sérica maior do que 4,0 mg/dL, Clearance de creatinina menor do que 25 ml/min ou na análise da necessidade de hemodiálise no período de um ano, uma vez que as FAVs precisam de um tempo de maturação até sua utilização. (NEVES et al., 2011).

A construção de uma FAV com bom funcionamento não é simples de conseguir e por vezes requer correções funcionais mesmo antes da primeira utilização. Portanto, uma FAV deve ser criada o mais cedo possível, de preferência até seis meses antes da primeira utilização. (LIMA; GUALDA, 2000).

Os cuidados com a FAV precisam ser rigorosos e constantes, evitando complicações (estenose, trombose, fracasso de maturação, edema de mão, pseudoaneurisma e infecção), que podem prejudicar a qualidade do tratamento, aumentando os desconfortos entre as sessões de hemodiálise. (LIMA; GUALDA, 2000).

A Fístula Arteriovenosa geralmente pode ser usada para realizar tratamento de diálise entre 6-12 semanas após a sua criação, em circunstâncias selecionadas, podem ser utilizadas quatro semanas após criação. (PARISOTTO, 2015).

### **Cateteres Venosos Centrais**

Estes tipos de cateteres são recomendados nas situações de hemodiálise de emergência ou nas situações em que não é possível a realização de FAV. Estão associados a maiores índices de infecção, hospitalização e adoecimento dos portadores de IRC. (ORTEGA, et al., 2005).

O cateter venoso central é introduzido de preferência nas veias jugulares, área em que as complicações são menores. A segunda opção fica entre as veias femorais e subclávias. (ORTEGA, et al., 2005).

Não é raro o encontro de pacientes com dificuldades no acesso venoso para introdução dos cateteres devido à trombose que geralmente ocorre. Essa circunstância gera um enorme obstáculo para o cirurgião assistente, sendo preciso introduzir os cateteres em áreas não muito convencionais. (NASSER et al., 2007).

Uma dessas opções é a implantação na veia cava inferior por meio de punção translombar com agulha de 20 cm. Esta é feita no espaço paravertebral direito (10 cm lateralmente ao corpo vertebral, 1,5 cm acima da espinha ilíaca), com a aplicação da ponta do cateter na junção atriocaval inferior. Outra alternativa é o implante do cateter através da punção transparieto-hepática. (NASSER et al., 2007).

A punção é realizada com agulha de Chiba no décimo espaço intercostal direito em direção postero-superior, encontrando-se a veia hepática direita por fluoroscopia. Depois disso, um fio guia encaminha o cateter através da veia suprahepática até o átrio direito. (MOTTA-LEAL-FILHO, et al., 2010).

Há pouco tempo, Menezes et al. (2010), numa pesquisa feita em animais, caracterizam a aplicação do cateter na veia cava superior por meio da veia ázigos por toracoscopia. Assim, o cateter

fica disposto na desembocadura da veia cava superior no átrio direito. Com futuras pesquisas clínicas, essa forma pode se tornar uma inovadora opção para implantação de cateteres.

A maior preocupação em relação aos cateteres é a sua manutenção. É necessário sempre mantê-los acessíveis e livres de infecção tornando assim uma maneira de que novas soluções de preenchimento dos mesmos sejam observadas. Uma vez que, após seu uso, os cateteres são preenchidos com heparina, diminuindo a formação de trombos em sua parte interna e em resultado, reduzindo os índices de infecção e obstrução destes. (MENEZES et al., 2010).

O que atualmente vem sendo discutido é a dose de heparina utilizada. Thomson et al. (2011), evidenciam que a utilização de heparina 1000 UI/mL resulta num baixo risco de heparinização sistêmica do que na dose comum de 5000 UI/mL, sem a elevação dos índices de infecção, perda ou mau funcionamento do cateter. Já Ivan et al. (2010), fazendo uso das mesmas concentrações de heparina, denotam patências bem parecidas dos cateteres nos dois grupos; porém, nos que utilizam 1000 UI/mL, faz-se necessário duas vezes mais de instilação de trombolíticos para a oclusão dos cateteres.

### **Cateter de curta permanência**

Os Cateteres de curta permanência são introduzidos sem contra abertura da pele por meio de punção direta do vaso. São intitulados de cateter de Shiley e empregados por um curto período, com o objetivo de se preparar um acesso vascular imediato em pacientes com insuficiência renal em emergência dialítica ou no decorrer do período de maturação de um acesso permanente. (LINARDI, et al., 2004).

Esse tipo de cateter é recomendado para pacientes que precisam de acesso vascular por um curto tempo, aproximando-se de 21 a 30 dias, ou nos que precisam realizar a hemodiálise de emergência, ou que já estão em tratamento de hemodiálise e portaram alguma dificuldade com o acesso permanente. Tais cateteres, cuidados de maneira correta, podem ter uma duração de mais de um mês, porém não deixam de ser classificados como temporários. (LINARDI et al., 2004).

Esses cateteres são introduzidos diretamente nas veias femoral, subclávia e jugular interna, depois de feita a assepsia local, anestesia local, punção e passagem do fio-guia. A veia jugular é sempre a primeira a ser escolhida, uma vez que apresenta baixa taxa de complicações e geralmente, é de fácil punção. A veia femoral é a mais fácil de puncionar, mas este acesso tem maior taxa de infecção e trombose, além de delimitar os movimentos e deambulação do paciente. O acesso subclávio, apesar de

ser mais agradável ao paciente, está vinculado a maiores tipos de problemas e, logo em seguida, à estenose do vaso, o que pode prejudicar acessos posteriores. (LINARDI, et al., 2004).

Nos pacientes portadores de IRC, a estenose da veia subclávia pode resultar em uma hipertensão venosa no membro superior depois de feita a FAV, ocorrendo uma formação de efeitos colaterais e edema abundante do membro. Acontece também um mau funcionamento da FAV, tornando-se impossível a realização da hemodiálise. (MAFFEI et al., 2008).

Os cateteres de curta permanência devem ser passados com método asséptico, fazendo uso de campos e materiais estéreis, mas também é possível passá-los no leito com anestesia local, com a contribuição do paciente. Porém, em pacientes com acessos centrais prévios, que já sofreram de trombose venosa e/ou histórico de dificuldade na passagem anterior de outro cateter, é correto elaborar a passagem destes cateteres no centro cirúrgico com a ajuda da escopia, para que dessa forma se evite futuras complicações. (MAFFEI et al., 2008).

### **Tecknoff de diálise peritoneal**

De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2007), a Diálise peritoneal é uma opção de tratamento através do qual o processo ocorre dentro do corpo do paciente, com auxílio de um filtro natural como substituto da função renal. Esse filtro é denominado peritônio. É uma membrana porosa e semipermeável, que reveste os principais órgãos abdominais. O espaço entre esses órgãos é a cavidade peritoneal. Um líquido de diálise é colocado na cavidade e drenado, através de um cateter (tubo flexível biocompatível).

O cateter tcknoff é permanente e indolor, implantado por meio de uma pequena cirurgia no abdômen. A solução de diálise é infundida e permanece por um determinado tempo na cavidade peritoneal, e depois drenado. A solução entra em contato com o sangue e isso permite que as substâncias que estão acumuladas no sangue como ureia, creatinina e potássio sejam removidas, bem como o excesso de líquido que não está sendo eliminado pelo rim. (SBN, 2007).

Os resultados dos tratamentos por diálise peritoneal e hemodiálise são iguais. Cada um deles tem as suas vantagens e desvantagens. A escolha entre hemodiálise e diálise peritoneal depende das condições clínicas e da escolha do próprio paciente. (SBN, 2007).

## Princípios da qualidade de vida

O termo qualidade de vida (QV) é o resultado final de um processo histórico cujas primeiras tentativas conceituais surgem a partir de 384 a.C., quando Aristóteles se refere à associação entre felicidade e bem-estar. Já nessa ocasião, as diferenças interpessoais (variação entre pessoas distintas) e intrapessoais (variação de acordo com situações de vida específicas), em relação à satisfação com a vida, eram consideradas essenciais para a compreensão do bem-estar. Lapidações conceituais sobre o tema foram delineadas por filósofos, teólogos e interessados, propiciando melhor abrangência do tema ao longo do tempo (FAYER; MACHIN, 2000).

A partir do século XX, o uso da expressão qualidade de vida tornou-se familiar, sendo inicialmente utilizada no senso comum, informalmente, com bases num conhecimento intuitivo, e desprovida de definições ou demarcações científicas. Posteriormente, a partir de 1975, o aproveitamento do conceito de QV na área da saúde foi demarcado pela clínica oncologia e seus dilemas. Com a alta frequência de casos sem perspectiva de cura, os desfechos principais em oncologia passaram a ser o implemento do bem-estar dos pacientes. Essa mudança de interesse médico foi influenciada pela definição proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1948, que se refere à saúde como "o estado de completo bem-estar físico, psicológico e social, e não meramente a ausência de doença". Apesar dessa definição implicar uma amplitude de aspectos, as avaliações até então realizadas consideravam apenas fatores de morbidade e mortalidade, evidenciando a incoerência entre a definição conceitual de saúde e suas medidas. (SAXENA e ORLEY, 1997; BERLIN, FLECK, 2003).

Em 1984, Calman adota o modelo da expectativa, no qual a compreensão da QV refere-se à diferença entre as expectativas e experiências dos indivíduos, sendo que quanto menor fosse essa diferença, melhor seria a QV. Outras propostas são o modelo das necessidades e reintegração à vida normal, no qual a QV é a habilidade e capacidade de satisfação das necessidades humanas, e o modelo da satisfação pessoal com a vida, cuja QV é compreendida como a percepção de valores existenciais e a capacidade destes em auxiliarem no enfrentamento das situações de vida (FAYER E MACHIN, 2000).

No entanto, foi em 1994 que a primeira definição padronizada para QV, fruto de 10 anos de estudo do projeto de qualidade de vida da OMS (WHOQOL group), foi proposta, considerando-se aspectos da subjetividade, da unificação do conceito e de fenômenos transculturais. Assim, definiu-se QV como sendo a percepção individual de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Esse é um conceito amplo, influenciado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de

independência, relações sociais e da relação com características do ambiente (SAXENA E ORLEY, 1997).

A partir da década de 1980, numerosas investigações científicas foram realizadas com a finalidade de melhor compreender o impacto dos problemas de saúde e das intervenções médicas nos diversos domínios do bem-estar físico, psicológico e social dos indivíduos. Em função de todo esse processo de construção teórica e prática ao longo dos anos, a avaliação da QV vem ganhando maior espaço na comunidade científica (DINIZ, 2006).

A busca pelo significado do termo qualidade de vida (QV) parece ser tão antiga quanto à civilização. Diferentes referenciais filosóficos, desde a Antigüidade, conceituam o que seja vida com qualidade. Segundo a visão aristotélica, a vida com qualidade referia-se aos sentimentos relacionados à felicidade, realização e plenitude. Os vários significados atribuídos para a QV estão de acordo com as perspectivas econômica, demográfica, antropológica, bioética e, mais recentemente, ambiental e de saúde pública (BAYLEY, 1988 e PAINTER, 1994).

Segundo DINIZ (2006) as origens da ênfase atual na QV podem ser atribuídas à degradação ambiental (exploração dos bens naturais comuns, como subsolo, solo, água, poluição do ar, vegetação, erosão da sustentabilidade ecológica, secundarização das identidades culturais próprias, uso irracional dos recursos) e à degradação do bem-estar humano (produção excessiva de bens de consumo, consumismo). Esses fatores causaram o empobrecimento crítico das populações, a marginalização dos circuitos de produção e de consumo e a marginalização cultural. Com isso, a busca pela QV visa ampliar perspectivas para a equidade social e diversidade ecológica e cultural, redimensionando as categorias qualitativas e reavaliando o estilo de vida urbano e a qualidade do consumo, do trabalho, da distribuição de riquezas e do acesso aos bens e aos serviços.

Em geral, os profissionais de saúde, com base em uma pergunta explícita feita sobre o estado geral de saúde dos pacientes, avaliam e propõem decisões terapêuticas. Os estudos populacionais incorporaram há tempos perguntas do tipo “como você se sente em relação ao seu estado de saúde?”: permitindo monitorar os níveis de saúde populacional e as estatísticas de mortalidade. Durante a última década, um dos maiores avanços na área da saúde tem sido o reconhecimento da existência da doença pelo paciente, bem como a monitoração da qualidade das medidas empregadas. Isso é verificado não apenas medindo a qualidade do serviço de saúde prestado, mas também restaurando a função e prevenindo a incapacidade do organismo do ser humano. (KIMMEL, 2000; ZHAN, 1992).

A medida de QVRS é um fenômeno emergente na literatura médica, com uma história de

aproximadamente três décadas. Boa parte das pesquisas abrange esse fenômeno e se concentra na complexidade, na comparação com os indicadores clínicos habituais e na crença sobre sua utilidade, especialmente na prática clínica. Diversos autores acreditam que a introdução da QV na área da saúde possivelmente tenha sido decorrente de três fatores, o primeiro foi o grande avanço tecnológico que propiciou maiores possibilidades para a recuperação da saúde e prolongamento da vida; o segundo fator consiste na mudança do panorama epidemiológico das doenças, sendo que o perfil dominante passou a ser o das doenças crônicas; o terceiro fator trata da tendência de mudança sobre a visão do ser humano, antes visto como organismo biológico que deveria ser reparado e, hoje, como um agente social (DINIZ, 2006).

### **Conceitos - Qualidade de Vida**

O termo qualidade de vida (QV) tem sido definido de diferentes maneiras e por diversos autores. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a QV é "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". Essa definição inclui seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual. Além de saúde QV inclui educação, acesso aos serviços de saúde e condições dignas de trabalho. (WHOQOL, 1995).

Segundo SCHWARTZMANN a QV é associada à noção de felicidade, referindo-se ao aspecto externo (condições financeiras) e interno (condições de saúde) do sujeito.

Muitos são termos utilizados e comparados a expressão QV nos dias de hoje, entre os termos mais usados pode-se citar: satisfação com a vida, saúde, trabalho, bem-estar, lazer, auto estima, felicidade, valores e necessidades atendidas (KAWAKAME, 2005).

Assim a QV, bem como a felicidade, dependem das expectativas e do plano de vida de cada indivíduo. Dessa maneira o que é uma boa qualidade de vida para uma pessoa, pode não ser para outra pessoa. (KAWAKAME, 2005).

Segundo KIMURA (1999) QV é um conceito multidimensional e subjetivo e, embora, haja controvérsias sobre o real significado dessa expressão há concordância entre diversos autores quanto à inclusão de aspectos relacionados à capacidade funcional, as funções fisiológicas, ao comportamento efetivo emocional, as interações sociais ao trabalho e à situação econômica, centrada na avaliação subjetiva dos indivíduos. Assim, a QV apresenta-se como um constructo multifatorial, muito mais amplo do que meramente a presença ou ausência de saúde.

Segundo SOUZA e CARVALHO o conceito de QV é uma condição biopsicossocial de conforto, relativa a experiências humanas objetivas e subjetivas e consideradas dentro das particularidades individuais e sociais da situação singular. Refere-se, portanto, a uma definição de caráter contextual, devendo ser entendida dentro das especificidades de cada situação, e multidimensional, considerando os vários determinantes da condição humana.

Segundo SCHWARTZMANN (1998) QV é definida como sendo a percepção do cliente de seu bem estar físico, psíquico e social, ela depende de fatores orgânicos, psicológicos e sociais, assim como o momento da vida em que surge a enfermidade.

MINAYO (2000) QV é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrada na vida familiar, amorosa, social, ambiental e a própria estética existencial de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem estar.

Para MASTROPIETRO (2003) a noção de QV de uma pessoa ter recebido diferentes definições e mudanças em suas conceituações. Porém entende-se que sempre faz referência ao nível de satisfação que o sujeito elabora da vida cotidiana.

RUFFINO (1994) considera com QV boa ou excelente aquela que haja um mínimo de condições para que os indivíduos desenvolvam o máximo de suas potencialidades como, viver, sentir ou amar, trabalhar, produzindo bem ou serviços, ciências ou artes.

De acordo com BOWLING (1995) QV só pode ser avaliada pela própria pessoa, ao contrario das tendências iniciais de uso do conceito quando a QV era avaliada por um observador, usualmente um profissional da saúde. Nesse sentido a preocupação quando a desenvolvimento de métodos e avaliação e de instrumentos que devem considerar a perspectiva da população ou dos pacientes, e não a visão de cientistas e de profissionais.

## Instrumentos de medidas

A construção teórica do conceito de QV indica a necessidade de fazer uso de diferentes instrumentos e procedimentos para a obtenção de informações subjetivas e objetivas, necessárias a sua delimitação enquanto conceito, sabendo-se que todo esse conjunto será influenciado pelos profissionais que o irão elaborar ou que dele farão uso. (FAYERS, 2000).

Os primeiros instrumentos destinados a medir a QV apareceram na literatura na década de 1970, e desde então têm mostrado um desenvolvimento considerável. Os instrumentos requerem do profissional da saúde um bom conhecimento do paciente e a valorização de capacidades ou limitações funcionais dos mesmos. A maioria dos instrumentos desenvolvidos aborda a área de reabilitação, fundamentalmente em geriatria. Predominantemente, os instrumentos de medida de QV consistem em questionários que medem sentimentos, autovalorização ou condutas, por meio de interrogatório direto com o paciente (entrevista) ou questionário auto-aplicável. (COSTA NETO, 2002).

Diversos instrumentos ou índices tem sido proposto e utilizados com a finalidade de avaliar QV. Esses instrumentos podem ser divididos em dois grupos: genéricos (quando um instrumento inclui grande parte das dimensões que compõem a QV), e específicos (é à medida que se concentra em um aspecto particular, exemplo, função física).

De acordo com COSTA NETO (2002) os instrumentos genéricos têm sido utilizados nos últimos 20 anos em diversas publicações. Uma de suas características fundamentais permite avaliar também a população geral, podendo ser utilizada como referência para interpretar as pontuações. Por outro lado, estão aparecendo inúmeros instrumentos específicos que poderão facilitar tanto a padronização e quantificação da medida dos sintomas e seu impacto como a precisão das medidas no momento de valorizar os efeitos dos tratamentos.

Dentre os genéricos, alguns dos instrumentos mensuram a QV em seu aspecto mais amplo, tal como o WHOQL e Quality of Life Index, outros entretanto são desenvolvidos com a finalidade de medir a qualidade de vida relacionado à saúde (QVRS), ou seja, o impacto de uma doença sobre a vida de pacientes. Avaliam relativos a função e desconforto físico e emocional. Segundo Heyes nos questionários genéricos de QVRS, os conceitos não são específicos para determinada idade, doença ou grupo de tratamento, portanto permite comparações entre populações normais e de determinada patologia diferentes patologias, entre diferentes tratamentos. Embora usualmente descritos como escalas de QV ou QVRS, esses instrumentos são bem denominados como “medidas de estado de saúde” devido ao fato de se basearem na avaliação de sintomas físicos. Eles enfatizam a medida do estado de saúde

geral e assume implicitamente que a percepção de saúde deficiente implica em QV/QVRS comprometidas. (FAYERS 2000). São exemplos desses instrumentos o Medical Outcomes Study 36-Item Short Form SF-36, o Nottingham Health Profile (NPH) e o Sickness Impact Profile (SIP) (GUYATT 1995).

Os instrumentos específicos por sua vez são capazes de avaliar de forma individual e específica determinados aspectos da QV/QVRS, proporcionando uma maior capacidade de detecção de melhora ou piora do aspecto particular em estudo. Suas principais características e a capacidade que possui de detectar alterações após uma determinada intervenção, podem ser específicos para uma determinada função (capacidade física, sono, função sexual), para uma determinada população (idosos, jovens), para uma determinada alteração (dor). Dentre esses instrumentos, são específicos para doença renal: Kidney Disease Quality of Life (KDQOL, KDOL-SF1.3, KDOL-SF3.6) e End Stage Renal Disease Symptom Checklist Transplantation Module (ESRD-SCL-TM) (GUYATT 1995).

Na publicação *Directory of instruments to measure quality of life and correlate areas*, de 1998, foram identificados 446 instrumentos utilizados para avaliação da QV, num período de 60 anos, sendo que 322 destes apareceram na literatura a partir dos anos 1980. O acentuado crescimento nas duas últimas décadas atesta os esforços voltados para o amadurecimento conceitual e metodológico do uso do termo na linguagem científica (COSTA NETO, 2002).

### **Qual a importância de se avaliar a Qualidade de Vida**

A mensuração é uma forma objetiva de se obter dados a respeito de um determinado fenômeno e, por ser um procedimento de uma pesquisa formal, reflexivo e sistemática, contribui para a produção e transmissão de conhecimento científico. O impacto das investigações científicas parece influenciar decisões referentes a investimentos econômicos na área da saúde desde o século XIX, quando a ciência passou a ser vista como uma das fontes de melhora da condição humana (ESCURDER e RAMOS, 2008).

A avaliação da QV permite a identificação dos aspectos afetados pela terapia proposta. Esses dados comparativos podem:

- Fornecer informações a respeito da resposta de diferentes pacientes ou grupos de pacientes;
- Subsidiar o prognóstico de resultados terapêuticos individuais, já que estudos têm demonstrado que há relação entre QV e prognóstico clínico;
- Auxiliar na avaliação da eficiência de um procedimento, pois, recentemente, além da avaliação

da eficácia, da efetividade e da segurança, a QV, por fornecer indicativos subjetivos acerca de um tratamento proposto, tem sido incluída como um importante diferencial entre os procedimentos terapêuticos. A avaliação da QV também fornece informações úteis ao profissional na escolha dos diferentes procedimentos terapêuticos (FAYER e MACHIN, 2000; BERLIN e FLECK, 2003).

Em termos práticos, essa avaliação proporciona subsídios para uma melhor comunicação entre profissionais de saúde e pacientes, pois informa a repercussão subjetiva em relação à determinada enfermidade ou a intervenção terapêutica. A partir desses dados, é possível priorizar os problemas de maior impacto na QV do paciente, de acordo com suas próprias preferências, pois estudos demonstram que a avaliação médica difere da avaliação do paciente em relação ao julgamento de prioridades. (ESCURDER e RAMOS, 2008)

Enquanto a avaliação médica enfatiza a melhora na sintomatologia e no nível de saúde física, o paciente parece se importar mais com o conforto durante o tratamento e com a capacidade de realizar suas atividades diárias. Nesse sentido, as justificativas que sustentam a importância da avaliação da QV baseiam-se na compreensão do impacto subjetivo dos

tratamentos, e aspectos da vida diária ou psicológica dos pacientes. (ESCURDER e RAMOS, 2008)

Assim, avalia-se a satisfação pessoal frente à sintomatologia física, à satisfação com o tempo de lazer, com a moradia, entre outros domínios (BERLIN e FLECK, 2003).

Os questionários que avaliam a QV são compostos por um número determinado de itens. Podem ser constituídos de uma pergunta simples (“como está sua saúde?”) ou estruturados com questões mais específicas (“quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?”), existem propriedades consideradas essenciais em um questionário de QV (PATRICK, 1993).

De acordo com Diniz (2006) devem ser tomados na escolha dos instrumentos na avaliação da QV. Inicialmente, é essencial verificar se:

- O instrumento possui estudos que revelem suas propriedades psicométricas (sensibilidade, especificidade e confiabilidade);
- Foram realizados estudos pilotos;
- O instrumento foi padronizado para a cultura, grau educacional e grupo étnico em questão;
- É necessário utilizar instrumentos genéricos e específicos conjuntamente, pois é importante verificar se há compatibilidade entre os instrumentos, com o intuito de evitar repetições ou

contradições entre os itens;

- A exequibilidade do instrumento é possível (tempo de aplicação, número de questões, clareza das questões, presença de questões constrangedoras etc.);
- Atentar para a presença ou não de questões globais sobre QV, pois, em caso de ausência desse tipo de pergunta, é indicado incluí-la;
  - Há referências sobre o tamanho da amostra e sobre a interpretação e relato dos resultados no manual do instrumento. Assim, avalia-se a satisfação pessoal frente à sintomatologia física, à satisfação com o tempo de lazer, com a moradia, entre outros domínios (ESCURDER e RAMOS, 2008)

### **Qualidade de Vida Relacionada à Saúde**

Muitos autores sugerem que o uso de medidas da Qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) na prática clínica poderia facilitar a identificação de problemas funcionais e emocionais não detectados na avaliação clínica convencional e melhorar a monitoração dos pacientes e sua comunicação com a equipe de saúde (DEYO e PATRICK, 1989).

Para Seid (2004) o termo QVRS tem sido usado com objetivos semelhantes à conceituação mais geral. No entanto, inclui aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde.

QVRS refere-se aos vários aspectos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças no seu estado de saúde, e que são significativos para sua QV, é a valorização subjetiva que o paciente faz de diferentes aspectos de sua vida, em relação ao seu estado de saúde.

De acordo com Ebrahim (1993) “é o valor atribuído à duração da vida, modificado pelos prejuízos, estados funcionais e oportunidades sociais que são influenciados por doença, dano, tratamento ou políticas de saúde”

No Brasil, as políticas públicas de saúde pouco contemplam as questões referentes à qualidade de vida da população, apesar de o Programa de Reforma Sanitária, definido na VIII Conferência Nacional de Saúde, considerar a saúde como resultado de reais condições de vida, incluindo renda, trabalho, educação, habitação, transporte, alimentação e condicionantes da qualidade de vida (OLIVEIRA, 2002).

No contexto da avaliação de resultados de ensaios clínicos, e da prática clínica raramente o conceito de QV é utilizada em seu sentido mais amplo, interessando somente avaliar o impacto da doença ou tratamento em diferentes aspectos da vida. Essa abordagem pode incluir também conseqüências indiretamente relacionadas à doença tais como desemprego ou dificuldades financeiras.

Para avaliar a QVRS existe à necessidade de requisitos como disponibilidade de tempo e de pessoas para a administração, revisão e pontuação dos questionários pode dificultar ou inviabilizar uma prática já muito sobrecarregada de atividades. Parece claro que existem problemas para incorporar a medida da QVRS na prática clínica (DINIZ, 2006).

### **Qualidade de vida e hemodiálise**

Hoje em dia, a atenção dos profissionais da área da saúde começou a se voltar para a terapêutica que vise à melhora da QV do paciente renal crônico, como um fator relevante no cenário da terapêutica renal, e não apenas a extinção da sua vida. (ABREU,2005).

Vários estudos que abordam a QV de pessoas com IRC, encontraram pacientes com uma perspectiva negativa de viver, que inclui a percepção de ser uma doença estressante (LOK, 1996).

Os estudos mostra que pode haver alterações significantes devido às restrições sofridas na vida cotidiana, imposta pela condição crônica. A disfunção renal, associada à obrigatoriedade da dependência da maquina de hemodiálise afetando a QV, trazendo limitações físicas, psicológicas e sociais (TRENTINI *et al* ,2004).

Essas pessoas geralmente mostram envelhecimento precoce devido à deterioração músculo esquelética, descoloração da pele, emagrecimento e edema, mudanças estas que podem fazê-las sentirem-se diferentes.O paciente em tratamento hemodialítico enfrentam sucessivas perdas associadas tanto à dimensão física, quanto pessoal, manifestada por tristeza, frustrações, depressão e raiva (ABREU,2005).

### **Qualidade de vida e espiritualidade**

A espiritualidade tem sido apontada como uma importante dimensão da qualidade de vida. Existe abundância de dados sobre o impacto da religião na vida das pessoas (Levin e Vanderpool, 1991).

Atualmente existem centenas de artigos científicos mostrando uma associação entre espiritualidade/religião e saúde que é estatisticamente válida e possivelmente causal (Levin, 1994).

Apesar disso, enquanto a medicina oriental busca integrar de forma explícita a dimensão religiosa/espiritual ao binômio saúde-doença (Fabrega, 2000), a medicina ocidental como um todo, especialmente a psiquiatria, vinha tendo duas posturas principais em relação ao tema: negligência, por considerar esses assuntos sem importância ou fora da área de interesse principal; ou oposição, ao caracterizar as experiências religiosas dos pacientes como evidência de psicopatologias diversas (Sims, 1994).

Atualmente a parede entre medicina e espiritualidade está ruindo: médicos e demais profissionais de saúde têm descoberto a importância da prece, da espiritualidade e da participação religiosa na melhora da saúde física e mental, bem como para responder a situações estressantes de vida (Epperly, 2000).

No dicionário a religião é a “crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do Universo, que deu ao homem uma natureza espiritual que continua a existir depois da morte de seu corpo”. Religiosidade é a extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Embora haja sobreposição entre espiritualidade e religiosidade, a última difere-se pela clara sugestão de um sistema de adoração/doutrina específica partilhada com um grupo. Crenças pessoais podem ser quaisquer crenças/valores sustentados por um indivíduo e que caracterizam seu estilo de vida e comportamento (Simpson e Weiner, 1989).

Ferriss (2002) examinou a relação entre religião e QV por meio de indicadores objetivos e subjetivos de QV. Encontrou a variável felicidade associada à frequência e presença em serviços religiosos. O autor concluiu que: organizações religiosas contribuem para a integração da comunidade, conseqüentemente aumentando a QV; como a frequência e presença em serviços religiosos esteve imperfeitamente associada com QV, outros fatores deveriam estar atuando; os princípios da religião podem atrair pessoas com disposição para a felicidade; a religião pode explicar um propósito na vida que promova bem estar.

A importância e o envolvimento das questões espirituais sempre estiveram presentes. Portanto, entende-se que o campo da qualidade de vida pode vir a se tornar um mediador entre o campo da saúde e o das questões religiosas e espirituais, facilitando o desenvolvimento de intervenções em saúde. (Panzini *et al.*,2007)

### **Dor e qualidade de vida**

A dor é um dos problemas de saúde de maior prevalência, pois uma parcela muito grande de doenças que atingem quaisquer órgãos ou sistemas provoca dor, muitas vezes intensa e de difícil controle. É o sintoma que com maior frequência leva o paciente a procurar o médico e, apesar disso, muitas vezes, a dor não é aliviada de forma satisfatória (ESCURDER e RAMOS, 2008).

Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável e está associada ou descrita como uma lesão. A dor é complexa e multidimensional, envolvendo alterações psicológicas, neurofisiológicas, bioquímicas, cognitivas e culturais. Fatores ambientais e afetivos interferem, contribuindo para a persistência da dor e do comportamento doloroso (ESCURDER e RAMOS, 2008).

Para DINIZ (2006), a dor compromete a QV dos pacientes, que pode ser definida como sensação de conforto e bem-estar no desempenho de atividades físicas e psíquicas, de acordo com as realizações pessoais e familiares e as tradições dos ambientes em que o indivíduo se encontra. Com o comprometimento da qualidade de vida, os pacientes costumam evitar as atividades sociais e apresenta alteração funcional, perda de apetite e insônia. Muitos pacientes com dor têm sintomas depressivos significativos e escores de QV baixo.

### **Sono e Qualidade de Vida**

O sono é uma das funções fisiológicas do nosso organismo que está estreitamente relacionada à idade das pessoas, e cujas características apresentam mudanças significativas ao longo da vida. (DINIZ,2006)

Para a maioria das pessoas, o sono é visto como simples descanso ou recuperação das atividades realizadas durante a vigília, mas o cérebro não descansa, (ele permanece em completa atividade durante esse período) (DINIZ, 2006).

O impacto dos distúrbios do sono na QV tem sido documentado em literatura ao longo dos anos. Distúrbios de sonolência excessiva e ritmos circadianos demonstram alterar parâmetros

educacionais, profissionais e interpessoais envolvidos em medidas relacionadas à QV (capacidade funcional, saúde e sensação de bem-estar), pois, sempre que algum domínio relacionado à QV for afetado, o indivíduo experimentará uma perturbação crônica do sono (ESCUER & RAMOS, 2008).

A qualidade do sono está intrinsecamente ligada à QV. Logo, má qualidade e quantidade do sono inferior à necessidade de cada indivíduo são indicadores sensitivos de muitos tipos de doenças.

Diversos fatores afetam a QV, como:

- Estresse;
- Angústia;
- Participação social;
- Bem-estar físico;
- Expectativa de vida;

Pessoas comprometidas por distúrbios do sono como a insônia, têm demonstrado uma QV baixa. A insônia não está associada apenas a problemas ocorridos durante o período do sono, como dificuldade para adormecer, freqüentes despertares durante o sono ou sono não-restaurativo; mas também às conseqüências durante o dia, como fadiga, sonolência, depressão, ansiedade ou mudanças de humor. É fato que tais conseqüências agravantes na QV (DINIZ, 2006).

## CONCLUSÃO

No estudo da avaliação da qualidade de vida evidenciou que a maioria dos pacientes Homens que fazem hemodiálise em média há 4 anos, tem sua qualidade de vida mais afetada nos aspectos físicos e emocionais, porém mais bem avaliada nos aspectos sociais. A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos mostrou-se insatisfatória de forma geral, e o fato de ser do grupo de hipertensos/diabéticos afetou positivamente a dimensão capacidade funcional.

A insuficiência renal crônica afeta de forma negativa a qualidade de vida, assim como as funções vitais dos pacientes, debilita e impõe restrições físicas e psicológicas ao exigir um elevado esforço dos pacientes para tolerarem e se adaptarem às mudanças de vida e à gradual perda de sua qualidade de vida. Assim, na procura de uma assistência de qualidade humanizada é necessário que o profissional de saúde conheça as especificidades da qualidade de vida desse público, almejando uma atenção humanizada em seu cotidiano de trabalho.

O domínio saúde mental se mostrou significativamente menor no sexo feminino quando comparado os gêneros. Ainda observamos que a idade se correlacionou positivamente com o domínio estado geral de saúde e que o tempo total de tratamento hemodialítico se correlacionou positivamente com capacidade funcional, limitação por aspectos físicos e aspectos emocionais. Contudo, mais estudos abordando a qualidade de vida nessa população são necessários.

Ao longo do artigo pode-se observar que o acesso vascular é decisivo para a vida de pacientes portadores de IRC em programa hemodialítico, devido a efetividade da terapia, diretamente vinculada ao implante, manejo e monitoramento pertinentes do acesso vascular, e portanto, tais resultados afetam a qualidade de vida dos pacientes e até mesmo a sobrevivência deles, vinda do desempenho dos acessos venosos.

Esses acessos venosos como explicados, nem sempre são discretos ou podem passar discretamente aos olhos dos outros em convívio social, porém sendo de forma indispensável em essencial para o tratamento hemodialítico. Podendo muita das vezes trazer situações de constrangimentos.

Os pacientes em tratamento hemodialítico encontram dificuldades muitas das vezes em aceitação ao tratamento e a mudança de hábitos de vida. Onde tem que ser avaliado e acompanhado a questão do psicológico dos pacientes.

Apesar da baixa prevalência de quadros depressivos entre os hemodialíticos, deve-se investir no suporte social, psicológico e físico para melhorar a qualidade de vida destes pacientes.

A melhora da qualidade de vida esta diretamente relacionada ao investimento de melhor atendimento e abordagem de uma equipe multidisciplinar orientado e cuidando desses pacientes diretamente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARE, BRUNNER & SUDDARTH, **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**, 10ª Edição, Vol 2. Editora Guanabara / Koogan, 2005.
- BAYLEY, T.J. **Quality assurance**. *Postgrad. Rev. Med. J.* 64 (752): 473-4, 1988.
- BOKOR-BRATIC M. **Significância clínica de análise dos níveis de hemoglobina na saliva**. *Med Pregl* 2000; 53; 164-8.
- BOUZA, E; BURILLO, A; MUNOZ, P. Catheter related infections: diagnosis and intravascular treatment. *Clin Microbiol Infect* 2002; 8(5):265-74.
- BOUZA, E; BURILLO, A; MUNOZ, P. Catheter related infections: diagnosis and intravascular treatment. *Clin Microbiol Infect* 2002; 8(5):265-74.
- CAMPOS, R. P; NASCIMENTO, M. M; CHULA, D. C; RIELLA, M.C. Minocycline-EDTA lock solution prevents catheter-related bacteremia in hemodialysis. *J Am Soc Nephrol.* 2011;22(10):1939-45.
- CAMPOS, R. P; NASCIMENTO, M. M; CHULA, D. C; RIELLA, M.C. Minocycline-EDTA lock solution prevents catheter-related bacteremia in hemodialysis. *J Am Soc Nephrol.* 2011;22(10):1939-45.
- Conselho de Medicina do Estado de São Paulo**, <http://www.cremesp.com>, 2005. Acesso em 24/03/2010.
- COSTA, R. **Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes Renais Crônicos Submetidos à Hemodiálise**. *Rev. Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2007. P. 430 á 435.
- DINIZ, D.P. **Insuficiência renal crônica- É possível viver bem**. São Paulo, Unifesp- EPM, distribuído pela Livraria da Casa do Psicólogo, 2006.
- ELSEVIERS, M. M; WAELEGHEM J. P. Identifying vascular access complications among ESRD patients in Europe. A prospective, multicenter study. *Nephrol News Issues.* 2003;17(8):61-4, 66-8, 99.
- ELSEVIERS, M. M; WAELEGHEM J. P. Identifying vascular access complications among ESRD patients in Europe. A prospective, multicenter study. *Nephrol News Issues.* 2003;17(8):61-4, 66-8, 99.

FAYERS, P.M. & MACHIN, D. **Qualidade de vida- análise de avaliação e interpretação**. Inglaterra, Wiley, 2000.

Fermi, **Manual de Diálise para Enfermagem**. Ed: Medsi, Rio de Janeiro, 2003 P. 8,13,17,18,36.

FREITAS, C; SILVA, F; MATOS, N; MACHADO, R; QUEIRÓS, J; ALMEIDA, R; CABRITA, A. Consulta de acessos vasculares para hemodiálise – experiência de um centro III Reunião de Acessos Vasculares para Hemodiálise (Porto, 20 /03/2010) *Angiologia e Cirurgia Vascul* | Volume 7 | Número 1 | Março 2011 |

FREITAS, C; SILVA, F; MATOS, N; MACHADO, R; QUEIRÓS, J; ALMEIDA, R; CABRITA, A. Consulta de acessos vasculares para hemodiálise – experiência de um centro III Reunião de Acessos Vasculares para Hemodiálise (Porto, 20 /03/2010) *Angiologia e Cirurgia Vascul* | Volume 7 | Número 1 | Março 2011 |

GOSHORN, J. **Tratamento de Paciente com Distúrbio Urinário e Renais**. Rev. In: Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem. Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, (2002). P.1.086 á 1.134.

GROTHER, C; BELASCO, A. G. S; BITTENCOURT, A. R. C; VIANNA, L. A. C; SESSO, R. C. C; BARBOSA, D. A. Incidence of bloodstream infection among patients on hemodialysis by central venous catheter. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2010; 18(1): 73-80.

GROTHER, C; BELASCO, A. G. S; BITTENCOURT, A. R. C; VIANNA, L. A. C; SESSO, R. C. C; BARBOSA, D. A. Incidence of bloodstream infection among patients on hemodialysis by central venous catheter. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2010; 18(1): 73-80.

IVAN, D.M; SMITH, T; ALLON, M; Does the heparin lock concentration affect hemodialysis catheter patency?. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2010;5(8):1458-62. PMID:20498241 PMCID:PMC2924411.

IVAN, D.M; SMITH, T; ALLON, M; Does the heparin lock concentration affect hemodialysis catheter patency?. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2010;5(8):1458-62. PMID:20498241 PMCID:PMC2924411.

JUNIOR, M. A. N; PETNYS, A, MELO, R. C; RABBONI, E. Acesso vascular para hemodiálise: o que há de novo? *Vasc. Bras.* jul.-set. 12(3): 221-225,2013.

JUNIOR, M. A. N; PETNYS, A, MELO, R. C; RABBONI, E. Acesso vascular para hemodiálise: o que há de novo? *Vasc. Bras.* jul.-set. 12(3): 221-225,2013.

KAWAKAME PMG, Miyadahira AMK. **Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem.** Rev. Esc Enferm USP.2005; (2): 164-72.

KDOQI. National Kidney Foundation. Clinical practice guide lines and clinical practice recommendations for 2006 updates: hemodialysis adequacy, peritoneal dialysis adequacy and vascular access. Am J Kidney Dis. 48:S 1 – 322; 2006

KIM, Y.C; WON, J. Y; CHOI S. Y, et al. Percutaneous treatment of central venous stenosis in hemodialysis patients: long-term outcomes. Cardiovasc Intervent Radiol. 2009;32(2):271-8. PMID:19194745.

KWOK, P.C. Endovascular Treatment for Central Venous Stenosis due to Central Vein Catheterization for Hemodialysis. Saudi J Kidney Dis Transpl. 2004;15(3):338-45. PMID:18202484.

LIMA, A. F. C; GUALDA, D. M. R. Reflexão sobre a qualidade devida do cliente renal crônico submetido à hemodiálise.Nursing (São Paulo). 2000;3(30):20-3.

LINARDI F; BEVILACQUA, J. L, MORAD J. F. M; COSTA J. A. Programa de melhoria continuada em acesso vascular para hemodiálise. J Vasc Br, Vol. 3, Nº32004;3(3):191-6, 2004.

LINARDI, F. Acesso vascular para hemodiálise: avaliação do tipo e local anatômico em 23 unidades de diálise distribuídas em sete estados brasileiros [tese doutorado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2002.

MAFFEI, F. H. A et al. Acessos vasculares para hemodiálise, doenças vasculares periféricas. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, volume 2, 2008. P.1936-48.2-

MAKI, D. G; ASH, S. R; WINGER, R. K; LAVIN, P. AZEPTIC Trial Investigators. A novel antimicrobial and antithrombotic lock solution for hemodialysis catheters: a multi-center, controlled, randomized trial. Crit Care Med. 2011 Apr;39(4):613-20. PMID:21200319.

MANIVA, S. J. C. F; FREITAS, C. H. A. O paciente em hemodiálise: autocuidado com a fístula arteriovenosa. Rev Rene. 2010; 11(1): 152-60.

MENEZES, F. H; RIELLI, G; DION, Y.M. Thoracoscopic transpleural azygos vein cannulation as vascular access for hemodialysis: experimental study in a porcine model. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2010;20(3):e79-83. PMID:20551799.

MERMEL, L. A et al. Guidelines for the management of intravascular catheter-related infections. Clin Infect Dis 2001; 32(1):249-72.

MOTTA-LEAL-FILHO, J. M; CARNEVALEII, F.C; NASSER, F; et al. Acesso venoso trans-hepático percutâneo para hemodiálise: uma alternativa para pacientes portadores de insuficiência renal crônica. J Vasc Bras. 2010;9(3):131-13.

NASSER, F; BIAGIONI R. B; CAMPOS, R.C.A, et al. Relato de caso: implante transparietohepático de cateter de longa permanência para diálise. J Vasc Bras. 2007;6(4):391-4.

NEVES, M. A; MELOIIRC J. R; ALMEIDA C.C, et al. Avaliação da perviedade precoce das fistulas para hemodiálise. J Vasc Bras. 2011;10(2):105-9.

OLIVEIRA, D. G.; GUERRA, W. L.; DIAS, S.B. Percepção do portador de insuficiência renal crônica acerca da prevenção da doença. Revista Enfermagem Integrada. 2010 nov./dez. v3.

ORTEGA, T; ORTEGA, F; DIAZ-CORTE, C, et al. The timely construction of arteriovenous fistulae: a key to reducing morbidity and mortality and to improving cost management. Nephrol Dial Transplant. 2005;20(3):598-603.

**PACHECO, R. Cuidar de Cliente em Tratamento Conservador para Doença Renal Crônica: Apropriação da Teoria de Orem.** Rev. Enferm UERJ, Rio de Janeiro, (2005).

**PAINTER, P. A importância do exercício na reabilitação de pacientes portadores de estágio final da doença renal.** Am. J. Kidney Dis. 24:2-9, 1994.

PARISOTTO, M. T. Canulação e Cuidado do Acesso Vascular. Manual de boas práticas de enfermagem para a fístula arteriovenosa. European Dialysis and Transplant Nurses Association / European Renal Care Association (EDTNA/ERCA) Pilatusstrasse 35, CH 6003 Lucerne, Switzerland, 2ª ed. 2015.

RHOADES, **Fisiologia Médica**, 2ª Edição, Editora Guanabara/ koogan,2005.

RIELLA, M. C. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 4a. ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2003.

SANTANA, J.C.B; FORTES, N. M; MONTEIRO, C. L. A; CARVALHO, I. M; LEONARDO, L. M. U; ALBUQUERQUE, P. G. Assistência de enfermagem em um serviço de terapia renal substitutiva: implicações no processo de cuidar. Enfermagem Revista. 2012; 15(2): 168-78.

SANTOS, I; ROCHA, R. P. F; BERARDINELLI, L. M. M. Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise. Rev. bras. enferm. 2011; 64(2): 335-42.

SANTOS, R. **Cuidar de Cliente em Tratamento Conservador para Doença Renal Crônica: Apropriação da Teoria de Orem.** Rev. Enferm UERJ, Rio de Janeiro, (2005).

**Saúde Geriátrica**, 2009. <http://www.saudegeriatrica.com.br/pioneiros.html>. escrito por DINAMICSITE, 2009. Acesso em 14/03/2010.

SAXENA, J & ORLEY, J. **Avaliação da qualidade de vida: a perspectiva da Organização Mundial de Saúde.** Rev. Eur Psychiatry. 12:263s-66s, 1997.

SBN - SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Diretrizes da SBN - Hemodiálise. 2007. 24p. Disponível em <<https://sbn.org.br/publico/tratamentos>

SCHWARTZMANN L. **Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise.** Rev. Art Med Int. 1998; 4 (2):173-9.

*SMELTZER, S.C; BARE, B.G; AND BRUNNER & SUDDARTH* Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12th Edition, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2011.

SMELZER, BRUNNER & SUDDARTH, **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**, 10<sup>a</sup> Edição, Vol 2. Editora Guanabara / Koogan, 2005.

**Sociedade Brasileira de Nefrologia**, 2008. <http://www.sbn.org.Br/Censo>. Acesso em 22/02/2010.

TANNER, **Fisiologia Médica**, 2<sup>a</sup> Edição, Editora Guanabara/ koogan, 2005.

TERRA, R. **Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes Renais Crônicos Submetidos à Hemodiálise.** Rev. Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2007. P. 430 á 435.

THOMSON, P. C; MORRIS, S. T; MACTIER, R. A. The effect of heparinized catheter lock solutions on systemic anticoagulation in hemodialysis patients. Clin Nephrol. 2011;75(3):212-7.

WHOQOL Group. **The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL):** documento de posição da Organização Mundial de Saúde. Rev. Soc Sci Med. 1995;41:1403-9.

WOLOSKER, N; KUZNIEC, S. acessos vasculares para quimioterapia e hemodiálise. São Paulo: Atheneu, 2007. P.59-73.

YILDIZELI B, LACIN T, BATIREL HF et al. Complications and management of long-term central venous access catheters and ports. J Vasc Access 2004; 5(4):174-8.