



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

**Centro Biomédico**

**Faculdade de Enfermagem**

**Renata de Paula Faria Rocha**

**Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado  
visando a qualidade de vida de clientes em terapia de hemodiálise**

**Rio de Janeiro**

**2010**

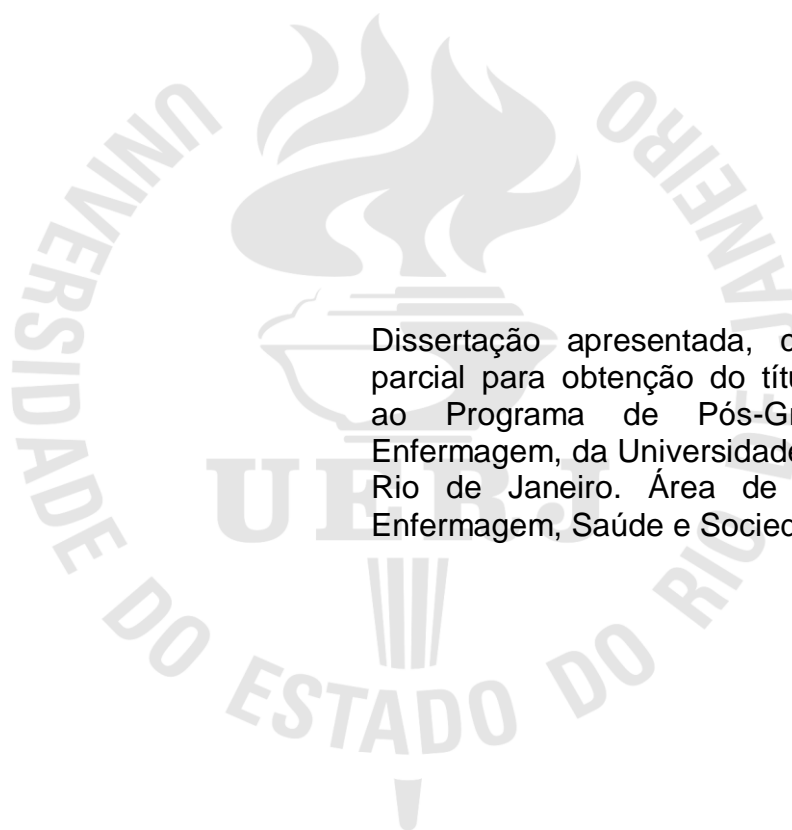
# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Renata de Paula Faria Rocha

**Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado visando a  
qualidade de vida de clientes em terapia de hemodiálise**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Iraci dos Santos

Rio de Janeiro

2010

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

R672 Rocha, Renata de Paula Faria.  
Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado visando a qualidade de vida de clientes em terapia de hemodiálise / Renata de Paula Faria Rocha. - 2010.  
97 f.

Orientadora: Iraci dos Santos.  
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Insuficiência renal crônica - Enfermagem. 2. Cuidados pessoais com a saúde. 3. Hemodiálise. 4. Qualidade de vida. 5. Modelo de enfermagem de Orem. I. Santos, Iraci. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU  
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

---

Assinatura

---

Data

Renata de Paula Faria Rocha

**Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado visando a  
qualidade de vida de clientes em terapia de hemodiálise**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 10 de fevereiro de 2010.

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Iraci dos Santos (Orientadora)  
Faculdade de Enfermagem da UERJ

---

Prof. Dr. Roberto Carlos Lyra da Silva  
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNIRIO

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sílvia Teresa Carvalho de Araujo  
Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ

Rio de Janeiro

2010

## DEDICATÓRIA

À minha filha, Lívia, razão do meu viver, por quem me esforço, a cada dia, para ser uma pessoa melhor.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, agradeço a Deus, pela minha existência e pela oportunidade de alcançar mais um objetivo.

À minha filha, Lívia, e ao meu marido, Fantoni, pelo incentivo e motivação.

À minha mãe, Olivia, meu padrasto, Donato e minha irmã Nathalia pelo amor e carinho dedicados a mim.

À minha orientadora, Iraci, pela paciência, confiança, e pelos conhecimentos grandiosos que me passou.

Aos meus amigos, técnicos de enfermagem da Unidade de Diálise do Hospital Central da Aeronáutica, pelo incentivo para realização do mestrado, pelas idéias, pela ajuda imensurável para realização das disciplinas e sobretudo, pela amizade e carinho que sempre me dispensaram.

De tudo, ficaram três coisas:

A certeza de que ele estava sempre começando...

A certeza de que era preciso continuar...

A certeza de que seria interrompido antes de terminar...

Fazer da interrupção um caminho novo...

Fazer da queda um passo de dança...

Do medo, uma escada.

Do sonho, uma ponte...

Da procura, um encontro...

*Fernando Sabino*



## RESUMO

ROCHA, Renata de Paula Faria. **Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado visando a qualidade de vida de clientes em terapia de hemodiálise.** 2010. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010.

Pressupondo que o conhecimento sobre a doença renal crônica (DRC) e seu tratamento, possibilita ao cliente entendimento e aceitação para conviver com esse agravo, favorecendo comportamentos de autocuidado, delimitou-se os problemas: Qual é a qualidade de vida de clientes com DRC submetidos à hemodiálise? Quais são as necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado desses clientes visando à promoção de sua qualidade de vida? Objetivos específicos: Identificar as características sócio-demográficas e nosológicas de clientes com DRC, em hemodiálise, associando às suas necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado; Identificar a qualidade de vida desses clientes, aplicando o questionário de *Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF)*; Relacionar as necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado com a qualidade de vida dos clientes com DRC em terapia de hemodiálise. Descreve-se como marco referencial a Teoria do Autocuidado de Orem, concepções de autocuidado e de qualidade de vida. Pesquisa descritiva, quantitativa, através da entrevista individual realizada na Unidade de Diálise da Enfermaria de Nefrologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, no período de agosto de 2008 a maio de 2009. Foram sujeitos de pesquisa 43 clientes. Foram utilizados: formulário para caracterização da clientela e levantamento das necessidades de autocuidado e o questionário *KDQOL-SF* para mensurar a qualidade de vida dos sujeitos. Resultados: Os clientes com doença renal crônica em terapia de hemodiálise são, em sua maioria, do sexo masculino (55%) e mantêm união estável (81%); situando-se 39,53%, na faixa etária de 45 a 65 anos e 79,07% na categoria de aposentados. 37,54% têm ensino fundamental. Quanto às características nosológicas, 74,42% possuem hipertensão arterial, encontrando-se 83,72% em hemodiálise, há menos de um ano. A qualidade de vida desses clientes, avaliada pelo *KDQOL-SF*, obteve os menores escores nas dimensões: limitações causadas por problemas da saúde física; condição de trabalho; limitações causadas por problemas da saúde emocional; capacidade funcional e sobrecarga imposta pela doença renal. Relacionando esse resultado com o obtido no questionário para avaliação das necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado tem-se: problemas da saúde física relacionado com terapia nutricional, ingestão de líquidos, complicações da hemodiálise, anticoagulação e prática de atividade física; relacionadas a problemas de saúde emocional tem-se a associação a grupos e a atividades de lazer; e relacionada à capacidade funcional e sobrecarga da doença renal tem-se a prática de atividade física. Conclui-se que a enfermagem, além de administrar a realização das sessões de hemodiálise, tem papel fundamental na educação à saúde dos clientes, familiares e/ou acompanhantes. O apoio do enfermeiro ao cliente no processo de enfrentamento e tratamento da DRC, contribui para que este adquira habilidade nas ações de autocuidado e conseqüentemente favoreça sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Enfermagem em Nefrologia. Autocuidado. Doença renal crônica. Hemodiálise. Qualidade de vida.

## ABSTRACT

Assuming that knowledge about Chronic kidney disease (CKD) and its treatment, allows the patient to understand and accept it to live with this injury, promoting self-care behaviors, the problems were delimited: What is the quality of life of patients with CKD undergoing an hemodialytic treatment? What are the needs of nursing guidance for self-care of clients in order to promote their quality of life? Specific Objectives: To identify sociodemographic and nosological characteristics of patients with CKD on hemodialysis treatment, linking to their needs of nursing guidance for self-care; Identify the quality of life of patients, using the questionnaire of Kidney Disease Quality of Life Short Form (SF-KDQOL); Relate the needs of nursing guidance for the self-care with the quality of life of CKD clients on hemodialysis therapy. It is described as referencial point the Self-care Theory of Orem, self-care conceptions and quality of life. Descriptive search, quantitative, through the individual interview held on the Unit of Dialysis of the Infirmary of Nephrology of the Academical Hospital Pedro Ernesto of the University of the State of Rio de Janeiro, in the period of August of 2008 to May of 2009. The subjects of this study were 43 patients. They were used: form for characterization of the patients and rising of the self-care needs and the questionnaire KDQOL-SF to measure the quality of life of the subjects. Results: Clients with chronic kidney disease on hemodialysis therapy are mostly male (55%) and remains stable union (81%), standing at 39.53%, aged 45 to 65 years and 79.07% in the retired category, 37.54% have primary education. As for the nosological characteristics, 74.42% have arterial hypertension, being 83.72% on hemodialysis treatment for less than a year. The quality of life of these patients, as measured by SF-KDQOL, earned the lowest scores in the dimensions: limitations due to physical ill-health, work conditions, limitations caused by emotional health problems, functional capacity and burden imposed by kidney disease. Relating this result with that obtained in the questionnaire for needs assessment guidance for nursing self-care we have: physical health problems related to nutritional therapy, fluid intake, hemodialysis complications, anticoagulation and physical activity; related to emotional health problems has been the group membership and leisure activities, and related to functional capacity and burden of kidney disease has been the practice of physical activity. It is observed that in addition to managing the performance of the hemodialysis sessions, the nursing has a fundamental paper in the education to the patients' health, family and / or companions. The nurses' support to the patient in the process of facing and treatment of CKD, contributes to acquire this ability in self-care actions and thereby promote their quality of life.

Keywords: Nephrology nursing. Self-care. Chronic kidney disease. Hemodialysis. Quality of life.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Fatores de risco para doença renal crônica. Rio de Janeiro, 2009.....	25
Quadro 2 –	Estadiamento e classificação da DRC. Rio de Janeiro, 2009.....	28
Quadro 3 –	Valor atribuído a cada questão do questionário para avaliação das necessidades de autocuidado. Rio de Janeiro, 2009.....	43
Quadro 4 –	Critério de Avaliação para identificação de necessidades de autocuidado entre clientes com terapia hemodialítica. Rio de Janeiro, 2009.....	44
Quadro 5 –	Pontuação obtida pelos sujeitos da pesquisa no questionário de levantamento das necessidades de orientação para o autocuidado. Rio de Janeiro, 2009.....	57
Quadro 6 –	Valores médios e desvios-padrão das dimensões do KDQOL-SF entre os 43 clientes em tratamento de hemodiálise. Rio de Janeiro, 2009.....	60

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das características sócio-demográficas dos sujeitos. Rio de Janeiro, HUPE/UERJ, 2009.....	46
Tabela 2 – Distribuição das características nosológicas da população estudada. Rio de Janeiro, HUPE/UERJ, 2009.....	48
Tabela 3 – Conhecimento dos sujeitos sobre cuidados necessários à utilização de terapia hemodialítica. Rio de Janeiro, HUPE/UERJ, 2009.....	50
Tabela 4 – Conceitos atribuídos aos clientes segundo suas necessidades de autocuidado. Rio de Janeiro, HUPE/UERJ, 2009.....	57

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
1	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	21
1.1	<b>O autocuidado na concepção de Orem</b> .....	21
1.1.1	<u>Teoria do déficit de autocuidado</u> .....	22
1.1.2	<u>Teoria de sistemas de enfermagem</u> .....	22
1.1.3	<u>A teoria de Orem e o processo de enfermagem</u> .....	23
1.2	<b>A doença renal</b> .....	24
1.3	<b>A hemodiálise</b> .....	29
1.4	<b>Ações para o autocuidado</b> .....	31
1.5	<b>Qualidade de vida</b> .....	34
2	<b>METODOLOGIA</b> .....	36
2.1	<b>Campo e sujeitos da pesquisa</b> .....	36
2.2	<b>Tratamento ético</b> .....	37
2.3	<b>Técnicas de pesquisa</b> .....	38
2.4	<b>Instrumentos de coleta de dados</b> .....	38
2.5	<b>Produção de dados</b> .....	42
2.6	<b>Tratamento e análise dos dados</b> .....	42
3	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	45
3.1	<b>Características sócio-demográficas e nosológicas dos clientes e suas necessidades de autocuidado</b> .....	45
3.1.1	<u>Necessidades de orientação para o autocuidado apresentada pela população estudada</u> .....	49
3.2	<b>Qualidade de vida medida pelo KDQOL-SF</b> .....	59
3.3	<b>Relação entre as necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado e qualidade de vida dos clientes em hemodiálise</b> .....	65
4	<b>CONCLUSÕES</b> .....	68
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	72
	<b>APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido</b> .....	78
	<b>APÊNDICE B - Formulário para caracterização da clientela e levantamento das necessidades de autocuidado dos clientes</b> .....	79

<b>ANEXO A</b> - Questionário de qualidade de vida KDQOL-SF.....	81
<b>ANEXO B</b> - Parecer do Comitê de Ética.....	97

## INTRODUÇÃO

Trata-se de Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. A pesquisa desenvolvida foi centrada na temática do ensino do autocuidado a clientes com Doença Renal Crônica (DRC) e em terapia de hemodiálise, visando sua qualidade de vida (segundo medida através do *Kidney Disease Quality of Life Short Form/KDQOL-SF*).

A escolha do tema deve-se à minha experiência na área de nefrologia, especificamente, no setor de hemodiálise. Nesse setor, pude perceber que diversos clientes iniciam esse tratamento em caráter emergencial. Portanto, sem um preparo anterior, pressupõe-se que a sua submissão aos procedimentos para uma terapia renal substitutiva, pode lhes parecer altamente dolorosa e traumática.

A vivência do cotidiano referido me possibilitou observar, que esses eventos geram um alto grau de estresse no cliente, dificultando sua adesão ao tratamento medicamentoso e às ações para o autocuidado. Isso poderia ser minimizado se ele recebesse orientação de enfermagem sobre seu potencial de reação humana, limites devido ao acometimento da DRC, o tratamento dessa patologia e, em especial a terapia renal substitutiva, no caso do estudo, a hemodiálise.

Diante desta consideração, apresenta-se o pressuposto de que um maior conhecimento sobre a DRC, as necessidades de autocuidado e o tratamento para esse agravo possibilita ao cliente: entendimento e aceitação, favorecendo comportamentos de autocuidado; maior adesão às intervenções terapêuticas, inclusive de enfermagem; diminuição das intercorrências durante o procedimento dialítico e, conseqüentemente, promoção de sua qualidade de vida, mesmo convivendo com a doença renal crônica.

A partir do pressuposto enunciado foram delimitados os problemas de pesquisa:

- Qual é a qualidade de vida de clientes com DRC submetidos à terapia de hemodiálise?

- Quais são as necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes com DRC submetidos à terapia de hemodiálise, com vistas à promoção de sua qualidade de vida?

Diante do exposto foram formulados os seguintes objetivos:

Geral: contribuir para a promoção do bem-estar e conseqüente qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica, em hemodiálise, através da identificação de suas necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado.

Específicos:

- identificar as características sócio-demográficas e nosológicas de clientes com doença renal crônica, em hemodiálise, associando-o às suas necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado;
- identificar a qualidade de vida de pessoas com DRC, em hemodiálise, aplicando o questionário de *Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF)*;
- relacionar as necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado com a qualidade de vida dos clientes com DRC em terapia de hemodiálise.

## **Magnitude do problema**

Nas últimas décadas, medidas sanitárias específicas como o controle e erradicação de grandes epidemias, saneamento básico, avanço da antibioticoterapia e da quimioterapia entre outras, resultaram em acentuada redução da mortalidade por causas infecciosas e parasitárias, contribuindo para o aumento da esperança de vida e envelhecimento da população. Simultaneamente, as mudanças nos hábitos de vida e, em particular, o progressivo aumento da industrialização e urbanização têm feito com que as doenças crônico-degenerativas assumam um papel de destaque na saúde da população (BARBOSA et al., 2006).

Entre essas, a DRC vem aumentando progressivamente na população, constituindo, na atualidade, um grave problema de saúde pública, pois segundo o censo realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (c2007), existem 73.605 clientes em tratamento dialítico no Brasil. Desse total, 90,8% utilizam a hemodiálise



como terapia renal substitutiva (TRS). Além disso, os dados dessa sociedade mostram que, entre os anos de 2005 e 2006 houve um aumento de 8,8% de pessoas em tratamento dialítico.

O custo social e financeiro do tratamento por hemodiálise é muito alto. Para melhorar a relação custo-benefício do tratamento, é importante aumentar a sobrevida, melhorar a qualidade de vida e promover a reinserção social desses clientes (CRUZ et al., 2008).

Santos e Pontes (2007) destacam que as etiologias mais prevalentes da doença renal crônica são o diabetes mellitus, a hipertensão arterial, a doença policística renal de caráter hereditário e as glomerulopatias de causa imune. Sendo que um agravante dessa situação é que clientes com DRC fase terminal<sup>1</sup> necessitam de terapia renal substitutiva (TRS) por modalidade dialítica ou pela realização de transplante renal.

Recorda-se, ainda, que as doenças crônicas se caracterizam pelo fato de não terem cura ou serem de duração muito prolongada e, num prazo mais longo ou mais curto, conduzem à morte. Rudnicki (2007) afirma que se adaptar às características da DRC constitui um processo extremamente complexo, com inúmeras implicações e repercussões de variadas ordens, sendo necessário valorizar a qualidade da sobrevida do cliente.

Isso porque a pessoa que até então era saudável e, na maioria das vezes, não precisou dos cuidados de uma equipe de saúde, enfrenta a realidade de, a partir de determinado momento, necessitar da assistência constante e permanente de um serviço de saúde, de uma máquina para desenvolver a tecnologia dialítica e de uma equipe multiprofissional, perdendo grande parte de sua autonomia de vida.

## **Justificativa do Estudo**

Os avanços tecnológicos e terapêuticos na área de diálise contribuíram para o aumento da sobrevida dos clientes com doença renal crônica, sem, no entanto, possibilitar-lhes a desejada qualidade de vida.

---

<sup>1</sup> DRC em fase terminal é um conceito utilizado na área de Nefrologia e refere-se ao quinto estágio de classificação da DRC, onde a taxa de filtração glomerular encontra-se menor que 15 ml/min/1,73m<sup>2</sup>.

Alguns dos sintomas apresentados pelo cliente com DRC em tratamento hemodialítico traduzem-se em diversos graus de limitação: física, de condições de trabalho e emocionais. Essas pessoas, dependentes de tecnologia avançada para sobreviver, apresentam limitações no seu cotidiano e vivenciam perdas e mudanças biopsicossociais que interferem na sua qualidade de vida (NASCIMENTO; MARQUES, 2005).

Alertam Cesarino e Casagrande (1998) que o sujeito com doença renal crônica vivencia uma mudança brusca na sua vida, tornando-se desanimado, desesperado e, muitas vezes, por estas razões ou por falta de orientação, acaba abandonando o tratamento ou não dando importância aos cuidados constantes que deveriam ter. Desse modo, torna-se necessário estimular suas capacidades, habilidades e potencial de reação humana para se adaptarem de maneira positiva ao novo estilo de vida e assumirem o controle de seu tratamento.

Martins, França e Kimura (1996) ressaltam a importância da visão holística no cuidado de enfermagem. Eles afirmam ser esta visão um fundamento básico que permeia toda a assistência dos profissionais, lembrando que o cliente, seja em unidade de internação ou ambulatorial, é uma pessoa, como tal, não é um ser isolado, não abandona todo o contexto de vida depois de ser acometido pela doença. O cuidado a ser prestado dependerá, entre outros fatores, da percepção que ele e seu grupo familiar têm da doença e do significado que a experiência tem para eles.

Nesse ponto de vista, o enfermeiro tem papel fundamental porque apesar da educação do cliente com DRC ser um compromisso de toda a equipe de saúde, esse profissional é o elemento da equipe que atua de modo mais constante e mais próximo dessa clientela. Portanto, ele está capacitado para identificar as necessidades dos clientes e intervir de forma eficaz (SOUZA, 2004; SANTOS et al., 2008).

É o enfermeiro que, através do cuidado de enfermagem, planeja intervenções educativas junto aos clientes, de acordo com a avaliação que realiza, visando ajudá-los a reaprender a viver com a nova realidade e a sobreviver com a doença renal crônica.

Para Gullo, Lima e Silva (2000), o enfermeiro que trabalha com esse indivíduo tem condições de acompanhar sua trajetória, sua evolução e refletir sobre os comportamentos e as soluções já por ele tentadas. É capaz de, estando atento,

refletir junto com ele sobre seus comportamentos, estimulando-o a usufruir da qualidade de vida possível dentro do seu quadro e do seu estado de saúde.

Concordando com essas considerações, Lima (2004a) diz que a constante proximidade enfermeiro-cliente permite ao enfermeiro uma melhor compreensão das necessidades educacionais, psicossociais e econômicas de cada cliente, e faz dele o profissional de eleição para coordenar a atividade de construção de um bom plano de ensino.

Desse modo, a intervenção para atender às necessidades do cliente deve estar fundamentada no ensino para o autocuidado, pois só assim essa pessoa se tornará independente e terá autonomia sobre o seu tratamento.

Sobre isso, Pacheco e Santos (2005) afirmam que o enfermeiro desenvolve sua ação educativa aos clientes, sobretudo considerando particularmente o ensino do autocuidado, porque ele pode conduzi-los à sua independência em questões de saúde e/ou à sua compreensão e aceitação dos cuidados indispensáveis para se manter em situação de bem-estar, apesar das alterações que o acometem.

A pessoa com esse agravo à saúde precisa ser orientada sobre a enfermidade em si tanto quanto para o seu tratamento, as formas de terapia renal substitutiva e os riscos e benefícios associados a cada modalidade terapêutica, sobre os acessos vasculares, sobre a confecção precoce do acesso dialítico (fístula artério-venosa ou cateter para diálise peritoneal), dieta, restrição hídrica, uso de medicamentos, controle da pressão arterial e da glicemia. Essa orientação é fundamental para reduzir o estresse inicial, ajudar no autocuidado, diminuir as intercorrências decorrentes do tratamento e aumentar a adesão ao esquema terapêutico.

Torna-se essencial a ação educativa com essa pessoa, a fim de que ela possa descobrir maneiras de viver dentro dos seus limites, de forma que não seja contrária ao seu estilo de vida e, enfim, conseguindo conviver com a doença e com o tratamento hemodialítico. Para que os clientes assumam os cuidados e controle do esquema terapêutico, é necessário identificar as suas necessidades, auxiliá-los a se sentirem responsáveis e capazes de cuidarem de si mesmos (SOUZA, 2004; XAVIER, 2006).

Sendo a aderência do cliente com doença renal ao regime de tratamento um fator que interfere em sua qualidade de vida, o enfermeiro tem a responsabilidade de participar ativamente da implantação de programas educacionais que atendam à

necessidade do cliente, de conhecer o que está ocorrendo ou o que poderá ocorrer com a sua saúde; independentemente da fase da doença que o cliente se encontra (tratamento conservador ou terapia renal substitutiva).

### **Relevância e estudos correlatos**

Espera-se que este trabalho contribua para diagnosticar/pontuar/definir a qualidade de vida do cliente com DRC em tratamento hemodialítico. Essa pessoa, que já sofre limitações causadas pela doença e pelo tratamento, necessita de ações que promovam uma melhor adaptação ao novo estilo de vida e facilitem o enfrentamento da enfermidade e da rotina da terapia renal substitutiva.

Recorda-se, ainda, que a melhor forma de obtenção de qualidade de vida do indivíduo com DRC é adiando o início do tratamento dialítico através de ações como diagnóstico precoce de lesão renal, início do tratamento conservador, controle de pressão arterial e glicemias, entre outros. Porém, não podemos ignorar o elevado quantitativo de clientes que realizam hemodiálise no Brasil (aproximadamente 67.000 pessoas) e algo tem que ser feito no sentido de propiciar a sua qualidade de sobrevivência.

Relacionado ao ensino, esta investigação pode contribuir tanto para a equipe de enfermagem na atividade educativa do cliente renal crônico em hemodiálise, quanto no processo ensinar-cuidar da pessoa para as ações relativas ao seu autocuidado.

Quanto à prática de pesquisa, espera-se contribuir com o desenvolvimento de futuras investigações na área de Enfermagem em Nefrologia; nas pesquisas utilizando a sistematização da assistência para o ensino do autocuidado e nos estudos que avaliam a qualidade de vida das pessoas, aprofundando o conhecimento sobre a propriedade de se investir no ensino do autocuidado aos clientes acometidos de DRC e, principalmente, aqueles participantes de Programas de Hemodiálise.

Foram encontrados diversos estudos utilizando questionários para mensuração da qualidade de vida de clientes com DRC. No Brasil, os estudos utilizam o questionário SF-36. Mesmo sendo um instrumento genérico, ele tem sido

muito utilizado e as conclusões dos estudos demonstram este ser um bom instrumento para avaliar a qualidade de vida de clientes com DRC.

Castro et al. (2003) utilizaram o instrumento SF-36 para analisar a qualidade de vida dos clientes com diferentes tempos de hemodiálise. Esse trabalho demonstrou clara redução da qualidade de vida desses clientes, associada à própria presença da doença crônica, apontando a necessidade de um tratamento contínuo por um longo período, a idade avançada dos clientes e a presença de comorbidades.

Souza (2004) comparou dois instrumentos genéricos: o *WHOQOL*-breve e o SF-36 para avaliar a qualidade de vida do idoso em hemodiálise. Ela verificou a praticabilidade (onde o *WHOQOL*-breve apresentou melhor desempenho), a confiabilidade (ambos os instrumentos apresentaram elevado nível de confiabilidade), a validade discriminante (onde o *WHOQOL*-breve exibiu maior poder de discriminação). Dessa forma, ela constatou que os dois instrumentos mostraram-se confiáveis e válidos para serem empregados na medida da qualidade de vida das pessoas idosas avaliadas.

Santos (2005) utilizou o SF-36 para verificar se o nível de qualidade de vida associa-se com a duração, freqüência de hospitalização e ocorrência de óbito aos clientes com DRC submetidos à hemodiálise. Esse autor concluiu que menores pontuações referentes ao componente físico do SF-36 associaram-se com aumento de hospitalização nesses clientes em hemodiálise.

Martins e Cesarino (2005) utilizaram o mesmo questionário com os seguintes objetivos: avaliar a qualidade de vida de pessoas com DRC em tratamento hemodialítico; identificar as atividades cotidianas comprometidas após o início do tratamento hemodialítico; e, estudar a relação das variáveis de qualidade de vida e das atividades cotidianas quanto ao tempo de hemodiálise e ao sexo. Nesse estudo, os autores constataram prejuízo da qualidade de vida das pessoas com DRC, que apresentaram menores escores nos domínios aspectos, físicos, emocionais e vitalidade.

Quanto às atividades, as corporais e recreativas apresentaram maiores percentuais de comprometimento. Verificou-se, também, alterações nas atividades domésticas, trabalho e nas atividades práticas. Esses pesquisadores ressaltam a importância de o enfermeiro avaliar a qualidade de vida dos clientes com DRC e promover transformações condizentes com a realidade do indivíduo.

Santos e Pontes (2007) avaliaram a mudança na qualidade de vida de clientes com DRC em hemodiálise durante 12 meses utilizando o SF-36. Eles concluíram que, apenas a dimensão limitação por aspectos emocionais e o componente mental apresentaram variação positiva (melhora) em um ano. O grupo de clientes que apresentou piora do componente mental tinha menor tempo em diálise. Talvez o impacto da terapia dialítica sobre o aspecto mental da qualidade de vida seja atenuado ao longo do tempo pela adaptação psicológica que ocorre de maneira geral nas doenças crônicas.

Realizando uma busca na base de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), foram encontrados 16 trabalhos utilizando o questionário *Kidney Disease and Quality-of-Life- Short Form (KDQOL-SF)*, porém não foram encontrados trabalhos publicados no Brasil, nem pela enfermagem.

Um desses trabalhos, realizado por Parsons et al. (2007), utilizou o questionário *KDQOL* para avaliar a alteração na qualidade de vida de clientes com DRC em hemodiálise que realizavam um programa de exercício físico, de baixa intensidade, nas primeiras duas horas de diálise. Foi observado que a execução de atividade física durante a hemodiálise foi capaz de aumentar a eficácia da diálise e a função física dos clientes.

Gorodetskaya et al. (2005) avaliaram a qualidade de vida de clientes com DRC utilizando o *KDQOL-SF* por observar que existiam poucos estudos específicos para a DRC. Eles observaram relação entre a perda da função renal com diminuição nos níveis de qualidade de vida, enfatizando a necessidade da implementação de políticas de saúde para essa população.

Lee et al. (2005) realizaram um estudo comparando a qualidade de vida do cliente em hemodiálise, em diálise peritoneal e após transplante renal, utilizando como instrumento o *KDQOL*. Foi observado que a falência renal tem uma grande relação com o nível de qualidade de vida. Houve uma diferença significativa nos escores apresentados pelos clientes pós-transplante renal quando comparado ao grupo que realiza tratamentos dialíticos (hemodiálise ou diálise peritoneal).

Vasquez et al. (2005) compararam fatores psicossociais com qualidade de vida de clientes em hemodiálise. Eles concluíram que a ansiedade e a depressão influenciam fortemente a qualidade de vida de clientes em hemodiálise.

## 1 REFERENCIAL TEÓRICO

### 1.1 O autocuidado na concepção de Orem

Orem (1980) apresenta sua teoria geral de enfermagem, que se compõe de três teorias inter-relacionadas: (1) teoria do autocuidado; (2) teoria do déficit de autocuidado; e (3) teoria de sistemas de enfermagem.

A teoria do autocuidado refere-se à prática de cuidados executados pelo indivíduo com uma necessidade para manter-se com vida, saúde e bem-estar (LEOPARDI, 2006, p.243). Essa teoria engloba: o autocuidado, a atividade de autocuidado, a exigência terapêutica de autocuidado, e os requisitos para o autocuidado.

Para Orem (1980), o autocuidado é a prática de atividades que o indivíduo inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Tem como propósito, as ações, que, seguindo um modelo, contribuem de maneira específica na integridade, nas funções e no desenvolvimento humano. Portanto, essa prática constitui uma habilidade humana que significa a habilidade para engajar-se em autocuidado.

A exigência terapêutica de autocuidado constitui a totalidade das ações próprias do cuidar de si a serem executadas durante algum tempo, para satisfação de requisitos de autocuidado, através do uso de métodos válidos e conjuntos relacionados de operações e ações.

Requisitos de autocuidado podem ser definidos como ações voltadas para a provisão de autocuidado. De acordo com Leopardi (2006), esses requisitos são divididos em três categorias:

- Universais: estão associados a processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humanos. Eles são comuns a todos os seres humanos, durante todos os estágios do ciclo vital, como por exemplo, as atividades do cotidiano;
- Desenvolvimentais: são as expressões especializadas de requisitos universais que foram particularizados por processos de

desenvolvimento, associados a algum evento, por exemplo, a adaptação a um novo trabalho;

- Desvio de saúde: é exigido em condições de doença, ferimento ou moléstia, ou pode ser consequência de medidas médicas exigidas para diagnosticar e corrigir uma condição.

### 1.1.1 Teoria do déficit de autocuidado

Na teoria do autocuidado, Orem explica *o que* ela quer dizer com autocuidado, e relaciona os fatores que afetam a provisão de autocuidado.

Já na teoria do déficit de autocuidado, ela especifica *quando* há necessidade de enfermeiros para auxiliar o indivíduo, no oferecimento de autocuidado,

Esta teoria constitui a essência da teoria geral de enfermagem de Orem, uma vez que delinea quando há necessidade de enfermagem. A enfermagem passa a ser uma exigência quando um adulto acha-se incapacitado ou limitado para prover autocuidado contínuo e eficaz.

George (1993) descreve cinco métodos de ajuda: (1) agir ou fazer para o outro; (2) guiar o outro; (3) apoiar o outro (física ou psicologicamente); (4) proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a tornar-se capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação; (5) ensinar o outro.

O enfermeiro pode ajudar o indivíduo, utilizando-se de qualquer um ou de todos os métodos, de modo a oferecer assistência para o autocuidado.

### 1.1.2 Teoria de sistemas de enfermagem

O sistema de enfermagem, planejado pelo profissional, baseia-se nas necessidades de autocuidado e nas capacidades do cliente para a execução de atividades de autocuidado.



Orem identificou três classificações de sistemas de enfermagem: o sistema totalmente compensatório, o parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação.

Conforme descreve George (1993) o sistema totalmente compensatório está representado por uma situação em que o indivíduo é incapaz de empenhar-se nas ações de autocuidado. O enfermeiro, através de suas ações, vai atuar na ação limitada do cliente, compensando sua incapacidade para a atividade de autocuidado e através do apoio e da proteção a essa pessoa.

No sistema parcialmente compensatório tanto o enfermeiro, quanto o cliente, executam medidas ou ações para o autocuidado. O enfermeiro efetiva algumas medidas de autocuidado para esse indivíduo, compensa suas limitações e o atende conforme o exigido. O cliente age realizando algumas medidas de autocuidado, regulando suas atividades e aceitando o atendimento e auxílio recebido.

No sistema apoio-educação, o indivíduo consegue executar o autocuidado, sendo assim suas exigências resumem-se a tomada de decisões, controle do comportamento e aquisição de conhecimentos e habilidades. O papel do enfermeiro é o de promover o cliente a um agente de autocuidado.

Orem declara que um ou mais de um dos três sistemas podem ser utilizados com uma única pessoa.

### 1.1.3 A teoria de Orem e o processo de enfermagem

George (1993) afirma que a abordagem do processo de enfermagem de Orem apresenta um método de determinação das deficiências de autocuidado e a posterior definição dos papéis da pessoa ou enfermeiro para satisfazer as exigências de autocuidado.

O processo de enfermagem proposto por Orem compreende os seguintes passos:

- Passo 1: fase de diagnóstico e prescrição, que determina as necessidades ou não de cuidados de enfermagem. O enfermeiro realiza a coleta de dados do indivíduo. Os dados específicos são

reunidos nas áreas das necessidades de autocuidado universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde;

- Passo 2: é a fase do planejamento dos sistemas de enfermagem, bem como do planejamento da execução dos atos de enfermagem. O enfermeiro cria um sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio-educação;
- Passo 3: inclui a produção e execução do sistema de enfermagem, onde o enfermeiro pode prestar auxílio ao indivíduo no que se refere ao autocuidado, de modo a alcançar os resultados identificados e descritos de saúde.

## **1.2 A doença renal**

A Doença Renal Crônica (DRC) é uma deterioração progressiva e irreversível da função renal em que a capacidade do corpo para manter o equilíbrio metabólico e hidroeletrolítico falha, resultando em uremia ou azotemia - retenção de uréia e outros produtos nitrogenados no sangue (SMELTZER; BARE, 2002).

Uma série de fatores de risco para o desenvolvimento da DRC tem sido descrita conforme disposto no quadro 1. Destes, os dois mais importantes são a hipertensão arterial e o diabetes mellitus (ROMÃO JUNIOR, 2007).

<b><u>RISCO PARA DRC</u></b>	
ELEVADO	<ul style="list-style-type: none"> <li>HIPERTENSÃO ARTERIAL</li> <li>DIABETES MELLITUS</li> <li>HISTÓRIA FAMILIAR DE DRC</li> </ul>
MÉDIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>ENFERMIDADES SISTÊMICAS</li> <li>INFECÇÕES URINÁRIAS DE REPETIÇÃO</li> <li>LITÍASE URINÁRIA</li> <li>UROPATIAS</li> <li>CRIANÇAS &lt; 5 ANOS</li> <li>ADULTOS &gt; 60 ANOS</li> <li>MULHERES GRÁVIDAS</li> </ul>

Quadro 1- Fatores de risco para doença renal crônica. Rio de Janeiro, 2009.

Quanto à fisiopatologia, Barbosa et al. (2006) relatam que à medida que a função renal diminui, os produtos finais do metabolismo protéico (que são normalmente excretados na urina) acumulam-se no sangue. A uremia desenvolve-se e afeta de maneira adversa todos os sistemas do corpo. Quanto maior o acúmulo de produtos de degradação, mais graves serão os sintomas da DRC.

Para efeitos clínicos, epidemiológicos, didáticos e conceituais, os estudiosos estabeleceram o que se define como Estadiamento da DRC o qual é dividido em seis estágios funcionais, de acordo com o grau de função renal do cliente. Esse grau de função renal é medido pela Taxa de Filtração Glomerular (TFG). Releva-se que o nível da TFG é amplamente aceito como sendo a melhor medida da função renal. Na prática, a TFG é estimada através do clearance de creatinina de 24 horas.

Apesar da coleta de urina de 24 horas ser útil na mensuração da excreção de creatinina, muitas vezes este método não se mostra superior (e às vezes até inferior) às estimativas da FG provenientes de equações. Este fato pode ser justificado por erros de coleta e variações diárias na excreção de creatinina. Em alguns casos, como indivíduos em dietas vegetarianas, tomando suplementos de creatina, amputados, extremo de idade e tamanho corporal e paraplegia, as equações têm

seu uso limitado e a estimativa da FG pela depuração de creatinina com urina de 24 horas é recomendada (PECOITS-FILHO, 2004).

Mariani e Fortes (2004) afirmam que, para uma estimativa rápida, sem a necessidade da coleta de urina de 24 horas, a TFG, em adultos, pode ser calculada com base na creatinina plasmática, utilizando-se a fórmula de Cockcroft-Gault (PECOITS-FILHO, 2004).

$$\text{ClCr (ml/min)} = \frac{(140 - \text{idade}) \times \text{peso (Kg)} \times (0,85 \text{ para mulheres})}{72 \times \text{Cr plasmática (mg/dl)}} \quad (1)$$

ClCr = clearance de creatinina      Cr plasmática = creatinina plasmática

A principal limitação dessa equação é a ausência de padronização para área de superfície corporal.

Pecoits-Filho (2004) diz que a fórmula derivada do estudo MDRD é a recomendada pelo DOQI da *National Kidney Foundation*. A equação permite o ajuste de acordo com a área de superfície corporal e sua versão simplificada necessita apenas de dados relacionados à idade, sexo e raça, além da creatinina sérica. Ele afirma ainda que a creatinina sérica ajustada através de equações deve ser a forma utilizada para avaliar a função renal (PECOITS-FILHO, 2004).

$$\text{FG (ml/min/1,73m}^2\text{)} = 186 \times (\text{Creatser})^{-1,154} \times \text{idade}^{-0,203} \times (0,742 \text{ se mulher}) \times (1,210 \text{ se negro}) \quad (2)$$

Romão Junior (2004) explicita os estágios de estadiamento da DRC, que são:

- Fase de função renal normal sem lesão renal: importante do ponto de vista epidemiológico, pois inclui pessoas integrantes dos chamados grupos de risco para o desenvolvimento da DRC (hipertensos, diabéticos, parentes de hipertensos, diabéticos, portadores de DRC, etc) que ainda não desenvolveram lesão renal;

- Fase de lesão com função renal normal: corresponde às fases iniciais de lesão renal com filtração glomerular preservada, ou seja, o ritmo de filtração glomerular está acima de  $90 \text{ ml/min/1,73m}^2$ ;
- Fase de doença renal funcional ou leve: ocorre no início da perda de função dos rins. Nesta fase, os níveis de uréia e creatinina plasmáticos ainda são normais, não há sinais ou sintomas clínicos importantes de insuficiência renal e somente métodos acurados de avaliação da função do rim (métodos de depuração, por exemplo) irão detectar estas anormalidades. Os rins conseguem manter razoável controle do meio interno. Compreende a um ritmo de filtração glomerular entre  $60$  e  $89 \text{ ml/min/1,73m}^2$ ;
- Fase de doença renal laboratorial ou moderada: nesta fase, embora os sinais e sintomas da uremia possam estar presentes de maneira discreta, o cliente mantém-se clinicamente bem. Na maioria das vezes, apresenta somente sinais e sintomas ligados à causa básica (lúpus, hipertensão arterial, diabetes mellitus, infecções urinárias, etc). Avaliação laboratorial simples já nos mostra, quase sempre, níveis elevados de uréia e creatinina plasmáticos. Corresponde a uma faixa de ritmo de filtração glomerular compreendido entre  $30$  a  $59 \text{ ml/min/1,73m}^2$ ;
- Fase de doença renal clínica ou severa: o cliente já se ressentido de disfunção renal. Apresenta sinais e sintomas marcados de uremia. Dentre estes a anemia, a hipertensão arterial, o edema, a fraqueza, o mal-estar e os sintomas digestivos são os mais precoces e comuns. Corresponde a faixa de ritmo de filtração glomerular entre  $15$  e  $29 \text{ ml/min/1,73m}^2$ ;
- Fase terminal de doença renal crônica: como o próprio nome indica, corresponde à faixa de função renal na qual os rins perderam o controle do meio interno, tornando-se bastante alterado para ser incompatível com a vida. Nesta fase, o cliente encontra-se intensamente sintomático. Suas opções terapêuticas são os métodos de depuração artificial do sangue (diálise peritoneal ou

hemodiálise) ou transplante renal. Compreende a um ritmo de filtração glomerular inferior a 15 ml/min/1,73m<sup>2</sup>.

ESTÁGIO	FILTRAÇÃO GLOMERULAR (ml/min)	GRAU DE DOENÇA RENAL
0	> 90	Grupos de risco para DRC Ausência de lesão renal
1	> 90	Lesão renal com função renal normal
2	60-89	DR leve ou funcional
3	30-59	DR moderada ou laboratorial
4	15-29	DR severa ou clínica
5	< 15	DR terminal ou dialítica

DR = doença renal

Quadro 2 - Estadiamento e classificação da DRC. Rio de Janeiro, 2009.

A detecção precoce da doença renal e o início de terapêuticas apropriadas para o retardamento de sua progressão pode reduzir o sofrimento dos clientes e os custos financeiros associados à DRC. Romão Junior (2004) divide o tratamento de clientes com doença renal progressiva da seguinte forma:

- Programa de promoção à saúde e prevenção primária (grupos de risco para a DRC);
- Identificação precoce da disfunção renal (diagnóstico da DRC);
- Detecção e correção das causas reversíveis da DRC;
- Diagnóstico etiológico;
- Definição e estadiamento da disfunção renal;
- Instituição de intervenções para retardar a progressão da DRC;
- Prevenir complicações da DRC;
- Modificar comorbidades comuns a estes clientes;
- Planejamento precoce da terapia renal substitutiva.

O tratamento da doença renal crônica depende da evolução da doença. Inicialmente ele poderá ser apenas conservador, através da terapêutica medicamentosa e dietética. O tratamento conservador tem por objetivo manter o cliente o maior tempo possível fora do tratamento de terapia renal substitutiva (TRS). Entretanto, tem como segundo propósito, manter o cliente em excelente condição geral para quando necessitar iniciar a TRS. A indicação do início de diálise é individual e depende da sintomatologia do cliente (BARROS et al., 2007).

### 1.3 A hemodiálise

A hemodiálise como tratamento da uremia crônica difundiu-se a partir da década de 60, mudando o curso natural de uma doença até então inexoravelmente letal. A popularização da hemodiálise se deveu a avanços tecnológicos que incluem o aprimoramento de máquinas e a fabricação de dialisadores mais eficientes e seguros, e, também, ao desenvolvimento de técnicas cirúrgicas de confecção de acessos vasculares permanentes (RIELLA, 2003).

As indicações para se iniciar a terapia substitutiva renal podem ser divididas entre as consideradas como urgência e aquelas eletivas. Estas últimas, por sua vez, podem ser determinadas pelo nível de função renal, por parâmetros nutricionais ou pela presença de sintomas urêmicos (RIELLA, 2003).

As condições clínicas consideradas como indicação para se iniciar tratamento dialítico em caráter de urgência são bastante consensuais: hiperpotassemia ou hipervolemia refratárias às medidas clínicas prévias ou quando há risco iminente de vida, pericardite e encefalopatia urêmica (RIELLA, 2003).

A hemodiálise é o processo de filtração e depuração do sangue de substâncias indesejáveis como a creatinina e a uréia que necessitam ser eliminadas da corrente sanguínea devido à deficiência no mecanismo de filtração nos clientes com DRC (DAUGIRDAS, 2003).

Esse autor explica o processo químico da hemodiálise. Na hemodiálise, a transferência de solutos ocorre entre o sangue e a solução de diálise através de uma membrana semipermeável (filtro de hemodiálise ou capilar) por três mecanismos: a difusão, que é o fluxo de soluto de acordo com o gradiente de concentração, sendo

transferida massa de um local de maior concentração para um de menor concentração, isso depende do peso molecular e características da membrana. A ultrafiltração é a remoção de líquidos através de um gradiente de pressão hidrostática e a convecção é a perda de solutos durante a ultrafiltração, quando ocorre o arraste de solutos na mesma direção do fluxo de líquidos através da membrana.

Para que a hemodiálise ocorra, é necessário também a presença de um acesso vascular. Um acesso vascular adequado deve: 1) oferecer um fluxo sanguíneo satisfatório, 2) ter uma meia-vida longa e 3) apresentar baixo índice de complicações. A fístula artériovenosa (FAV) é a que parece melhor preencher estes critérios.

Os acessos para a hemodiálise podem ser permanentes ou temporários. Como acesso permanente tem-se a fístula artériovenosa que é realizada em ambiente cirúrgico e na maioria das vezes sob anestesia local. A FAV pode ser confeccionada através da anastomose entre a artéria radial e a veia cefálica, a braquial e a cefálica ou a braquial e a basílica, preferencialmente no membro não-dominante (RIELLA, 2003).

Ainda citando Riella (2003) como acessos temporários são utilizados cateteres de duplo ou triplo lúmen. Os cateteres podem ser implantados nas veias subclávias, jugulares internas e femorais, sendo a primeira opção a veia jugular por apresentar menor risco de complicações.

A hemodiálise é um procedimento durante o qual há necessariamente um íntimo e contínuo contato do sangue com as paredes do circuito extracorpóreo. Por mais que se atribuam qualidades referentes à biocompatibilidade do material utilizado para a manufatura das linhas e dialisadores, estes ainda são trombogênicos, capazes, muitas vezes, de induzir a formação de coágulos dentro do circuito em questão de minutos. Assim, a anticoagulação, salvo contra-indicações clínicas, deve ser prescrita a todos os indivíduos em programa de hemodiálise.

A anticoagulação visa não apenas evitar a obstrução do circuito, mas também reduzir a perda do volume interno das fibras dos dialisadores, ajudando a manter a eficiência destes, mesmo após sucessivos reusos. O anticoagulante mais utilizado na hemodiálise crônica é a heparina não-fracionada. Suas vantagens são: o baixo custo, a comodidade posológica, a meia-vida curta e a possibilidade de neutralizá-la. Nas primeiras sessões de hemodiálise, os clientes geralmente usam doses



padronizadas de heparina, mas que posteriormente devem ser individualizadas (RIELLA, 2003).

Entre as dificuldades experimentadas por todos os esquemas de três sessões semanais de diálise, sobressai o fato de que sua distribuição na semana é assimétrica, deixando um intervalo sem diálise de aproximadamente 54 a 68 horas no fim de semana, quando o convívio social dos pacientes é maior e sua demanda por ingestão de fluidos, com freqüência, está aumentada. Em decorrência desta característica, o número de complicações nos dois primeiros dias da semana é substancialmente maior do que nos restantes.

Atualmente, obtêm-se um grande progresso em relação à segurança e à eficácia das máquinas de hemodiálise, tornando o tratamento mais seguro. Existem alarmes que indicam qualquer alteração que ocorra no sistema, mesmo assim, isso não garante que as complicações deixem de ocorrer (NASCIMENTO; MARQUES, 2005).

Nascimento e Marques (2005) citam, em ordem decrescente de frequência, as principais complicações apresentadas durante a sessão de hemodiálise, que são: hipotensão (20-30% das diálises), náuseas e vômitos (5-15%), cefaléia (5%), dor lombar (2-5%), prurido (5%), febre e calafrios (< 1%). Enquanto as complicações menos comuns, mas sérias e que podem levar à morte incluem: a síndrome do desequilíbrio, reações de hipersensibilidade, arritmia, hemorragia intracraniana, convulsões, hemólise e embolia gasosa (NASCIMENTO; MARQUES, 2005).

#### **1.4 Ações para o autocuidado**

O enfermeiro tem atribuições bem definidas frente à equipe multiprofissional, uma vez que é capacitado para exercer papel educativo, coordenar o encaminhamento a outros especialistas e atuar como elo intermediário entre as informações levantadas pelos membros da equipe (MARIANI; FORTES, 2004).

Gauthier e Hirata (2001) afirmam que a educação para a saúde é de fundamental importância. A necessidade de uma boa qualificação dos profissionais de enfermagem como educadores é tão mais forte quanto as políticas públicas são

insuficientes. O compromisso ético com o objetivo da cidadania para todos orienta a atuação das enfermeiras educadoras.

A educação para a saúde faz parte do cuidado de enfermagem, sendo assim é de responsabilidade do enfermeiro coordenar e participar ativamente desse processo.

Lima (2004b) ressalta que a doença renal requer um programa de educação voltado para a saúde, capaz de instruir o cliente sobre todos os aspectos relacionados à doença e ao tratamento; a compreensão da doença e das modalidades de tratamento lhe permitirá participar ativamente de seu autocuidado. Esse conhecimento poderá capacitá-lo a decidir, juntamente com a equipe de saúde, a alternativa mais adequada a seu caso, entre as disponíveis em matéria de tratamento dialítico.

A qualidade de vida deve ser a maior preocupação no planejamento, na implementação e na avaliação dos cuidados.

Quanto ao preparo para a terapia renal substitutiva (TRS), é função do enfermeiro:

- Apresentar ao cliente/familiares todas as opções de métodos dialíticos: hemodiálise (HD), diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD), diálise peritoneal automatizada (DPA) e transplante renal, para que seja eleita a modalidade que melhor se adapte ao estilo de vida do cliente, respeitando a indicação clínica, quando existir;
- Providenciar a confecção do acesso (cateter peritoneal ou fístula artériovenosa);
- Encorajar o cliente a comparecer às consultas com o psicólogo para avaliação e tratamento de aspectos emocionais que interfiram na sua qualidade de vida, seu nível de estresse e adesão ao tratamento global;
- Agendar entrevista inicial com a assistente social a fim de identificar e caracterizar as condições socioeconômicas e familiares do cliente, bem como situação previdenciária;
- Acompanhar rigorosamente a TFG através do clearance de creatinina de 24 horas, a fim de proporcionar ao cliente o início planejado e menos traumático da TRS;

- Educar o cliente para reconhecer sinais de desnutrição, sobrecarga de volume e outros sintomas urêmicos que não são mais possíveis de serem controlados com o tratamento conservador;
- Orientar o cliente a procurar a equipe de saúde quando observar alguma alteração de seu estado geral, a fim de ser avaliado e encaminhado para início oportuno da TRS, evitando assim, a urgência dialítica (MARIANI; FORTES, 2004).

Quando o cliente inicia a TRS, o enfermeiro deve, segundo Mariani e Fortes (2004):

- Determinar a data de início da hemodiálise (estabelecer os dias da semana e horário das sessões de acordo com estilo de vida do cliente);
- Acompanhar os clientes nas sessões de hemodiálise e interagir com o nefrologista na adequação da prescrição médica individualizada;
- Observar o membro da FAV em todas as sessões de hemodiálise a fim de detectar precocemente a presença de estenoses, aneurismas, pseudo-aneurismas e infecções;
- Treinar e supervisionar a equipe de enfermagem no rodízio dos locais de punções da FAV, evitando o enfraquecimento do vaso e, conseqüentemente, a formação de aneurisma;
- Registrar no prontuário do cliente as ações / intervenções de enfermagem realizadas.

Os autores citados afirmam que manutenção da vida através das terapias de substituição renal é uma situação muito complexa e nem sempre é possível ao cliente aderir inteiramente ao tratamento, embora a aderência constitua um fator decisivo para a sua sobrevivência. Esta dificuldade de adesão decorre, muitas vezes, de sua perda de autonomia, causada pela necessidade de atender a todas as solicitações da equipe de saúde, tais como: intervenções cirúrgicas para obter o acesso para a diálise, exames radiológicos e laboratoriais, escala de tratamento dialítico com horários rígidos. A isso acrescenta-se as restrições hídricas e dietéticas, o grande número de medicamentos e a necessidade de autocuidar-se, fatores que interferem muito no seu direito de ir e vir.

## 1.5 Qualidade de vida

Qualidade de vida (QV) é uma definição aberta a diversas interpretações, envolvendo termos amplos como bem-estar social, inserção do indivíduo na sociedade, saúde, família, estado emocional, entre outros. Esta expressão foi definida pelo grupo de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WELTER et al., 2008).

A questão sobre qualidade de vida vem assumindo importância, sob vários aspectos, nos últimos anos, particularmente no que diz respeito a sua avaliação ou mensuração, quer individualmente quer coletivamente.

O avanço terapêutico e tecnológico fez com que a sobrevivência de pessoas, particularmente com doenças crônicas, aumentasse bastante. Frequentemente permanecem complicações ou sequelas com as quais os indivíduos sobrevivem por vários anos.

O fato de sobreviver, às vezes por longos períodos, não significa "viver bem", pois quase sempre há limitações com prejuízos da participação em várias atividades. Isto é, a qualidade de vida está prejudicada e há interesse em fazer sua avaliação. Isso fez com que se desenvolvessem técnicas especiais por meio de instrumentos de avaliação.

A investigação da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) representa uma tentativa de quantificar, em termos cientificamente analisáveis, as consequências das doenças e tratamentos, segundo a percepção subjetiva dos clientes. Além disso, a QVRS possibilita a abordagem dos clientes com DRC segundo dimensões importantes que podem estar comprometidas e que também podem direcionar ações específicas para o atendimento desses clientes (KUSUMOTA, 2008).

O interesse em mensurar a QV, especialmente na doença renal crônica terminal, tem aumentado nos últimos anos. Esta enfermidade reduz consideravelmente o desempenho físico e profissional, levando a um impacto negativo sobre a percepção da própria saúde, afetando assim os níveis de

vitalidade, o que pode reduzir ou limitar as interações sociais e causar problemas relacionados à saúde mental (WELTER et al., 2008).

Pagani e Pagani Junior (2006) afirmam que com o aumento da expectativa de vida e conseqüente surgimento de doenças crônicas, o desenvolvimento de instrumentos que possam medir a qualidade de vida destes clientes tem sido um desafio para os pesquisadores, porque devem ser capazes de verificar se as intervenções alcançaram os objetivos desejados.

Seidl (2004) destaca que a mensuração da qualidade de vida está diretamente ligada às práticas assistenciais cotidianas dos serviços de saúde, e refere-se à QV como um indicador nos julgamentos clínicos de doenças específicas. Trata-se da avaliação do impacto físico e psicossocial que as enfermidades, disfunções ou incapacidades podem acarretar para as pessoas acometidas, permitindo um melhor conhecimento do cliente e de sua adaptação à condição. Nesses casos, a compreensão sobre a QV do cliente incorpora-se ao trabalho do dia-a-dia dos serviços, influenciando decisões e condutas terapêuticas das equipes de saúde.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, transversal e naturalista. Justifica-se, esta opção com o apoio teórico de Polit e Hungler (2004), afirmando ser este método utilizado na enfermagem para avaliar conhecimentos de pessoas sobre determinados assuntos, no caso do objetivo de estudo: identificar necessidades de autocuidado entre clientes utilizando terapia hemodialítica.

Com a fundamentação dessas autoras explica-se que a pesquisadora procedeu a um levantamento de informações, através de entrevista individual, face a face com os clientes, aplicando um questionário. Nesse levantamento os clientes responderam às questões propostas sobre as facilidades e dificuldades que as pessoas possuem quando se encontram em terapia renal substitutiva. Para mensurar os indicadores de qualidade de vida dos clientes foi aplicado o *Kidney Disease Quality of Life Short Form* (KDQOL-SF) como questionário.

Assim sendo, apresenta-se para o estudo como variáveis as características sócio-demográficas: sexo, faixa etária, escolaridade, ocupação, e estado de união; e as características nosológicas, ou seja, relacionadas ao convívio com a doença: tempo de descoberta da doença, terapêutica médica recomendada, tempo de realização de hemodiálise, realização de exercícios físicos, lazer, dieta.

Para investigar as necessidades de autocuidado na abordagem inicial ao cliente, foram selecionadas as variáveis que retratam o nível de conhecimento, a saber: significado da hemodiálise, alimentos proibidos, alimentos permitidos, consumo diário de líquidos, cuidados com acesso venoso, complicações com a terapia hemodialítica, prevenção de complicações na hemodiálise, significado de anticoagulação, sintomas pós-hemodiálise, controle dos sintomas, atendimento das necessidades gregária e de relacionamento interpessoal.

### 2.1 Campo e sujeitos da pesquisa

A pesquisa foi realizada na Unidade de Diálise da Enfermaria de Nefrologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ). Esta unidade funciona em

três turnos por dia e eventualmente têm-se um quarto turno, de madrugada, dependendo da demanda de clientes.

No período proposto para o desenvolvimento da pesquisa, foi encontrado um total de 45 clientes em programa de hemodiálise. Desse total, apenas 2 clientes foram excluídos da pesquisa por não apresentar condições cognitivas para responder ao questionário. Ressalta-se que essa amostra não foi randomizada, haja vista a decisão da pesquisadora referente a entrevistar todos os clientes em terapia de hemodiálise, no período reservado para a produção de dados, qual seja de agosto a novembro de 2008 e de março a maio de 2009. Assim, participou desta produção um total de 43 clientes.

São critérios de inclusão/exclusão dos clientes no protocolo da pesquisa:

- De inclusão - Ter doença renal crônica de qualquer etiologia e encontrar-se em programa de hemodiálise no HUPE/UERJ; com capacidade de compreensão preservada; ambos os sexos com idade > 16 anos; possuir um contato telefônico e ou e-mail para possíveis comunicações sobre a pesquisa e ter condições de assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), ver Apêndice A;
- De exclusão - foram excluídos os clientes que apresentaram algum déficit cognitivo, pois esse fator inviabiliza a aplicação do Instrumento de Coleta de Dados (ICD) específico- *Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF)*, ver Anexo A.

## 2.2 Tratamento ético

Após aprovação do Projeto de Pesquisa ele foi cadastrado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP) e a folha de rosto gerada foi a ele anexada. Em seguida, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, sendo aprovado mediante o Parecer 2172-CEP/HUPE (Anexo B).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi entregue antes da aplicação do instrumento de coleta de dados. Os sujeitos de pesquisa receberam

explicação da pesquisadora acerca do problema de pesquisa, dos objetivos, dos benefícios e riscos. Após assinatura, em duas vias, do TCLE, foi solicitada e concebida autorização para divulgação científica da produção dos clientes, respeitando o sigilo. Registra-se, que uma via do TCLE ficou com o cliente e a outra com a pesquisadora. Desse modo foram atendidas as Normas de Pesquisa em Seres Humanos, da Resolução 196/96 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

### **2.3 Técnicas de pesquisa**

Inicialmente foi utilizado um formulário (Apêndice B) para caracterização da clientela e levantamento das necessidades de autocuidado da população. Esse formulário é composto por duas partes: a primeira referente à caracterização da clientela (faixa etária, sexo, nível de escolaridade, tipo de união, ocupação, tempo de tratamento hemodialítico e doenças associadas); a segunda é referente às necessidades de autocuidado.

Em seguida, foi aplicado o *Kidney Disease Quality of Life Short Form* (KDQOL-SF) como questionário para mensurar a qualidade de vida dos clientes com doença renal crônica em programa hemodialítico. Esse questionário foi traduzido para português em 2003 (DUARTE et al., 2003) e sua validação foi realizada em 2005 (DUARTE; CICONELLI; SESSO, 2005). Os escores dos itens do KDQOL-SF variam entre 0 e 100; os valores menores correspondem à qualidade de vida relacionada à saúde menos favorável, enquanto escores mais elevados refletem melhor qualidade de vida.

### **2.4 Instrumentos de coleta de dados**

O *short form* -36 (SF-36) é um questionário de saúde genérico que contém 36 questões divididas em 9 domínios: 1) atividade física, 2) atividade social, 3) limitações pela incapacitação física, 4) limitações pela capacidade emocional, 5) saúde mental, 6) vitalidade, 7) dores, 8) percepção da saúde em geral e 9)



percepção da melhora do problema específico na saúde. A pontuação varia de 0 a 100 e quanto maior o número significa melhor saúde e menos dor. Este questionário foi validado no Brasil em 1999 para clientes portadores de artrite reumatóide. Após a validação ele tem sido utilizado com frequência para avaliação de grupos diferentes de clientes como, por exemplo, portadores de doenças pulmonares crônicas e cardiopatas.

O *Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form* (KDQOL-SF) é um instrumento específico que avalia doença renal crônica terminal. É auto-administrável e contém 80 itens. O KDQOL-SF inclui o MOS 36 *Item Short-Form Health Survey* (SF-36) como uma medida genérica e é suplementado com escalas do tipo multi-itens, voltadas para as preocupações particulares dos clientes com DRC. É considerado o questionário mais completo disponível atualmente para avaliar qualidade de vida de clientes com doença renal crônica e foi validado por Duarte, Ciconelli e Sesso (2005).

O SF-36 consiste em oito domínios sobre saúde física e mental: capacidade funcional (10 itens), limitações causadas por problemas da saúde física (4 itens), limitações causadas por problemas da saúde mental / emocional (3 itens), função social (2 itens), bem-estar emocional (5 itens), dor (2 itens), vitalidade (4 itens) e percepção da saúde geral (5 itens).

Em suplemento ao SF-36, tem-se uma escala multi-itens abordando indivíduos com DRC em diálise que inclui 43 itens direcionados à doença renal: sintomas / problemas físicos (12 itens), efeitos da doença renal em sua vida diária (8 itens), sobrecarga imposta pela doença renal (4 itens), condição de trabalho (2 itens), função cognitiva (3 itens), qualidade das interações sociais (3 itens), função sexual (2 itens) e sono (4 itens). Inclui, ainda, dois itens de suporte social, dois itens sobre apoio da equipe profissional de diálise e um item sobre satisfação do cliente. A avaliação da saúde geral (1 item) é computada à parte.

Julga-se importante a descrição das funções de cada dimensão do KDQOL-SF, mencionadas por Duarte et al. (2003):

- Funcionamento físico: essa dimensão é composta por dez itens que avaliam as limitações na realização de atividades decorrentes da condição de saúde, questionando a respeito do grau de dificuldade para realizar desde atividades que requerem muito esforço até o

autocuidado, tais como: praticar esportes, varrer o chão, tomar banho, etc.;

- Função física: os quatro itens que compõem essa dimensão abordam as limitações, devido aos problemas físicos, no tipo e quantidade de trabalho ou outras atividades, bem como o quanto essas limitações dificultam na realização do trabalho ou outras atividades do cliente;
- Função emocional: os três itens que compõem essa dimensão avaliam as limitações, devido aos problemas emocionais, no tipo e quantidade de trabalho e se essas limitações dificultam a realização desse tipo de trabalho e de atividades habituais para o cliente devido à saúde emocional;
- Função social: é composta por dois itens do componente social em diferentes atividades sociais e que se propõem a avaliar a interferência dos problemas físicos e emocionais nas atividades sociais, na tentativa de analisar a integração do indivíduo a essas atividades;
- Bem-estar emocional: essa dimensão avalia ansiedade, depressão, perda do controle comportamental ou emocional e bem-estar psicológico, por meio de cinco itens;
- Dor: avalia a intensidade da dor por meio de um item e em um segundo item avalia a extensão ou interferência da dor no trabalho habitual, incluindo tanto o trabalho fora de casa quanto no trabalho doméstico;
- Energia / fadiga: os quatro itens dessa dimensão avaliam o nível de energia e fadiga;
- Saúde geral: trata-se de uma dimensão que inclui cinco itens que avaliam o estado atual e global de saúde do cliente;
- Lista de sintomas / problemas: são doze itens que compõem essa dimensão e avaliam a extensão do incômodo causado pelo sintoma ou problema: dores musculares, cãibras, coceira na pele, pele seca, falta de ar, fraqueza ou tontura, falta de apetite, esgotamento,

dormência nas mãos ou pés, vontade de vomitar ou indisposição estomacal e problemas com a via de acesso para a diálise;

- Efeitos da doença renal: os oito itens dessa dimensão avaliam o impacto das restrições de líquidos e alimentos, capacidade para o trabalho, limitação para viajar, depender de profissionais de saúde, estresse e preocupações com a doença renal, vida sexual e aparência pessoal;
- Sobrecarga da doença renal: essa dimensão é composta por quatro itens que se propõem a avaliar a extensão na qual a doença renal causa frustração e interferência na vida do cliente;
- Situação de trabalho: os dois itens que compõem essa dimensão avaliam as dificuldades relacionadas ao trabalho, indagando se o cliente exerceu atividade remunerada nas últimas quatro semanas e se a saúde o impossibilitou de exercer esse tipo de atividade;
- Função cognitiva: os três itens que compõem essa dimensão são indicadores de prejuízo de pensamento;
- Qualidade da interação social: os três itens avaliam a extensão na qual o cliente se isolou e se irritou com pessoas próximas;
- Função sexual: essa dimensão avalia se os clientes realizam atividade sexual e a extensão de problemas para terem excitação e satisfação sexual por meio de dois itens;
- Sono: os quatro itens nessa dimensão avaliam o sono em geral, a frequência com que o cliente acorda durante a noite, a quantidade de sono e a dificuldade de manter-se acordado durante o dia;
- Suporte social: dimensão que avalia, por meio de dois itens, a satisfação do cliente em relação ao tempo e apoio recebidos de seus familiares e amigos;
- Estímulo por parte da equipe de saúde: são dois os itens que compõem essa dimensão e avaliam a extensão na qual a equipe de profissionais da diálise encoraja o cliente a ser o mais independente possível e a lidar com a doença renal;

- Satisfação do cliente: essa dimensão é composta por um item que avalia o grau de satisfação do cliente em relação aos cuidados que ele recebe durante o tratamento dialítico.

## 2.5 Produção de dados

A produção de dados ocorreu nos meses de agosto a novembro de 2008 e de março a maio de 2009.

Primeiramente, os clientes foram abordados pela pesquisadora que esclareceu o problema de pesquisa, os objetivos, os riscos e benefícios da pesquisa, além de outras informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O cliente que concordou em participar da pesquisa assinou o TCLE.

Em seguida foi entregue o formulário de caracterização da clientela e levantamento das necessidades de autocuidado. Para os clientes impossibilitados de escrever ou que não quiseram escrever, a pesquisadora escreveu as respostas, conforme os clientes iam respondendo as perguntas.

Após o formulário, foi aplicado o questionário para avaliação da qualidade de vida KDQOL-SF (Anexo A).

A produção de dados foi realizada durante a hemodiálise, pela própria pesquisadora. Optou-se por esse momento, pois o período de diálise é um período onde, na maioria das vezes, o cliente está ocioso, ligado à máquina por um tempo médio de quatro horas, sendo esta uma oportunidade de preencher esse tempo com alguma atividade. Assim utilizou-se de 30 a 40 minutos para a aplicação dos ICDs desta pesquisa.

## 2.6 Tratamento e análise dos dados

Quanto aos dados referentes à caracterização da clientela e identificação de necessidades de autocuidado, foi utilizada estatística descritiva, considerando as

medidas de tendência central: média e desvio-padrão para as variáveis contínuas e porcentagem para as variáveis categóricas.

Para avaliar o nível de conhecimento dos clientes sobre cuidados necessários à utilização de terapia hemodialítica, foi estabelecido um Critério de Avaliação considerando as concepções da Teoria de Autocuidado de Orem.

O questionário é composto por 16 questões conforme Apêndice B. Para cada questão foi atribuída uma nota pela pesquisadora de forma que o questionário somasse 100 pontos (Quadro 3). Os pontos foram distribuídos da seguinte forma:

QUESTÃO	PONTUAÇÃO
1	3
2	3
3	4
4	10
5	10
6	10
7	10
8	5
9	5
10	5
11	5
12	5
13	10
14	5
15	5
16	5
total	100

Quadro 3 - Valor atribuído a cada questão do questionário para avaliação das necessidades de autocuidado. Rio de Janeiro, 2009.

Os três sistemas de Orem são: sistema totalmente compensatório, onde o cliente é incapaz de empenhar-se nas ações de autocuidado; sistema parcialmente compensatório onde tanto o enfermeiro, quanto o cliente, executam medidas ou ações para o autocuidado e o sistema apoio-educação no qual o cliente consegue

executar o autocuidado, sendo assim suas exigências resumem-se a tomada de decisões, controle do comportamento e aquisição de conhecimentos e habilidades. Para cada um deles foi atribuído um valor e conceito conforme quadro 4.

Valor	Conceito	Significado
100-80	A	Sistema apoio-educação
79-50	B	Sistema parcialmente compensatório
Abaixo de 49	C	Sistema totalmente compensatório

Quadro 4- Critério de Avaliação para identificação de necessidades de autocuidado entre clientes com terapia hemodialítica. Rio de Janeiro, 2009.

A pontuação de cada questionário foi lançada em um banco de dados. A partir daí, foi utilizada estatística descritiva.

Os dados do questionário de qualidade de vida, KDQOL-SF, foram analisados utilizando-se o programa de análise disponibilizado pelo KDQOL-SF *Working Group*.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A apresentação, análise e interpretação dos resultados foram organizadas de acordo com os objetivos do estudo.

#### **3.1 Características sócio-demográficas e nosológicas dos clientes e suas necessidades de autocuidado**

Com o objetivo de obter o perfil dos clientes, foram levantados dados referentes ao sexo, idade, tipo de união, nível de escolaridade, ocupação, tempo de tratamento hemodialítico e doenças associadas. Esses resultados são apresentados na tabela a seguir.

Tabela 1 - Distribuição das características sócio-demográficas dos sujeitos. Rio de Janeiro, HUPE/UERJ, 2009. (N = 43)

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	24	55,81
Feminino	19	44,19
<b>Idade (anos)</b>		
25   45	14	32,56
45   65	17	39,53
65   85	12	27,91
<b>União estável</b>		
Sim	24	55,81
Não	19	44,19
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental incompleto	17	39,54
Ensino fundamental completo	9	20,93
Ensino médio incompleto	1	2,32
Ensino médio completo	16	37,21
<b>Ocupação</b>		
Aposentado	34	79,07
Vendedor	3	6,98
Empregada doméstica	1	2,32
Programador	1	2,32
“do lar”	4	9,3

Quanto ao sexo, dos 43 clientes que participaram da pesquisa, a maioria, 24 (55,81%) é do sexo masculino enquanto 19 clientes (44,19%) são do sexo feminino.

Quanto à idade, observa-se que a doença renal crônica atinge uma faixa etária variada predominando 17 clientes (39,53%) na faixa de 45-65 anos. Se há alguns anos atrás, esta era uma patologia que acometia pessoas em idade mais avançada, atualmente, há pessoas bem jovens iniciando a hemodiálise. Uma explicação para esse fato pode ser o aumento de campanhas com enfoque na prevenção da doença renal, assim como campanhas para detecção de hipertensão e diabetes. Desta forma, o diagnóstico precoce propicia o início do tratamento com aumento da sobrevida.



A maioria da população, 19 clientes (55,81%), refere possuir união estável. Isso é um fator importante para o bem-estar emocional. O suporte familiar é desejável para que o cliente consiga adaptar-se à essa fase de sua vida. Neste sentido, Barbosa et al. (2006) afirmam: a doença, de certa maneira, é também, da família, pois quando os familiares estão presentes, apoiando o cliente constantemente, ele sente que a sua dor é compartilhada, diluída.

Nem sempre se inclui a família quando se trata do cliente, deixando-a muitas vezes sem orientação e incentivo para participar contribuindo com o tratamento de saúde. Lembra-se que é preciso esclarecer sobre o tratamento, procedimentos tecnológicos, cuidados antes, durante e após referentes à hemodiálise, como forma de minimizar as angústias dos familiares e também para que esses, cientes do que está acontecendo com seu familiar, possam efetivamente apoiá-lo no enfrentamento das dificuldades.

Santos (2006) ressalta que a família pode servir como fonte para o enfrentamento da doença e de suas conseqüências, uma vez que ela faz parte do contexto no qual o indivíduo está inserido. Muitas vezes, a experiência do adoecimento leva ao fortalecimento das relações familiares.

O fato de a maioria dos clientes viver com um (a) companheiro (a) pode contribuir para o cuidado no domicílio, pois a DRC provoca perdas funcionais com comprometimento da independência e autonomia, tornando-os dependentes totais ou parciais dos cuidados de outra pessoa.

Ressalta-se que predominam na população estudada, 17 clientes (39,54%) que possuem ensino fundamental incompleto, seguidos de 16 clientes (37,21%) concluintes do ensino médio. Considerando o total dos que não alcançaram este último nível de escolaridade, ressalta-se a maioria de 27 (62,79%) com baixa escolaridade.

Castro et al. (2003) observaram que os clientes com maior escolaridade podem possuir recursos intelectuais capazes de gerar melhor adaptação emocional às conseqüências da doença e do tratamento.

Desse modo, pretende-se que o ensino do autocuidado aos clientes com essa característica de formação educacional seja adequado à sua especificidade, visando favorecer sua compreensão, diante da complexidade da terapia hemodialítica com a qual eles têm que conviver.

A maioria da população, 34 clientes (79,10%), revela que a doença renal crônica gera muitos graus de limitações que dificultam a manutenção da pessoa em seu emprego. A jornada de hemodiálise é um grande fator impeditivo, pois, dificilmente o cliente consegue conciliar a jornada de trabalho com os horários dessa terapia, visto que ela acontece, na maioria das vezes, numa média de 3 vezes por semana, 4 horas por dia.

Entretanto, o cliente não se encontra impedido de trabalhar. Ele pode ter um trabalho alternativo, como autônomo, que ele consiga conciliar com o programa de hemodiálise.

As características nosológicas dos clientes com doença renal crônica em terapia de hemodiálise, sujeitos da presente pesquisa são apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição das características nosológicas da população estudada. Rio de Janeiro, HUPE/UERJ, 2009. (N=43)

<b>Tempo em hemodiálise</b>		
Menos de 1 ano	36	83,72
Mais de 1 ano	7	16,28
<b>Doenças associadas</b>		
	f	%
Hipertensão arterial	32	74,42
Diabetes melitus	13	30,23
Outras doenças	5	11,63
Nenhuma	6	13,95

Observou-se que a maioria dos clientes da pesquisa, 36 clientes (83,72%), realiza tratamento hemodialítico há menos de 1 ano, enquanto apenas 7 (16,28%) deles encontram-se neste programa há mais de um ano. A unidade de hemodiálise do Hospital Universitário Pedro Ernesto tem a característica de admitir clientes com doença renal crônica terminal que necessitam de tratamento hemodialítico emergencial e, assim que o cliente estabiliza ele é transferido para uma clínica satélite conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, devido à carência de vagas na rede pública de saúde do Rio de Janeiro, essa transferência é demorada, e alguns clientes permanecem por mais de 1 ano aguardando vaga.

Ainda na Tabela 2, verificou-se achados compatíveis com a literatura científica da área de nefrologia. Segundo o censo de 2008 da Sociedade Brasileira

de Nefrologia, 35,8% dos clientes com DRC apresentam hipertensão arterial, 25,7% diabetes e 15,7% glomerulonefrites.

De acordo com a tabela 2, a maioria dos clientes, 32 (74,42%), apresenta hipertensão arterial. Em segundo lugar aparece o diabetes melitus, 13 clientes (30,23%). Somente 6 (13, 95%) pessoas em terapia hemodialítica afirmaram não possuir doença associada à doença renal crônica.

É de extrema relevância conhecer as doenças que causam a DRC para direcionar as ações de controle e prevenção junto à população.

### 3.1.1 Necessidades de orientação para o autocuidado apresentada pela população estudada

Para avaliar o nível de conhecimento dos clientes em uso de terapia hemodialítica, foi atribuída uma pontuação de 0 - 10 considerando as questões correspondentes às variáveis selecionadas, visando identificar suas necessidades de autocuidado. Os resultados são descritos na Tabela 3.

Os dados do questionário foram lançados em um banco de dados no Excel. O resultado encontra-se descrito nas tabelas a seguir:

Tabela 3 - Conhecimento dos sujeitos sobre cuidados necessários à utilização de terapia hemodialítica. Rio de Janeiro, HUPE/UERJ, setembro de 2009. (N=43)

Itens	QUESTÕES	SIM		NÃO	
		Fi	F%	Fi	F%
1	Definição de hemodiálise	27	62,79	16	37,21
2	Funcionamento da hemodiálise	-	-	43	100
3	Dificuldade para tomar medicações	3	6,98	40	93,02
4	Alimentos proibidos	28	65,12	15	34,88
5	Alimentos permitidos	26	60,47	17	39,53
6	Ingestão de líquidos	28	65,12	15	34,88
7	Cuidados com acesso venoso	30	69,77	13	30,23
8	Complicações da hemodiálise	13	30,23	30	69,77
9	Prevenção de complicações	1	2,33	42	97,67
10	Definição de anticoagulação	6	13,95	37	86,05
11	Cuidados pós anticoagulação	1	2,33	42	97,67
12	Prevenção de sintomas pós- hemodiálise	1	2,33	42	97,67
13	Lazer	5	11,63	38	88,37
14	Relacionamento interpessoal	3	6,98	40	93,02
15	Atividade física	7	16,28	36	83,72
16	Associação a grupos	12	27,91	31	72,09

Observa-se que os clientes do estudo apresentam necessidade de orientação para o autocuidado em quase todos os itens analisados. O tratamento hemodialítico fornece ao cliente com DRC em fase terminal o aumento da sua expectativa de vida, pois se esse cliente não realizar o tratamento ele evoluirá para o óbito. Portanto, é um tratamento prolongado, que durará sua vida inteira, a não ser que seja submetido a outras modalidades de tratamento, como o transplante renal ou diálise peritoneal.

A maioria dos clientes, 27 (62,79%) soube definir o que é hemodiálise, porém 16 clientes (37,21%) não sabem defini-la. Considera-se esses 37,21% um percentual importante, pois esses clientes serão submetidos a esse tratamento por longo período e é necessário que ele saiba o que está sendo feito para que ele

possa participar ativamente de seu tratamento. Além disso, 100% da população estudada não sabe como a hemodiálise funciona.

O conhecimento do funcionamento da hemodiálise é fundamental para que o cliente entenda as complicações, as restrições alimentares, a restrição hídrica. Todos esses (des) conhecimentos interferem no autocuidado haja vista que o cliente é o principal responsável para sua qualidade de vida em diálise.

O enfermeiro deve orientar os clientes tão logo estes iniciem a hemodiálise. É importante que essa orientação estenda-se também à família para que esta possa servir de coadjuvante no tratamento do cliente.

Do total de 43 clientes a maioria de 40 (93,02%) relatou não apresentar dificuldade para tomar as medicações prescritas. Esse fator é bastante positivo, pois o cliente com DRC necessita de uma vasta quantidade de medicamentos tais como, antihipertensivos, eritropoetina, sacarato de hidróxido de ferro, diuréticos, cálcio, quelante de fósforo e suplementos de vitaminas.

Os clientes e familiares são os responsáveis pela administração dos medicamentos quando os clientes não se encontram hospitalizados, constituindo essa uma ação de autocuidado. Ressalta-se, que a população deste trabalho não apresenta necessidade de orientação para o autocuidado relacionada à administração de medicamentos.

Entretanto, o enfermeiro que acompanha os clientes no programa de hemodiálise deve ter conhecimento sobre as medicações utilizadas, atentando à atividade das drogas uma vez que uma das funções do rim é regular o ambiente interno do corpo e neste ambiente interno também atuam os fármacos, conforme descrevem Lima e Santos (2004).

Assim o enfermeiro será capaz de orientar o cliente e a família quanto aos horários em que as medicações devem ser tomadas, as possíveis reações adversas e interações medicamentosas.

A restrição alimentar para o cliente com DRC em hemodiálise é um fator importante para seu autocuidado.

Observa-se que a maioria, 28 clientes (65,12%) conhece os alimentos proibidos e 26 clientes (60,47%) conhece os alimentos permitidos, porém existe uma porcentagem considerável desconhecendo essa informação. 34,88% refere não conhecer os alimentos proibidos e 39,53% os alimentos permitidos.

As restrições alimentar e hídrica são fundamentais para o sucesso do tratamento e para o bem-estar do indivíduo, mas podem ser fonte de frustração, por modificar hábitos do cotidiano e impor diversas privações. Considerando a alimentação como parte da cultura e individual para cada sociedade, há todo um simbolismo relacionado à alimentação que difere de uma sociedade para outra, pois varia de acordo com a cultura, com os valores e crenças (REIS; GUIRARDELLO; CAMPOS, 2008).

A intervenção dietética não apenas visa o controle da sintomatologia urêmica e dos distúrbios hidroeletrólíticos, mas também atua em doenças correlatas como o hiperparatireoidismo secundário, a desnutrição energético - proteica, nas várias alterações metabólicas (LIMA; SANTOS, 2004).

Os procedimentos dialíticos determinam condições que exigem orientações dietéticas específicas para manter ou melhorar a condição nutricional dos clientes. O enfermeiro pode atuar orientando o cliente sobre a alimentação, mas também encaminhando esse cliente para o acompanhamento de nutricionista.

A recomendação de proteína, para os clientes em hemodiálise, é de 1,2g/kg/dia e de energia é de 30 a 35 kcal/kg/dia (BARROS et al., 2007).

Níveis elevados de potássio são frequentemente encontrados em clientes em programa crônico de hemodiálise. Sendo assim, é importante o controle da ingestão de potássio. As frutas com maior teor de potássio, e que, portanto, devem ser evitadas são: banana prata, uva, maracujá, laranja pêra, mamão papaia, entre outros. Quanto às hortaliças, as cruas contêm uma quantidade considerável de potássio. As com maior teor são: acelga, couve, espinafre, etc. o processo de cozimento de hortaliças em água promove a perda de aproximadamente 60% do conteúdo de potássio (BARROS et al., 2007).

Em relação ao fósforo, afirma esse autor, com a diminuição da filtração glomerular e conseqüentemente da habilidade de excretar fósforo, a maioria dos clientes em hemodiálise apresenta uma predisposição à elevação na concentração sérica desse eletrólito, a qual se agrava ainda mais em decorrência da ineficiência do processo dialítico na eliminação da sobrecarga desse mineral.

A intervenção nutricional na hiperfosfatemia baseia-se em orientação alimentar e no uso de quelantes de fósforo, ambas dependentes da adesão do cliente ao tratamento.

A orientação alimentar compreende a recomendação de ingestão protéica adequada (entre 1,0 e 1,2 g/kg/dia), apesar das principais fontes de proteína conterem quantidades significativas de fósforo. Associado a isso, deve ser desaconselhada a ingestão de alimentos ricos em fósforo que não interfiram na ingestão protéica, tais como, miúdos, oleaginosas, chocolate, refrigerantes à base de cola, cerveja e alimentos industrializados que contém ácido fosfórico como conservante (BARROS et al., 2007).

A restrição de sódio visa o controle da pressão arterial e do peso. A recomendação de ingestão diária de sódio para clientes em hemodiálise é de 1,0 a 1,5 g/dia (LIMA; SANTOS, 2004).

Assim, deve-se orientar o cliente a evitar alimentos processados (embutidos, enlatados, condimentos industrializados) além de utilização mínima de sal no preparo dos alimentos. Vale lembrar que o sal light não é recomendado por possuir alto teor de potássio.

Como a orientação alimentar é um importante papel para o autocuidado, a pesquisadora considera fundamental que este tema esteja sempre presente nas orientações dos enfermeiros aos clientes em hemodiálise.

Dos participantes, 34,88% desconhecem a quantidade de líquidos que pode ser ingerida. Apesar de não ser a maioria da população é um número considerável tendo em vista a importância do controle da ingestão de líquidos.

Para clientes em hemodiálise, a restrição de líquidos visa tanto o controle da pressão arterial quanto o ganho de peso interdialítico, que não deve ser superior a 3 a 5% do peso seco do cliente.

Para a prescrição da quantidade de líquidos a ser consumida diariamente, deve-se somar 500 ml à diurese residual de 24h (BARROS et al., 2007).

Lima (2004b) afirma que muitos clientes não cumprem as recomendações sobre o controle do peso muitas vezes devido à pouca compreensão sobre as reais necessidades de restrições de sódio e água ou porque não têm clareza do que é considerado líquido na dieta.

A autora supracitada ressalta ainda que a não aderência ao regime dietético, que se reflete mais agudamente no excesso de líquidos, interfere no equilíbrio hídrico do cliente, podendo causar desde edema agudo de pulmão até a morte.

O enfermeiro deve atuar conscientizando o cliente da manutenção do peso na preservação de sua saúde e bem estar. Deve-se ressaltar os riscos da sobrecarga hídrica e de morte prematura por complicações cardiovasculares.

O enfermeiro deve ainda enfatizar que café, chá, sopa, sorvete, água de côco, frutas e legumes com muita água (tais como melancia, abacaxi, laranja, tomate, alface) devem ser incluídos no volume total de líquidos ingeridos.

Com relação ao acesso venoso, 69,77% referem conhecer os cuidados com o acesso e 30,23% referem desconhecer. O cuidado com o acesso venoso é fundamental para a realização da hemodiálise, pois sem ele, o procedimento fica inviabilizado. E nesse ponto o cliente deve executar ações para o autocuidado de forma que garanta o bom funcionamento de seu acesso.

Com relação ao autocuidado para a fístula artériovenosa (FAV), Furtado e Lima (2006) afirmam que o autocuidado é primordial na manutenção do acesso, principalmente no estágio de pós-confecção cirúrgica. Os cuidados pós-operatórios são simples e incluem, principalmente, a elevação do membro nos primeiros dias; a realização periódica de curativos pela enfermeira evitando oclusões circunferenciais e apertadas; verificar diariamente o fluxo sanguíneo da fístula com o objetivo de monitorizar uma adequada evolução da mesma, e realizar exercícios palmares de compressão e relaxamento manual de objeto maleável para acelerar a maturação da FAV e melhorar a performance da rede vascular e do acesso.

Além disso, não pode ser aferida pressão arterial no membro da FAV, nem pode ser puncionado acesso venoso nesse membro. O cliente também deve evitar carregar peso, dormir sobre o membro da FAV. Outra importante ação de autocuidado é a lavagem do membro da FAV antes de cada diálise.

Quanto aos cateteres deve-se tomar cuidado para não molhar, o curativo deve ser realizado a cada diálise e pela equipe da diálise e o cliente deve estar atento aos sinais de infecção (febre, hiperemia, secreção, etc).

Em 69,77% dos clientes há desconhecimento das complicações que podem ocorrer durante o procedimento hemodialítico e 97,67% desconhecem as formas de evitar essas complicações.

As complicações mais comuns são: hipotensão, câibras, náuseas e vômitos, cefaléia, febre e calafrios. É importante o cliente conhecer essas complicações, pois algumas podem ser eliminadas ou minimizadas através de ações de autocuidado.



A hipotensão, cãibras, náuseas e vômitos podem ser minimizados se o cliente seguir as orientações sobre a ingestão de líquidos e alimentação, pois, na maioria das vezes, essas complicações são decorrentes de uma ultrafiltração muito intensa para a remoção do excesso de líquidos ingerido no intervalo dialítico.

Quanto à anticoagulação, 86,05% desconhecem o que é anticoagulação e 97,67% não sabem os cuidados que devem ter após a anticoagulação.

A anticoagulação em hemodiálise é utilizada para manter o sistema de hemodiálise livre da formação de coágulos. Toda vez que o sistema coagula, a remoção de líquidos e de solutos é interrompida, o tratamento é comprometido e a dose de diálise torna-se inadequada, além de aumentar as perdas sanguíneas e a necessidade de transfusão. A coagulação pode ainda ocorrer no cateter vascular, levando a sua oclusão parcial ou total (LIMA, 2004b).

O anticoagulante mais utilizado no Brasil é a heparina. As principais desvantagens de seu uso estão associadas ao fato de ter meia-vida longa e de ser transferida para o cliente. Isso pode levar ao risco de sangramentos além de poder causar trombocitopenia.

Sendo assim, o cliente deve ser orientado a evitar ferimentos e a administração de medicamentos endovenosos ou intramusculares após a sessão de hemodiálise.

A maioria dos sujeitos do estudo 97,67% desconhece as formas de prevenção dos sintomas pós-hemodiálise. Os clientes em hemodiálise referem cansaço, fraqueza, falta de apetite, tonteira, náuseas após o procedimento hemodialítico. O controle do ganho de peso interdialítico é um fator importante na prevenção desses sintomas. O cansaço pode ser evitado através da adesão ao tratamento medicamentoso para controle e correção da anemia.

Cruz et al. (2008) refere que o aumento na duração da sessão de hemodiálise, com ultrafiltração mais lenta, minimiza o cansaço, episódios hipotensivos e a falta de apetite, contribuindo para a qualidade de vida dos clientes.

Quanto ao lazer, 88,37% dos clientes com doença renal crônica, em programa de hemodiálise, referem não ter atividades de lazer.

As restrições impostas pelo tratamento da DRC afetam também as necessidades de recreação e lazer, haja vista que os indivíduos passam a não realizar as atividades que executavam anteriormente.

O tratamento da DRC ocasiona uma série de mudanças na vida do cliente. Exames, medicamentos, consultas médicas, a hemodiálise, as intercorrências durante a hemodiálise, todos esses fatores interferem na qualidade de vida do cliente com DRC. As atividades de lazer são importantes para o bem estar emocional, pois qualquer atividade que promova prazer faz com que o indivíduo esqueça por alguns momentos as dificuldades e preocupações.

Jannuzzi e Cintra (2006) citam as várias finalidades do lazer, das quais se destacam: recreação, distração, descanso, reflexão sobre a realidade, imaginação, criatividade, atenuação do estresse e renovação de energias. Como resultado pode-se obter o prazer, a inquietação para a criatividade, a tranqüilidade e os sentimentos trazidos pela vivência humana.

Um fator positivo entre os clientes do estudo referente ao relacionamento interpessoal, é que 93,02% dizem não ter problemas quanto ao relacionamento com outras pessoas.

Entre os clientes da pesquisa, 83,72% não praticam atividade física. O exercício físico ajuda no controle da pressão arterial, da glicemia e dislipidemia. Além de ser importante também para proporcionar bem estar.

Reboredo et al. (2007) afirmam que as alterações físicas e psicológicas secundárias à uremia são condições que induzem os clientes com DRC ao sedentarismo. Por outro lado, o sedentarismo influencia negativamente nas doenças cardiovasculares, na capacidade funcional e na qualidade de vida destes clientes, contribuindo para os altos índices de mortalidade na DRC. Apesar do combate ao sedentarismo na DRC ser uma prática relativamente recente no nosso meio, seus benefícios são facilmente demonstráveis na prática clínica.

Portanto, um programa de exercícios para clientes com DRC em diálise constitui um método seguro, de fácil aplicação, contribui para o controle pressórico, para o aumento da capacidade funcional, melhora da função cardíaca, melhora da força muscular e, conseqüentemente, melhora da qualidade de vida.

Releva-se que a maioria dos clientes - 72,09% não está associada a nenhum grupo de apoio, tais como igrejas, clubes associações. A associação a algum grupo é importante para criar uma rede de apoio de forma que o cliente não se sinta sozinho e consiga enfrentar com mais segurança os desafios impostos pela doença renal e seu tratamento.

CLIENTE	PONTUAÇÃO	CLIENTE	PONTUAÇÃO	CLIENTE	PONTUAÇÃO	CLIENTE	PONTUAÇÃO
1	37	12	39	23	77	34	59
2	54	13	47	24	22	35	34
3	39	14	62	25	59	36	12
4	48	15	44	26	29	37	57
5	42	16	42	27	54	38	19
6	29	17	47	28	29	39	9
7	62	18	47	29	62	40	62
8	45	19	39	30	22	41	12
9	57	20	32	31	57	42	52
10	52	21	47	32	44	43	12
11	62	22	42	33	33		

Quadro 5 - Pontuação obtida pelos sujeitos da pesquisa no questionário de levantamento das necessidades de orientação para o autocuidado. Rio de Janeiro, 2009.

Sendo assim, obteve-se como pontuação média 42,58 e desvio padrão de 17,68. As pontuações foram então agrupadas dando origem à tabela 4.

Tabela 4 - Conceitos atribuídos aos clientes segundo suas necessidades de autocuidado. Rio de Janeiro, HUPE/UERJ, 2009.

Pontuação	Conceito	F	%
100-80	A	0	0
79-50	B	17	39,53
Menor que 50	C	26	60,47
	total	43	100

Observa-se que a maioria - 60,47% dos clientes obteve o conceito C. Considerando as concepções de Orem (1980), essas pessoas encontram-se no sistema totalmente compensatório. Significando, nesse sistema, que o indivíduo é incapaz de empenhar-se nas ações de autocuidado.

Conforme descrito nas tabelas anteriores, a população analisada apresenta desconhecimento sobre as ações para o autocuidado em muitos dos itens avaliados. Sendo assim, esses clientes necessitam de orientação de enfermagem acerca do procedimento hemodialítico para que possam compreender as outras orientações e assim passar para o sistema parcialmente compensatório e em seguida ao sistema apoio-educação.

No sistema totalmente compensatório a enfermeira é quem realiza as atividades de autocuidado. Ela compensa o fato do cliente não ter habilidade para engajar-se nas ações de autocuidado. Portanto ela realiza o procedimento

hemodialítico completo, incluindo a lavagem do membro da fístula, os cuidados com o cateter, a punção da fístula, o posicionamento do cliente, a alimentação, etc.

Porém, é importante que, durante a execução a enfermeira oriente o cliente para que ele possa tornar-se independente nas ações de autocuidado. A enfermeira deve orientar quanto ao funcionamento da hemodiálise, terapia nutricional, ingestão de líquidos, complicações da hemodiálise e formas de prevenção, cuidados com acesso venoso, anticoagulação e seus cuidados, importância da atividade física, do lazer e da associação a grupos de apoio.

No conceito B, que equivale ao sistema parcialmente compensatório, encontra-se 39,53% da população estudada. Nesse sistema, tanto o enfermeiro, quanto o cliente, executam medidas ou ações para o autocuidado.

O cliente já se torna mais independente no processo de cuidar, porém o enfermeiro ainda executa algumas ações. O cliente deve pesar-se antes da sessão de diálise, realizar lavagem do membro da FAV, acompanhar o procedimento de punção para que não ocorram punções repetidas no mesmo local (para evitar a formação de aneurismas). Já deve estar ciente do plano alimentar bem como da quantidade de líquidos que pode ingerir por dia.

Nesta fase, a ação do enfermeiro consiste em realizar o procedimento dialítico além de reforçar as orientações para o autocuidado para que estas se incorporem aos hábitos de vida dos clientes, permitindo melhor adaptação ao procedimento dialítico, com menos complicações e conseqüentemente, melhor qualidade de vida.

Vale lembrar que incorporar mudanças no estilo de vida, essenciais para que as demandas de autocuidado sejam satisfeitas, exige dedicação e motivação do indivíduo.

Nenhum cliente da população estudada alcançou pontuação para ser classificado no conceito A, sistema apoio-educação. Nesse sistema, o indivíduo consegue executar o autocuidado, sendo assim suas exigências resumem-se a tomada de decisões, controle do comportamento e aquisição de conhecimentos e habilidades. O sistema apoio-educação é fundamental para suprir as demandas do autocuidado terapêutico, visto que, através dele, o enfermeiro pode auxiliar o indivíduo a se preparar para ser o agente do seu autocuidado.

O procedimento dialítico continua sendo responsabilidade do enfermeiro, porém o cliente é agente ativo no seu tratamento, participando inclusive da prescrição da diálise. Nesta etapa, o cliente tem controle de sua alimentação e

ingestão de líquidos, controlando seu ganho de peso interdialítico, sua pressão arterial e sua glicemia, reduzindo as complicações da hemodiálise, participa ativamente solicitando avaliação do serviço de nutrição, psicologia e serviço social, quando necessário, participa de grupos de apoio e conhece seus direitos.

### **3.2 Qualidade de vida medida pelo KDQOL-SF**

Os resultados encontrados com a aplicação do questionário de qualidade de vida KDQOL-SF encontram-se descritos no quadro a seguir:

DIMENSÕES (número de itens)	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Sintomas / problemas (12)	77,52	18,01
Efeitos da doença renal (8)	55,96	23,22
<b>Sobrecarga imposta pela doença renal (4)</b>	<b>33,72</b>	<b>24,86</b>
<b>Condição de trabalho (2)</b>	<b>9,3</b>	<b>25,01</b>
Função cognitiva (3)	86,36	23,27
Qualidade das interações sociais (3)	78,29	27,45
Função sexual (2)	75	43,3
Sono (4)	72,73	27,74
Suporte social (2)	76,74	29,13
Apoio da equipe de diálise (2)	57,56	32,86
Satisfação do paciente (1)	55,81	17,01
<b>Capacidade funcional (10)</b>	<b>33,37</b>	<b>28,02</b>
<b>Limitações causadas por problemas da saúde física (4)</b>	<b>8,72</b>	<b>23,71</b>
Dor (2)	80,23	33,2
Percepções da saúde geral (5)	41,16	21,6
Bem estar emocional (5)	67,26	30,9
<b>Limitações causadas por problemas da saúde emocional (3)</b>	<b>15,5</b>	<b>33,61</b>
Função social (2)	61,92	35,03
Vitalidade (energia/fadiga) (4)	53,84	29,01
Saúde geral (1)	56,98	22,31

Quadro 6 – Valores médios e desvios-padrão das dimensões do KDQOL-SF entre os 43 clientes em tratamento de hemodiálise. Rio de Janeiro, 2009.

Como pode ser observado no quadro 6, as dimensões que obtiveram menores escores foram: limitações causadas por problemas da saúde física (8,72 ± 23,71); condição de trabalho (9,3 ± 25,01); limitações causadas por problemas da saúde emocional (15,5 ± 33,61); capacidade funcional (33,37 ± 28,02) e sobrecarga imposta pela doença renal (33,72 ± 24,86).

Resultados semelhantes foram encontrados por Kusumota (2005) e Moreira et al. (2009). Kusumota (2005) realizou um estudo no qual avaliou a QVRS de clientes em quatro unidades de hemodiálise em uma cidade do estado de São Paulo. Ela encontrou, como resultados, menores escores nas dimensões condição de trabalho (33,0), função física (38,3) e sobrecarga de doença renal (44,6), enquanto as dimensões que apresentaram maiores escores médios foram: suporte social (82,3), estímulo por parte da equipe de diálise (81,1) e função cognitiva (80,9).

Moreira et al. (2009) em seu estudo realizado em uma clínica no interior do estado de São Paulo, encontrou menores valores nas dimensões sobrecarga da doença renal, condição de trabalho, e funções sexual, física e emocional.

Quanto às limitações causadas por problemas da saúde física, a DRC causa uma série de restrições e prejuízo nos estados de saúde física, funcional, bem-estar geral, interação social e satisfação dos clientes interferindo diretamente na qualidade de vida.

Normalmente, as pessoas conceituam saúde como ausência de doença ou sintomas. Sendo assim, o cliente com DRC considera-se sempre doente. Isso interfere no seu bem-estar.

O cliente com DRC apresenta limitações na sua capacidade física como andar, realizar esforço físico, carregar peso, subir escadas, correr, entre outros. Isto nos faz perceber que eles devem adaptar-se a várias mudanças.

A maneira de reagir frente à doença difere de pessoa para pessoa. No entanto, a necessidade de reaprender a viver é vista como algo indispensável, mas que leva um certo tempo (BARBOSA; AGUILLAR; BOEMER, 1999).

Esse processo de aceitação de sua condição interfere na qualidade de vida das pessoas. A adaptação não acontece em um passe de mágica, é um processo complexo que mobiliza estruturas individuais.

Bezerra e Santos (2008) realizaram um estudo que mostrou que os clientes em terapia de hemodiálise apresentaram desestruturação quanto ao funcionamento ocupacional nos aspectos relativos à organização do tempo, flexibilidade, mudanças da rotina, objetivos e expectativas para o futuro. No entanto, é importante lembrar as pessoas que fazem hemodiálise não ficam totalmente impossibilitadas de realizar as tarefas do seu cotidiano. Os autores concluem que, mesmo diante das dificuldades, com o cotidiano alterado por horários de hemodiálise, restrições alimentares e em muitos casos a perda do trabalho e/ou do estudo, indivíduos com DRC podem sim,

se necessário e com ajuda de profissionais, desenvolver rotina de afazeres, construir projetos e fazer algo que tenha significado para si, ou seja, reconstruir seu cotidiano.

Outro fator que interfere na qualidade de vida do cliente com DRC é a modificação dos hábitos alimentares e a restrição hídrica. Percebe-se que esses fatores emergem com muita força no que se refere às limitações. Para o cliente com DRC é necessária a adoção de uma dieta com diminuição da ingestão protéica, sódio, potássio e água.

O desafio é trabalhar a restrição da dieta individualmente, pois cada um comete transgressões nessa área por motivos diferentes. Os hábitos alimentares da família podem marginalizar o cliente pela necessidade de a dieta do mesmo ser preparada separadamente, o que pode gerar reclamações e o cliente sentir-se excluído. (PACHECO; SANTOS, 2005)

A doença e o tratamento geralmente surgem de forma abrupta e inesperada e geram muita tristeza nos clientes que têm que adaptar-se às mudanças causadas.

Como intercorrências do procedimento de hemodiálise destacam-se a hipotensão, câibras, vômitos, cefaléia, mal-estar, entre outros.

A autoimagem também é alterada pela necessidade de instalação de uma via de acesso para a diálise, ou seja, a criação de uma fístula arteriovenosa (FAV) ou a inserção de um cateter. Além disso, esses acessos exigem uma série de cuidados.

O baixo escore na dimensão condição de trabalho demonstra o iminente problema relacionado à vida profissional, na qual a maioria dos clientes com DRC, que realiza hemodiálise, não consegue estabelecer e/ou manter vínculo com trabalho, provavelmente devido ao tempo dedicado ao tratamento, presença de queixas físicas de fraqueza, cansaço, indisposição, mal-estar geral, nos dias de realização de hemodiálise, o que impossibilita a realização de esforço físico para o trabalho, bem como o próprio mercado de trabalho, no Brasil, que tão pouco oferece oportunidades para as pessoas que possuem limitações dessa natureza.

A maioria dos clientes tem baixo nível de escolaridade tornando-se difícil ou inviável o exercício profissional, em uma sociedade capitalista com mercado de trabalho competitivo.

O trabalho exprime relevância na vida das pessoas com a autorrealização profissional, bem como de ordem financeira na manutenção da instituição familiar, principalmente para os adultos. A DRC e os seus tratamentos não constituem impedimento direto e absoluto ao trabalho, mas causam limitações importantes aos pacientes adultos e idosos, muitas vezes ocasionando afastamentos e aposentadorias decorrentes da doença. (KUSUMOTA et al., 2008)

Muitas vezes, esse cliente é a principal fonte de renda da família. Com a evolução da DRC, ocorre um afastamento de suas atividades, tanto trabalho quanto



estudo, em decorrência do próprio tratamento, idas frequentes ao hospital, consultas médicas, internações, entre outros.

Martins, França e Kimura (1996) ressaltam a necessidade de redimensionar o orçamento familiar visto que pode haver interferência da doença nas atividades de trabalho da pessoa. Eles ainda afirmam que as limitações da doença levam a mudanças na carga horária e tipo de trabalho, ao afastamento temporário, à dificuldade para realizar atividades laborativas e à faltas escolares.

Segundo Santos e Pontes (2007), as pessoas com mais idade têm prejuízo maior no campo referente às atividades laborais, pois o avanço da idade já é um empecilho no mercado de trabalho. Isso se agrava quando a idade vem acompanhada de uma doença crônica especialmente limitante em função de seu tratamento, como é o caso da DRC.

O enfermeiro pode atuar nessa fase orientando que o afastamento pode ser temporário. Ao restabelecer-se de uma fase aguda, esse cliente pode realizar atividades laborativas / estudo. Se não for possível continuar as atividades anteriores, ele pode engajar-se em atividades alternativas.

Esse cliente não pode considerar-se incapaz, ele deve ser estimulado a adaptar-se à situação atual, buscando soluções adequadas à sua condição.

A busca da qualidade de vida não está em fazer tudo que era feito antes da doença, e sim em adaptar-se à atual situação e buscar satisfação dentro das atividades realizadas.

Os clientes que possuem vínculo com trabalho, provavelmente, são mais independentes e possuem maior auto-estima e auto-realização e assim manifestam maior satisfação com o tempo e apoio que recebem de familiares e amigos. Já os clientes que não conseguem estabelecer e/ou manter esse vínculo com trabalho devem ter a sensação de frustração e impotência, além de serem mais dependentes, levando à manifestação de insatisfação com o tempo e apoio que recebem de familiares e amigos. O maior impacto para os clientes com DRC em tratamento por hemodiálise é o forte sentimento de sobrecarga e frustração devido à doença e à dificuldade em manter um trabalho remunerado (VASQUEZ, 2003).

Na dimensão limitações causadas por problemas da saúde emocional, pode-se dizer que a DRC, além de ter um impacto grande na parte física, ela também causa grande influência na parte emocional.

A DRC e seu tratamento causam no cliente a perda dos seus sonhos e aspirações, mudança no estilo de vida, perda das escolhas e opções, além do isolamento social.

A condição crônica e o tratamento hemodialítico são fontes de estresse e representam desvantagem por ocasionar problemas: isolamento social, perda do emprego, dependência da Previdência Social, parcial impossibilidade de locomoção e passeios, diminuição da atividade física, necessidade de adaptação à perda da autonomia, alterações da imagem corporal e ainda, um sentimento ambíguo entre medo viver e de morrer (REBOREDO et al, 2007).

Um fator que influencia muito o bem-estar emocional desses clientes é a sensação de dependência. Dependência da família, da equipe de saúde, de uma máquina, de medicamentos.

Martins, França e Kimura (1996) afirmam que os clientes com DRC possuem vários medos, entre eles, o medo da incapacidade, que gera ansiedade pela possibilidade de tornar-se dependente de outrem para a satisfação das necessidades da vida diária.

Para o cliente com DRC terminal, o tratamento hemodialítico é necessário, provocando uma realidade que não há como ser diferente, não existe opção, ele necessita do tratamento. Essa sensação de obrigatoriedade em aceitar o tratamento como única forma de manutenção da vida cria uma sensação de perda da liberdade.

Outro aspecto desse conviver com a DRC diz respeito à família. O fato de receber apoio das pessoas queridas faz o cliente sentir-se melhor.

A dimensão capacidade funcional e a dimensão sobrecarga imposta pela doença renal estão inter-relacionadas e são diretamente dependentes da saúde física, para serem melhor ou pior avaliadas pelos clientes.

São queixas constantes dos clientes em hemodiálise a falta de energia, sensação de desânimo e fadiga, o que provavelmente diminui os escores das dimensões supracitadas (KUSUMOTA, 2008).

Essa autora ainda afirma que o fato dos clientes viverem com um (a) companheiro (a) pode contribuir para o cuidado no domicílio, pois a DRC contribui para perdas funcionais com comprometimento da independência e autonomia, muitas vezes tornando-os dependentes parciais ou totais dos cuidados de outra pessoa.

### **3.3 Relação entre as necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado e qualidade de vida dos clientes em hemodiálise**

O resultado do KDQOL-SF nos mostra que os clientes do estudo possuem menor escore de qualidade de vida nos itens: limitações causadas por problemas da saúde física; condição de trabalho; limitações causadas por problemas da saúde emocional; capacidade funcional e sobrecarga imposta pela doença renal.

Esse itens possuem importante relação com o resultado obtido no questionário de autocuidado onde pode-se observar que 60,47% da população encontra-se no sistema totalmente compensatório, conforme descrito por Orem (1980).

Além disso, as necessidades de orientação para o autocuidado estão relacionadas com: problemas da saúde física quando se trata de terapia nutricional, ingestão de líquidos, complicações da hemodiálise, anticoagulação e prática de atividade física; relacionadas a problemas de saúde emocional quando refere-se a associação a grupos e à atividades de lazer; e relacionadas à capacidade funcional e sobrecarga da doença renal quando trata-se de prática de atividade física.

À medida que o cliente alcançar independência e autonomia nas ações de autocuidado, essas dimensões afetadas medidas pelo KDQOL sofrerão alteração.

O cliente que conhece o tratamento, sabe sobre suas complicações, sabe como prevenir essas complicações (evitando o ganho excessivo de peso interdialítico, seguindo as restrições alimentares, cuidando de seu acesso venoso), realiza atividade física, tem bom relacionamento interpessoal, tem atividades de lazer, toma os medicamentos conforme prescrição, realiza o tratamento dialítico conforme prescrição, tem grandes chances de apresentar altos escores nas dimensões do KDQOL.

Então se tem aí um ótimo papel para o enfermeiro, pois ele pode atuar orientando esse cliente de forma que ele alcance independência e autonomia nessas ações de autocuidado, melhorando, conseqüentemente a qualidade de vida dos clientes em terapia hemodialítica.

O enfermeiro exerce importante papel no tratamento deste cliente, tendo em vista que é o membro da equipe de saúde que pode estar mais próximo ao cliente e à família, exercendo atividades educativas e assistenciais.

O enfermeiro deve desenvolver a assistência de forma integral, garantindo ao cliente e à família o direito à informação, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida.

Silva et al (2002) apontam alguns caminhos para o cuidado de enfermagem relacionado à qualidade de vida. Eles afirmam que é preciso compreender o momento vivido pelos clientes e seus familiares, apoiar sem estabelecer condições, fornecer informações claras e consistentes de acordo com a necessidade e capacidade de cada um, evidenciar as conquistas e avanços obtidos e mostrar a possibilidade de construção de um futuro com mais qualidade de vida.

Muitas vezes, o cliente inicia o tratamento dialítico em caráter emergencial, sendo assim, ele não é orientado acerca da doença e do tratamento. O cliente precisa ser ajudado, pela equipe de saúde, a compreender o que está acontecendo com ele. Furtado e Lima (2006) afirmam que cabe à enfermeira desenvolver estratégias educativas com o intuito de orientar o cliente acerca de sua patologia, manifestações clínicas, estilo de vida saudável, tratamento, cuidados com o acesso venoso, dentre outras temáticas, conforme as reais necessidades do cliente. Ressaltam, ainda, que o enfermeiro deve reconhecer o cliente não como agente passivo, receptor de cuidados, mas como agente de seu autocuidado, conhecendo seu tratamento e participando da elaboração do seu plano de cuidados.

Cabe ao enfermeiro estimular a independência desse cliente, auxiliando e orientando acerca de estratégias que facilitem seu autocuidado.

O cliente com DRC, principalmente em tratamento hemodialítico, cria laços com a equipe de saúde responsável pelo seu tratamento. O convívio frequente que a hemodiálise proporciona é o responsável pelo vínculo. A equipe de saúde deve estar atenta para que esse relacionamento não se transforme em dependência, e sim, em um vínculo terapêutico.

Gullo, Lima e Silva (2000) afirmam que esse contato prolongado enfermeiro-cliente faz com que o enfermeiro possa identificar expressões verbais e não-verbais indicativas de situações relevantes, sobre as quais poderá interagir, que passariam despercebidas por outros profissionais.

Além disso, forma-se um laço afetivo também entre os clientes, que passam a buscar apoio entre eles. Fato este muito importante para a parte emocional deste cliente, refletindo assim em sua qualidade de vida.

## 4 CONCLUSÕES

Os objetivos propostos por este estudo foram alcançados. A partir da identificação das características sócio-demográficas e nosológicas, observou-se que os clientes com doença renal crônica em terapia de hemodiálise são predominantemente do sexo masculino, situados na faixa etária de 45 a 65 anos, são aposentados e mantêm união estável. Têm ensino fundamental e/ou ensino médio completo. Ressalta-se nas suas características nosológicas a hipertensão arterial, encontrando-se a maioria dessas pessoas em hemodiálise há menos de um ano.

Pode-se perceber que a qualidade de vida do cliente com DRC está relacionada à sua capacidade em executar ações para seu autocuidado. A maioria dos clientes do estudo é incapaz para executar ações de autocuidado e, apresentam baixos escores nas dimensões, do instrumento que mede a qualidade de vida, que estão relacionadas às ações de autocuidado.

Os clientes do estudo apresentam diversas necessidades de orientação para o autocuidado. Observou-se que a maioria deles sabe o que é hemodiálise, porém 100% deles não sabem como ela funciona. O conhecimento do funcionamento da hemodiálise é fundamental para que o cliente entenda as complicações do tratamento, as restrições alimentares, a restrição hídrica, etc. Portanto o enfermeiro deve orientar o cliente sobre o funcionamento da hemodiálise, pois isso irá facilitar todas as ações para o autocuidado.

A maioria dos clientes não apresenta dificuldade para tomar as medicações, fato este bastante positivo tendo em vista a quantidade de medicamentos que o indivíduo em terapia hemodialítica necessita fazer uso.

Os clientes sabem igualmente quais são os alimentos proibidos e os permitidos assim como a quantidade de líquidos que podem ingerir. Porém como a dieta e a ingestão de líquidos são importantes ações de autocuidado, o enfermeiro deve sempre enfatizar a orientação nutricional.

Quanto aos cuidados com o acesso venoso a maioria sabe quais são esses cuidados, mas o acesso venoso é fundamental para a realização da hemodiálise, por isso a orientação deve ser reforçada continuamente pelo enfermeiro.

O cliente em hemodiálise apresenta como principais complicações a hipotensão, câibras, náuseas e vômitos que podem ser minimizadas ou até eliminadas através da restrição alimentar e de líquidos. Entretanto, a maioria deles desconhece quais são as complicações decorrentes do tratamento hemodialítico e como preveni-las. Estas complicações interferem no bem-estar e na qualidade de vida do cliente e podem ser amenizadas com ações para o autocuidado.

O tratamento hemodialítico utiliza a anticoagulação para manutenção do sistema de diálise e a maioria dos clientes desconhece o que seja a anticoagulação e os cuidados após a anticoagulação. Observa-se aí mais um ponto onde os clientes necessitam de orientação de enfermagem.

A maioria dos clientes desconhece as formas de prevenção dos sintomas pós-hemodiálise, que são cansaço, fraqueza, falta de apetite. Esse fato demonstra, mais uma vez, a importância das orientações acerca de ações para o autocuidado relacionadas à alimentação e ingestão de líquidos.

Quanto ao lazer e atividade física, a maioria dos clientes refere não ter atividade de lazer nem praticar atividade física. Essas atividades são importantes para o bem-estar físico e emocional desse cliente.

Um fator positivo na população do estudo está no fato que a maioria não apresenta problemas no relacionamento com outras pessoas.

A partir do questionário de levantamento das necessidades de autocuidado, foi possível também, classificar a população utilizando a Teoria de Sistemas de Orem (1980). Assim, observou-se que a maioria dos clientes encontra-se classificada no sistema totalmente compensatório.

Nesse sistema, o cliente não tem habilidade para engajar-se nas ações de autocuidado, exigindo atuação da enfermeira para compensar suas necessidades. Nesse sentido, a enfermeira executa as ações para o autocuidado, porém orientando-o e ensinando-o para que o mesmo alcance independência e autonomia.

Acredita-se que à medida que o cliente conquista autonomia e independência nas ações de autocuidado, saindo de um sistema totalmente compensatório, de acordo com a classificação de Orem (1980), para um sistema de apoio-educação, ele apresenta melhoria em sua qualidade de vida.

Quanto à qualidade de vida, o KDQOL-SF mostrou-se um instrumento capaz de avaliar a qualidade de vida de clientes em hemodiálise. A DRC, enquanto doença crônica e não transmissível, bem como seu tratamento contínuo por longo período,

afeta vários aspectos da vida dos clientes, sendo assim muito importante a avaliação da qualidade de vida desses clientes, para que possam ser instituídas ações que melhorem essa sobrevivência.

A qualidade de vida, avaliada pelo KDQOL-SF, dos clientes com DRC em tratamento hemodialítico, teve como resultados os mais baixos escores médios nas dimensões: limitações causadas por problemas da saúde física; condição de trabalho; limitações causadas por problemas da saúde emocional; capacidade funcional e sobrecarga imposta pela doença renal.

Relacionando esse resultado com o obtido no questionário para avaliação das necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado tem-se: problemas da saúde física relacionado com terapia nutricional, ingestão de líquidos, complicações da hemodiálise, anticoagulação e prática de atividade física; relacionadas a problemas de saúde emocional tem-se a associação a grupos e à atividades de lazer; e relacionadas à capacidade funcional e sobrecarga da doença renal tem-se de prática de atividade física.

A DRC e seu tratamento causam incapacidades físicas e emocionais, interferindo na vida dos clientes, limitando ou impedindo a realização de suas atividades diárias. Os resultados desse estudo confirmam essa afirmação ao se obter os menores escores em limitações causadas por problemas da saúde física; condição de trabalho; limitações causadas por problemas da saúde emocional; capacidade funcional e sobrecarga imposta pela doença renal.

A avaliação da QVRS por meio do KDQOL-SF auxilia os profissionais de saúde em nefrologia a diagnosticar as condições de saúde individuais e/ou coletivas e assim subsidiar o planejamento do cuidado.

Percebe-se o déficit de autocuidado nessa clientela e o vasto campo de ação que o enfermeiro tem para orientar, estimular e auxiliar esses clientes a assumirem o autocuidado.

A prática do autocuidado não deve perder de vista as escolhas individuais, pois o autocuidado é uma atitude de cada um. Apesar das informações sobre a doença, alguns indivíduos continuam com estilos de vida que podem dificultar o tratamento, permanecendo, nesses casos, o déficit de autocuidado.

A enfermagem, em especial, tem papel fundamental em promover a realização das sessões de hemodiálise, realizar a educação dos clientes e familiares e/ou acompanhantes, bem como apoiar e contribuir com o processo de



enfrentamento da DRC e tratamento para o cliente, contribuindo para que o cliente adquira habilidade nas ações de autocuidado e conseqüentemente melhor qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, D. A. et al. Co-morbidade e mortalidade de pacientes em início de diálise. **Acta Paul. Enferm.**, v.16, n.3, jul./set. 2006.

BARBOSA, J. C.; AGUILLAR, O. M.; BOEMER, M. R. O significado de conviver com a insuficiência renal crônica. **Rev. Bras. Enf.**, v. 52, n. 2, p. 293-302, abr./jun. 1999.

BARROS, E. et al. **Nefrologia**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

BEZERRA, K. V.; SANTOS, J. L. F. O cotidiano de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, ago. 2008.

CASTRO, M. et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. **Rev. Assoc. Méd. Bras.** v. 49, n. 3, p. 245-249, 2003.

CESARINO, C. B.; CASAGRANDE, L. D. R. Paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: atividade educativa do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.6, n.5, p. 31-40, 1998.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. In: **BIOÉTICA e ética na ciência**. Porto Alegre: UFRGS, 1996. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>>. Acesso em 5 jul. 2008.

CRUZ, J. et al. **Atualidades em Nefrologia 10**. São Paulo: Sarvier, 2008.

DAUGIRDAS, J. T. **Manual de diálise**. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

DUARTE, P. S. et al. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos. **Rev. Assoc. Méd. Bras.** v.49, n. 4, p. 375-381, 2003.

DUARTE, P. S.; CIONELLI, R.M.; SESSO, R. Cultural adaptation and validation of the Kidney Disease and Quality of Life- Short Form (KDQOL-SF 1.3) in Brazil. **Braz. J. Méd. Biol. Res.** v. 38, n. 2, p. 261-270, 2005.

FURTADO, A. M.; LIMA, F. E. T. Autocuidado de pacientes portadores de insuficiência renal crônica com a fístula artério-venosa. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 4, p. 532-538, dez. 2006.

GAUTHIER, J.; HIRATA, M. A enfermeira como educadora. In: SANTOS, I. et al. **Enfermagem Fundamental: realidade, questões, soluções**. São Paulo: Atheneu, 2001.

GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GORODETSKAYA, I. et al. Health-related quality of life and estimates of utility in chronic disease. **Kidney Int.** v. 68, n. 2, p. 2801-2808, 2005.

GULLO, A.B.M.; LIMA, A. F. C.; SILVA, M. J. P. R. Reflexões sobre comunicações na assistência de enfermagem ao paciente renal crônico. **Rev. Esc. de Enf. USP**, v. 34, n. 2, p. 209-212, jun. 2000.

JANNUZZI, F. F.; CINTRA, F. A. Atividades de lazer em idosos durante a hospitalização. **Rev. Esc. de Enf. USP**, v.40, n.2, p.179-187, jun. 2006.

KUSUMOTA, L. **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise**. 2005. 150 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

KUSUMOTA, L. et al. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. **Acta paulista enfermagem**, v. 21, n. especial, p. 152-159, 2008.

LEE, A.J. et al. Characterisation and comparison of health-related quality of life for patients with renal failure. **Curr. Med. Res. Opin.** v. 21, n. 11, p. 1777-1783, 2005.

LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. Florianópolis: Ed. Soldasoft, 2006.

LIMA, E. X. Atenção de Enfermagem em nefrologia clínica e cirúrgica e o cuidar dialógico de enfermagem em transplante renal. In: SANTOS, I. et al. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar**: realidade, questões, soluções. São Paulo: Editora Atheneu, 2004a.

LIMA, E. X. A educação do cliente portador de insuficiência renal crônica. In: LIMA, E. X.; SANTOS, I. **Atualização de enfermagem em Nefrologia**. Rio de Janeiro: [s.n], 2004b.

LIMA, E. X.; SANTOS, I. (Org.). **Atualização de Enfermagem em Nefrologia**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia, 2004.

MARIANI, E.; FORTES, R. Abordagem preventiva da doença renal crônica. In: LIMA, E. X.; SANTOS, I. **Atualização de enfermagem em Nefrologia**. Rio de Janeiro: [s.n], 2004.

MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P. D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 4, n. 3, p. 5-18, 1996.

MARTINS, M. R. I.; CESARINO, C. B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.13, n.5. p. 670-676, set./out. 2005.

MOREIRA, C. A. et al. Avaliação das propriedades psicométricas básicas para a versão em português do KDQOL-SF. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 55, n. 1, p. 22-28, 2009.

NASCIMENTO, C. D.; MARQUES, I. R. Intervenções de Enfermagem nas complicações mais freqüentes durante a sessão de hemodiálise: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 6, p. 719-722, nov./dez. 2005.

OREM, D. E. **Nursing**: concepts of practice. New York: McGraw-Hill Company, 1980.

PACHECO, G. S.; SANTOS, I. Cuidar de cliente em tratamento conservador para doença renal crônica: apropriação da teoria de Orem. **Rev. Enferm. UERJ**, v.13, n. 2, p.257-262, 2005.

PAGANI, T. C. S.; PAGANI JUNIOR, C. R. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde. *Rev. Cienc. Biol. Saúde*, v. 1, n. 1, p. 32-37, 2006. Disponível em: <<http://sare.unianhanguera.edu.br/index.php/rencsc/article/view/329/330>>. Acesso em 5 jul. 2008.

PARSONS, T.L. et al. Exercise training during hemodialysis improves dialysis efficacy an physical performance. *Arch. Phys. Méd. Rehabil.* v. 88, n. 1, p. 680-687, 2007.

PECOITS-FILHO, Roberto. Diagnóstico de doença renal crônica: avaliação da função renal. *J. Bras. Nefrol.* v. 26, n. 3, supl. 1, p. 4-5, ago. 2004.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

REBOREDO, M. M. et al. Exercício físico em pacientes dialisados. *Rev. Bras. Esporte*, Niterói, v. 13, n. 6, p. 427-430, dez. 2007.

REIS, C. K., GUIRARDELLO, E. B.; CAMPOS, C. J. G. O indivíduo renal crônico e as demandas de atenção. *Rev. Bras. Enferm*, v. 61, n. 3, p. 336-341, jun. 2008.

RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroelrolíticos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

ROMÃO JUNIOR, J. E. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. *J. Bras. Nefrol.* v. 26, n. 3, supl. 1, p. 1-4, ago. 2004.

ROMÃO JUNIOR, J. E. Doença renal crônica: do diagnóstico ao tratamento. *Prática Hospitalar*, n. 52, p. 183-187, jul./ago. 2007.

RUDNICKI, T. Preditores de qualidade de vida em pacientes renais crônicos. *Estud. Psicol.*, Campinas, v. 24, n. 3, p. 343-351, jul./set. 2007.

SANTOS, F. R. et al. Efeitos da abordagem interdisciplinar na qualidade de vida e em parâmetros laboratoriais de pacientes com doença renal crônica. *Rev. Psiquiatr. Clin.*, v. 35, n. 3, p. 87-95, 2008.

SANTOS, P. R. Associação da qualidade de vida com hospitalização e óbito em pacientes portadores de doença renal crônica em hemodiálise. **J. Bras. Nefrol.** v. 27, n. 4, p. 184-190, 2005.

SANTOS, P. R. Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. **Rev. da Assoc. Med. Bras**, v.52, n.5, p. 356-359, set./out. 2006.

SANTOS, P. R.; PONTES, L. R. S. K. Mudança do nível de qualidade de vida em portadores de insuficiência renal crônica terminal durante seguimento de 12 meses. **Rev. Assoc. Méd. Bras**, v.53, n. 4, p. 329-334, jul./ago. 2007.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C.. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004 .

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

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Censo 2007. São Paulo, c2007. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/censos anteriores.asp>>. Acesso em: 7 mar. 2008.

SOUZA, F. F. **Avaliação da qualidade de vida do idoso em hemodiálise: comparação de dois instrumentos genéricos**. 2004. 167 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2004.

VASQUÉZ, I. et al. Psychosocial factors and health-related quality of life in hemodialysis patients. **Qual. Life Res.** v. 14, n. 1, p. 179-190, 2005.

VASQUÉZ, I. et al. Psychosocial factors and quality of life in young hemodialysis patients with low comorbidity. **J. Nephrol.**, v. 16, p. 886-894, 2003.

WELTER, E, Q. et al. Relação entre grau de prurido e qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. **An Bras Dermatol.**, v. 83, n. 2, p.137-140, 2008.

XAVIER, B. L. S. **Expectativas do cliente em hemodiálise sobre o transplante renal**: pesquisa sociopoética em enfermagem. 2006. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

**APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido**

**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**  
**Faculdade de Enfermagem**  
**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**  
**Curso de Mestrado**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**TÍTULO:** “Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado visando a qualidade de vida de clientes em terapia de hemodiálise”.

**ORIENTADOR:** Doutora Iraci dos Santos

**MESTRANDA:** Renata de Paula Faria Rocha

Você está sendo convidado para participar dessa pesquisa, cujos objetivos são: *Geral:* contribuir para a promoção do bem-estar e consequente qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica, em hemodiálise, através da orientação de enfermagem para o autocuidado. *Específicos:* delinear o perfil sócio demográfico e nosológico de clientes com doença renal crônica, em hemodiálise, associando-o às suas necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado; identificar a qualidade de vida de pessoas com DRC, em hemodiálise, aplicando o questionário de *Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF)*; relacionar as necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado com a qualidade de vida dos clientes com DRC em terapia de hemodiálise.

O benefício esperado com a realização desse estudo é que você obtenha uma vida melhor enquanto estiver sob tratamento hemodialítico. Você não estará correndo nenhum risco a participar desta pesquisa.

As suas respostas serão descritas de maneira que seu nome será mantido em sigilo, ao qual será trocado por códigos da pesquisa.

As informações prestadas serão utilizadas apenas neste estudo, a divulgação dos resultados ocorrerá em eventos ou publicações científicas.

A sua participação no estudo é voluntária, quer dizer, você tem o direito de não participar, responder qualquer pergunta ou de se retirar do estudo, a qualquer momento, sem que isso represente qualquer prejuízo ao seu atendimento, diante da instituição. O estudo será conduzido a partir do preenchimento de um formulário para caracterização do cliente e da resposta a um questionário, durante o procedimento dialítico. Sua participação não inclui qualquer custo de compensação financeira.

Contato com a pesquisadora: telefone 8197-9979.

Rio de Janeiro,            de    de 2008.

---

Renata de Paula Faria Rocha

---

SUJEITO DA PESQUISA



**APÊNDICE B** - Formulário para caracterização da clientela e levantamento das necessidades de autocuidado dos clientes

**CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA**

Idade:

Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

União estável: ( ) sim ( ) não

Nível de escolaridade:

Ocupação:

Tempo de tratamento hemodialítico em anos:

Outras doenças associadas: ( ) HAS ( ) DM ( ) outros

**LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES DE AUTOCUIDADO**

1) Você sabe o que é a hemodiálise? ( ) SIM ( ) NÃO

Explique: \_\_\_\_\_

2) Você sabe como a hemodiálise funciona? ( ) SIM ( ) NÃO

Explique: \_\_\_\_\_

3) Você apresenta dificuldade para tomar as medicações prescritas?

( ) NÃO ( ) SIM Quais? \_\_\_\_\_

4) Você sabe quais são os alimentos proibidos? ( ) SIM ( ) NÃO

Cite alguns: \_\_\_\_\_

5) Você sabe quais são os alimentos liberados? ( ) SIM ( ) NÃO

Cite alguns: \_\_\_\_\_

6) Você sabe quanto de Líquidos pode ingerir por dia? ( ) SIM ( ) NÃO

7) Você sabe quais são os cuidados que deve ter com o acesso venoso?

( ) SIM ( ) NÃO Cite: \_\_\_\_\_

8) Quais são as principais complicações que podem ocorrer durante a diálise?

9) Você sabe como preveni-las? ( ) NÃO ( ) SIM Como? \_\_\_\_\_

10) Você sabe o que é anticoagulação? ( ) SIM ( ) NÃO

Explique: \_\_\_\_\_

11) Quais os cuidados que deve ter após a diálise referentes à anticoagulação?

12) Você sabe como contornar os sintomas pós-diálise de forma que possa viver bem?

NÃO  SIM Como? \_\_\_\_\_

13) Você tem alguma atividade de lazer?

SIM  NÃO Qual? \_\_\_\_\_

14) Você tem dificuldade para relacionar-se com as outras pessoas (família, amigos,...)?

SIM  NÃO Quais dificuldades? \_\_\_\_\_

15) Você realiza alguma atividade física?  SIM  NÃO Qual? \_\_\_\_\_

16) Você é associado a algum grupo?  SIM  NÃO Qual? \_\_\_\_\_

**ANEXO A - Questionário de qualidade de vida KDQOL-SF****Sua Saúde**

– e –

**Bem-Estar****Doença Renal e Qualidade de Vida (KDQOL-SF™ 1.3)**

Esta é uma pesquisa de opinião sobre sua saúde. Estas informações ajudarão você a avaliar como você se sente e a sua capacidade de realizar suas atividades normais.



*Obrigado por completar estas questões!*

---

Kidney Disease and Quality of Life™ Short Form (KDQOL-SF™)

English Version 1.3

Copyright © 1993, 1994, 1995 by RAND and the University of Arizona

## **Estudo da Qualidade de Vida para Pacientes em Diálise**

---

---

Qual é o objetivo deste estudo?

Este estudo está sendo realizado por médicos e seus pacientes em diferentes países. O objetivo é avaliar a qualidade de vida em pacientes com doença renal.

O que queremos que você faça?

Para este estudo, nós queremos que você responda questões sobre sua saúde, sobre como se sente e sobre a sua história.

E o sigilo em relação às informações?

Você não precisa identificar-se neste estudo. Suas respostas serão vistas em conjunto com as respostas de outros pacientes. Qualquer informação que permita sua identificação será vista como um dado estritamente confidencial. Além disso, as informações obtidas serão utilizadas apenas para este estudo e não serão liberadas para qualquer outro propósito sem o seu consentimento.

De que forma minha participação neste estudo pode me beneficiar?

As informações que você fornecer vão nos dizer como você se sente em relação ao seu tratamento e permitirão uma maior compreensão sobre os efeitos do tratamento na saúde dos pacientes. Estas informações ajudarão a avaliar o tratamento fornecido.

Eu preciso participar?

Você não é obrigado a responder o questionário e pode recusar-se a fornecer a resposta a qualquer uma das perguntas. Sua decisão em participar (ou não) deste estudo não afetará o tratamento fornecido a você.

### **Sua Saúde**

---

---

Esta pesquisa inclui uma ampla variedade de questões sobre sua saúde e sua vida. Nós estamos interessados em saber como você se sente sobre cada uma destas questões.

1. Em geral, você diria que sua saúde é: [Marque um  na caixa que descreve da melhor forma a sua resposta.]

Excelente	Muito Boa	Boa	Regular	Ruim
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Comparada há um ano atrás, como você avaliaria sua saúde em geral agora?

Muito melhor agora do que há um ano atrás	Um pouco melhor agora do que há um ano atrás	Aproximadamente igual há um ano atrás	Um pouco pior agora do que há um ano atrás	Muito pior agora do que há um ano atrás
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. Os itens seguintes são sobre atividades que você pode realizar durante um dia normal. Seu estado de saúde atual o dificulta a realizar estas atividades? Se sim, quanto? [Marque um  em em cada linha.]

	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta nada
a <u>Atividades que requerem muito esforço</u> , como corrida, levantar objetos pesados, participar de esportes que requerem muito esforço.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
b <u>Atividades moderadas</u> , tais como mover uma mesa, varrer o chão, jogar boliche, ou caminhar mais de uma hora .....	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
c Levantar ou carregar compras de supermercado.....	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
d Subir <u>vários</u> lances de escada .....	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
e Subir <u>um</u> lance de escada	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
f Inclinar-se, ajoelhar-se, ou curvar-se .....	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
g Caminhar <u>mais do que um quilômetro</u> .....	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
h Caminhar <u>vários quarteirões</u> .....	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
i Caminhar <u>um quarteirão</u> .....	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3
j Tomar banho ou vestir-se .....	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3

4. Durante as 4 últimas semanas, você tem tido algum dos problemas seguintes com seu trabalho ou outras atividades habituais, devido a sua saúde física?

	Sim	Não
a Você reduziu a <u>quantidade de tempo</u> que passa trabalhando ou em outras atividades .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2
b <u>Fez menos</u> coisas do que gostaria.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2
c Sentiu dificuldade no tipo de trabalho que realiza		

- ou outras atividades .....  1 .....  2
- d Teve dificuldade para trabalhar ou para realizar outras atividades (p.ex, precisou fazer mais esforço) .....  1 .....  2
5. Durante as 4 últimas semanas, você tem tido algum dos problemas abaixo com seu trabalho ou outras atividades de vida diária devido a alguns problemas emocionais (tais como sentir-se deprimido ou ansioso)?
- | Sim                      | Não                      |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- a Reduziu a quantidade de tempo que passa trabalhando ou em outras atividades .....  1 .....  2
- b Fez menos coisas do que gostaria.....  1 .....  2
- c Trabalhou ou realizou outras atividades com menos atenção do que de costume. .....  1 .....  2

6. Durante as 4 últimas semanas, até que ponto os problemas com sua saúde física ou emocional interferiram com atividades sociais normais com família, amigos, vizinhos, ou grupos?

Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Quanta dor no corpo você sentiu durante as 4 últimas semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Intensa	Muito Intensa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Durante as 4 últimas semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho habitual (incluindo o trabalho fora de casa e o trabalho em casa)?

Nada	Um pouco	Moderado	Bastante	Extremamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



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

Durante as 4 últimas semanas, quanto tempo...

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhum momento
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a	Você se sentiu cheio de vida? .....					
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b	Você se sentiu uma pessoa muito nervosa? ...					
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c	Você se sentiu tão "para baixo" que nada conseguia animá-lo? .....					
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
d	Você se sentiu calmo e tranqüilo? .....					
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
e	Você teve muita energia? .....					
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
f	Você se sentiu desanimado e deprimido? .....					
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
g	Você se sentiu esgotado (muito cansado)? .....					
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
H	Você se sentiu uma pessoa feliz?.....					
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
i	Você se sentiu cansado? .....					
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

10. Durante as 4 últimas semanas, por quanto tempo os problemas de sua saúde física ou emocional interferiram com suas atividades sociais (como visitar seus amigos, parentes, etc.)?

Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhum momento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Por favor, escolha a resposta que melhor descreve até que ponto cada uma das seguintes declarações é verdadeira ou falsa.

	Sem dúvida verdadeiro	Geralmente verdadeiro	Não sei	Geralmente falso	Sem dúvida falso
a	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Parece que eu fico doente com mais facilidade do que outras pessoas.....				
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eu me sinto tão saudável quanto qualquer pessoa que conheço .....				
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Acredito que minha saúde vai piorar.....				
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Minha saúde está excelente.....				
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## Sua Doença Renal

---

12. Até que ponto cada uma das seguintes declarações é verdadeira ou falsa para você?

	Sem dúvida verdadeiro	Geralmente verdadeiro	Não sei	Geralmente falso	Sem dúvida falso
a Minha doença renal interfere demais com a minha vida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2 .....	<input type="checkbox"/> 3 .....	<input type="checkbox"/> 4 .....	<input type="checkbox"/> 5
b Muito do meu tempo é gasto com minha doença renal .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2 .....	<input type="checkbox"/> 3 .....	<input type="checkbox"/> 4 .....	<input type="checkbox"/> 5
c Eu me sinto decepcionado ao lidar com minha doença renal .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2 .....	<input type="checkbox"/> 3 .....	<input type="checkbox"/> 4 .....	<input type="checkbox"/> 5
d Eu me sinto um peso para minha família.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2 .....	<input type="checkbox"/> 3 .....	<input type="checkbox"/> 4 .....	<input type="checkbox"/> 5

13. Estas questões são sobre como você se sente e como tem sido sua vida nas 4 últimas semanas. Para cada questão, por favor assinale a resposta que mais se aproxima de como você tem se sentido.

Quanto tempo durante as 4 últimas semanas...

	Nenhum momento	Uma pequena parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma boa parte do tempo	A maior parte do tempo	Todo o tempo
a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2 .....	<input type="checkbox"/> 3 .....	<input type="checkbox"/> 4 .....	<input type="checkbox"/> 5 .....	<input type="checkbox"/> 6
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2 .....	<input type="checkbox"/> 3 .....	<input type="checkbox"/> 4 .....	<input type="checkbox"/> 5 .....	<input type="checkbox"/> 6
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2 .....	<input type="checkbox"/> 3 .....	<input type="checkbox"/> 4 .....	<input type="checkbox"/> 5 .....	<input type="checkbox"/> 6
d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2 .....	<input type="checkbox"/> 3 .....	<input type="checkbox"/> 4 .....	<input type="checkbox"/> 5 .....	<input type="checkbox"/> 6
e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2 .....	<input type="checkbox"/> 3 .....	<input type="checkbox"/> 4 .....	<input type="checkbox"/> 5 .....	<input type="checkbox"/> 6
f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2 .....	<input type="checkbox"/> 3 .....	<input type="checkbox"/> 4 .....	<input type="checkbox"/> 5 .....	<input type="checkbox"/> 6

14. Durante as 4 últimas semanas, quanto você se incomodou com cada um dos seguintes problemas?

	Não me incomodei de forma alguma	Fiquei um pouco incomodado	Incomodei-me de forma moderada	Muito incomodado	Extremamente incomodado
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aDores					
musculares? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
bDor no peito?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
cCãibras?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
dCoceira na pele?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
ePele seca? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
fFalta de ar?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
gFraqueza ou tontura?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
hFalta de apetite?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
iEsgotamento (muito cansaço)?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
jDormência nas mãos ou pés?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
kVontade de vomitar ou indisposição estomacal?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
l(Somente paciente em hemodiálise)					
Problemas com sua via de acesso (fístula ou cateter)?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
m(Somente paciente em diálise peritoneal)					
Problemas com seu catéter? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5

Efeitos da Doença Renal em Sua Vida Diária

---



---

15. Algumas pessoas ficam incomodadas com os efeitos da doença renal em suas vidas diárias, enquanto outras não. Até que ponto a doença renal lhe incomoda em cada uma das seguintes áreas?

	Não incomoda nada <input type="checkbox"/>	Incomoda um pouco <input type="checkbox"/>	Incomoda de forma moderada <input type="checkbox"/>	Incomoda muito <input type="checkbox"/>	Incomoda extremamente <input type="checkbox"/>
a Limitação de líquido? .....	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2 .....	<input type="checkbox"/> 3 .....	<input type="checkbox"/> 4 .....	<input type="checkbox"/> 5
b Limitação alimentar? .....	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2 .....	<input type="checkbox"/> 3 .....	<input type="checkbox"/> 4 .....	<input type="checkbox"/> 5
c Sua capacidade de trabalhar em casa? .....	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2 .....	<input type="checkbox"/> 3 .....	<input type="checkbox"/> 4 .....	<input type="checkbox"/> 5
d Sua capacidade de viajar? .....	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2 .....	<input type="checkbox"/> 3 .....	<input type="checkbox"/> 4 .....	<input type="checkbox"/> 5
e Depender dos médicos e outros profissionais da saúde? .....	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2 .....	<input type="checkbox"/> 3 .....	<input type="checkbox"/> 4 .....	<input type="checkbox"/> 5
f Estresse ou preocupações causadas pela doença renal? .....	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2 .....	<input type="checkbox"/> 3 .....	<input type="checkbox"/> 4 .....	<input type="checkbox"/> 5
g Sua vida sexual?....	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2 .....	<input type="checkbox"/> 3 .....	<input type="checkbox"/> 4 .....	<input type="checkbox"/> 5
h Sua aparência pessoal?.....	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2 .....	<input type="checkbox"/> 3 .....	<input type="checkbox"/> 4 .....	<input type="checkbox"/> 5



18. Com que frequência, durante as 4 últimas semanas você...

	Nenhum momento	Uma pequena parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma boa parte do tempo	A maior parte do tempo	Todo o tempo
a Acordou durante a noite e teve dificuldade para voltar a dormir? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2 .....	<input type="checkbox"/> 3 .....	<input type="checkbox"/> 4 .....	<input type="checkbox"/> 5 .....	<input type="checkbox"/> 6
b Dormiu pelo tempo necessário? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2 .....	<input type="checkbox"/> 3 .....	<input type="checkbox"/> 4 .....	<input type="checkbox"/> 5 .....	<input type="checkbox"/> 6
c Teve dificuldade para ficar acordado durante o dia? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2 .....	<input type="checkbox"/> 3 .....	<input type="checkbox"/> 4 .....	<input type="checkbox"/> 5 .....	<input type="checkbox"/> 6

19. Em relação à sua família e amigos, até que ponto você está satisfeito com...

	Muito insatisfeito	Um pouco insatisfeito	Um pouco satisfeito	Muito satisfeito
a A quantidade de tempo que você passa com sua família e amigos? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2 .....	<input type="checkbox"/> 3 .....	<input type="checkbox"/> 4
b O apoio que você recebe de sua família e amigos? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2 .....	<input type="checkbox"/> 3 .....	<input type="checkbox"/> 4

20. Durante as 4 últimas semanas, você recebeu dinheiro para trabalhar?

Sim	Não	Não sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
		2



21. Sua saúde o impossibilitou de ter um trabalho pago?

Sim	Não	N o
□□□□□□□□□□□□□□□□		□
□ 1	□ 2	□
		2

22. No geral, como você avaliaria sua saúde?

A pior possível (tão ruim ou pior do que estar morto)	Meio termo entre pior e melhor					A melhor possível				
□					□					□
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

### Satisfação Com O Tratamento

23. Pense a respeito dos cuidados que você recebe na diálise. Em termos de satisfação, como você classificaria a amizade e o interesse deles demonstrado em você como pessoa?

Muito ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente	O melhor
□	□	□	□	□	□	□
□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5	□ 6	□ 7

24. Quanto cada uma das afirmações a seguir é verdadeira ou falsa?

	Sem dúvida verdadeiro	Geralmente verdadeiro	Não sei	Geralmente falso	Sem dúvida falso
a O pessoal da diálise me encorajou a ser o (a) mais independente possível.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2 .....	<input type="checkbox"/> 3 .....	<input type="checkbox"/> 4 .....	<input type="checkbox"/> 5
b O pessoal da diálise ajudou-me a lidar com minha doença renal .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2 .....	<input type="checkbox"/> 3 .....	<input type="checkbox"/> 4 .....	<input type="checkbox"/> 5

*Obrigado por você completar estas questões!*

**ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética**

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**



Rio de Janeiro, 10 de setembro de 2008

Do: Comitê de Ética em Pesquisa  
Prof<sup>a</sup>. Patrícia Maria C. O. Duque  
Para: Aut. Renata de Paula Faria Rocha  
Orient. Prof<sup>a</sup>. Iraci dos Santos

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, após avaliação, considerou o projeto (2172-CEP/HUPE) "EVIDÊNCIA DA ORIENTAÇÃO DE ENFERMAGEM PARA O AUTOCUIDADO NA QUALIDADE DE VIDA DE CLIENTES EM HEMODIÁLISE" aprovado, encontrando-se este dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução n.º196 sobre pesquisa envolvendo seres humanos de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o consentimento livre e esclarecido.

O pesquisador deverá informar ao Comitê de Ética qualquer acontecimento ocorrido no decorrer da pesquisa.

O Comitê de Ética solicita a V. S<sup>a</sup>., que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.

  
Prof<sup>a</sup>. Patrícia Maria C. O. Duque  
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)