



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS DE PALMAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO ACADÊMICO EM
ENSINO EM CIÊNCIAS E SAÚDE

DIÔGO AMARAL BARBOSA

A PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE
DOS TRANSPLANTADOS FRENTE A HABILITAÇÃO DOS CUIDADOS
DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Palmas/TO
2019

DIÔGO AMARAL BARBOSA

**A PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE
DOS TRANSPLANTADOS FRENTE A HABILITAÇÃO DOS CUIDADOS
DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em ensino em ciências e saúde. Foi avaliada para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências e Saúde e aprovada em sua forma final pelo orientador e pela Banca Examinadora.

Orientador: Dr. Ruhena Kelber Abrão

Palmas/TO
2019

DIÓGO AMARAL BARBOSA

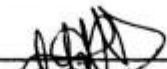
A PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE
DOS TRANSPLANTADOS FRENTE A HABILITAÇÃO DOS CUIDADOS
DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Esta dissertação foi julgada e aprovada
para obter do título de Mestre em Ensino
em Ciências e Saúde

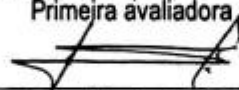
Banca Examinadora:



Dr. Ruhena Kelber Abrão
Universidade Federal do Tocantins
Orientador

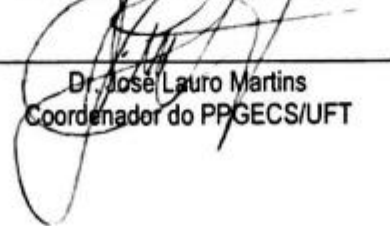


Dra. Daniela Pires Nunes
Universidade Federal do Tocantins
Primeira avaliadora



Dr. Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma
Universidade Federal do Tocantins
Segundo avaliador

Palmas, 18 de outubro de 2019



Dr. José Lauro Martins
Coordenador do PPGECs/UFT

Palmas-TO, 17 de Outubro de 2019.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às minhas filhas Isis e Eloá, fonte de inspiração, que me incentivam a sair da minha zona de conforto.

*Conheça todas as teorias, domine todas
as técnicas, mas ao tocar uma alma
humana seja apenas outra alma humana
(Carl G. Jung)*

AGRADECIMENTOS

Para o desenvolvimento e a produção desta dissertação agradeço:

À Deus pelo dom da vida e pelas oportunidades que tem colocado no meu caminho.

Ao meu pai, Ivan Barbosa, por sempre me incentivar e acreditar em mim e a minha mãe, Seila Amaral, viva em minhas lembranças que sempre me incentivou a estudar.

À minha esposa, Regina Horlanys, pelo apoio e dedicação constante em todos os momentos bons e ruins deste período e as nossas filhas Isis e Eloá que, sempre com sorrisos, nos motivam cada dia mais fazendo com que ganhamos forças para vencer todos os obstáculos que surgiam.

Aos meus avôs Divina e José Tomas, à minha Tia Betania, que me acolheram em sua casa com toda dedicação, carinho e incentivo em vários momentos de cansaço físico e mental.

Ao meu Prof^o Dr. Kelber Abrão, um exemplo de profissional, grande pai e sempre calmo em todos os momentos, que confiou em mim desde primeiro dia de aula, sou muito grato por me tornar um pesquisador.

Aos meus colegas de trabalho e alunos que foram fonte de inspiração para meu estudo.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo verificar a percepção da qualidade de vida dos pacientes receptores de rim com Doença Renal Crônica submetido ao transplante renal Inter vivo em um Hospital de Referência da Região do Araguaia, no Sudeste do Estado do Pará no tratamento de doenças renais e terapias renais substitutivas para habilitar a equipe multiprofissional que atua em transplante renal no período de 2012 a 2018. Foram estudados 47 pacientes (35 homens e 12 mulheres), com idade entre 23 a 65 anos, sendo 18 solteiros e 29 casados ou em união estável. Para coleta de dados, foi utilizado o instrumento genérico *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)*, autoaplicado, traduzido e validado para a Língua Portuguesa. Vale ressaltar que este instrumento é aplicado comumente na forma genérica, sendo apropriado para populações amplas, visando avaliar aspectos relacionados a função física, mental e outros domínios de saúde. Os escores médios das dimensões dos domínios analisados da qualidade de vida em geral foram: capacidade funcional 88, limitação por aspectos físicos 70, dor 82, estado geral de saúde 64, vitalidade 83, aspectos sociais 87, limitação por aspectos emocionais 72 e saúde mental 83. A percepção da qualidade de vida dos pacientes transplantados no sudeste do Pará apresentou-se escores acima de 64 nos domínios do questionário (SF-36) caracterizando uma boa percepção da qualidade de vida destes pacientes em relação à sua saúde, sendo possível elaborar uma cartilha para equipe multiprofissional que trabalha com este público para poderem atuar na melhora da percepção da qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes submetidos ao transplante renal.

Palavras-chaves: Transplante renal. Qualidade de Vida. Doença Renal Crônica.

ABSTRACT

The aim of this study was to verify the perception of quality of life in patients with kidney disease with chronic kidney disease who underwent kidney transplantation in vivo at a referral hospital in the region of Araguaia, southeastern Pará State, in the treatment of kidney disease and therapies. renal surrogates to enable the multidisciplinary team working in kidney transplantation from 2012 to 2018. We studied 47 patients (35 men and 12 women), aged 23 to 65 years, 18 single and 29 married or in a stable union. For data collection, we used the self-applied generic Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36), translated and validated for the Portuguese language. It is noteworthy that this instrument is commonly applied in generic form, being appropriate for large populations, aiming to evaluate aspects related to physical, mental function and other health domains. The average scores of the dimensions of the domains analyzed for quality of life in general were: functional capacity 88, limitation by physical aspects 70, pain 82, general health 64, vitality 83, social aspects 87, limitation by emotional aspects 72 and mental health 83. The perception of the quality of life of transplanted patients in southeastern Pará presented scores above 64 in the domains of the questionnaire (SF-36) characterizing a good perception of the quality of life of these patients in relation to their health. a booklet for a multiprofessional team that works with this audience to improve the perception of health-related quality of life of patients undergoing kidney transplantation.

Keywords: Kidney transplantation. Quality of life. Chronic Kidney Disease.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE: Certificado de apresentação para apreciação ética

DM – Diabetes Mellitus

DP - Diálise peritoneal

DRC – Doença Renal Crônica

DRT - Doença Renal Terminal

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GHRI - General Health Rating Index

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HD – Hemodiálise

HRPA – Hospital Regional Público do Araguaia

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IRC - Insuficiência Renal Crônica

KDIGO – Kidney Disease: Improving Global Outcomes

MHI - Mental Health Inventory

MOS – The Medical Outcomes Study

OMS - Organização Mundial da Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PMP – Por milhão da população

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

QV - Qualidade de Vida

QVRS – Qualidade de Vida relacionada à Saúde

RN – Região Norte do Brasil

SBN – Sociedade Brasileira de Nefrologia

SF - Short-Form Health Survey

SF 20 – Short – Form 20

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRS - Terapia Renal Substitutiva

UBS – Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Fase 1, ponderação de dados, cálculo dos escores do questionário SF36.....	24
TABELA 2 - Fase 2, cálculo do <i>Raw Scale</i> , cálculo dos escores do questionário SF36.....	26
TABELA 3 - Visão geral dos domínios da percepção da qualidade de vida dos pacientes transplantados em um hospital no sudeste do Pará.....	46
TABELA 4 - Perfil sociodemográfico de pacientes transplantados em um hospital no Sudeste do Pará.....	47
TABELA 5 - A percepção dos pacientes transplantados, variável tempo de transplante, em um hospital no sudeste do Pará.....	48
TABELA 6 - A percepção dos pacientes transplantados, variável tempo de transplante relacionado ao gênero, em um hospital no sudeste do Pará.....	52
TABELA 7 - A percepção dos pacientes transplantados, variável tempo de transplante relacionado a faixa etária, em um hospital no sudeste do Pará.....	55
TABELA 8 - A percepção dos pacientes transplantados, variável tempo de transplante relacionado ao estado civil, em um hospital no sudeste do Pará.....	59
TABELA 9 - A percepção dos pacientes transplantados, variável tempo de transplante relacionado a escolaridade, em um hospital no sudeste do Pará.....	61

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	13
1	OBJETIVOS	18
1.1	Objetivo geral	18
1.2	Objetivos específicos	18
2	METODOLOGIA	19
2.1	Tipo de estudo.....	19
2.2	Local do estudo.....	20
2.3	Período do estudo	20
2.4	População do estudo	20
2.5	Critérios de inclusão e exclusão	21
2.6	Coleta de dados	21
2.7	Variáveis	22
2.8	Tabulação de dados	23
2.9	Riscos e benefícios	26
2.10	Aspectos éticos	28
3	QUALIDADE DE VIDA	29
3.1	Índice de Desenvolvimento Humano	29
3.2	Qualidade de Vida relacionado à Saúde	33
3.3	Doença Renal Crônica	37
3.4	Habilitação da Equipe Multiprofissional	43
4	RESULTADOS E ANÁLISE	46
4.1	Análise geral dos pacientes transplantados	46
4.2	Tempo de Transplantes nos domínios	48
4.3	Tempo de Transplante e gênero	52
4.4	Tempo de Transplante e Faixa etária	55
4.5	Tempo de Transplante e Estado civil	58
4.6	Tempo de Transplante e Escolaridade	60

CONSIDERAÇÕES	65
REFERÊNCIAS.....	68
APÊNDICE – A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	78
APÊNDICE – B – Cartilha Qualidade de vida relacionada à saúde...	82
APÊNDICE – C – Artigo - Processo de análise da qualidade de vida dos doentes renais crônicos submetidos à hemodiálise.....	95
APÊNDICE – D – Artigo Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem em atuantes em setor em hemodiálise.....	121
ANEXO - A – Versão brasileira do questionário de qualidade de vida SF – 36	139

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) consiste em lesão renal, perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerular, tubular e endócrina). Em sua fase mais avançada, chamada de fase terminal de Insuficiência Renal Crônica (IRC), os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do paciente (ROMÃO, 2004).

Com isto o paciente tem que iniciar um dos métodos de terapias para reposição renal que são constituídos de hemodiálise, diálise peritoneal e o transplante renal. Estes tratamentos tem a finalidade de prolongar a vida dos pacientes com DRC (POTTER; PERRY, 2009). Para organizar estes sérvios a Resolução-RDC nº 11, de 13 de Março de 2014, define os critérios mínimos para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados que realizam diálise em pacientes ambulatoriais, portadores de insuficiência renal crônica, bem como os mecanismos de sua monitoração, considerando a necessidade de redução dos riscos ao qual o paciente fica exposto durante a diálise (BRASIL, 2014).

Em relação aos métodos de tratamento das terapias renais substitutivas, tem-se a diálise peritoneal é uma forma de diálise em que a membrana peritoneal do próprio paciente é usada como uma membrana semipermeável para a troca de líquidos e solutos (SMELTZER; BARE, 2002). Enquanto a hemodiálise é uma forma de terapia de substituição renal contínua que resulta na retirada de líquido e produtos de degradação do sangue, no qual o sangue arterial é circulado por meio de um hemofiltro (circundado por líquido de diálise limpo) e devolvido ao paciente por meio de um cateter venoso (IBIDEM, 2002).

Além destes dois métodos de terapia renal substitutiva, os pacientes renais crônicos que tiverem condições clínicas, podem optar pelo Transplante Renal que de acordo com Lopes e Vaz (2014), é um dos melhores métodos de tratamento de escolha para a doença renal crônica terminal, sendo superior a diálise, melhorando a sobrevida e qualidade de vida do paciente devido à liberdade proporcionada.

A mortalidade ocasionada pela DRC no Brasil é alta, visto que seu diagnóstico é tardio e, na maioria das vezes, quando detectado há um grande prejuízo para os rins. Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) em 2015,

no mundo, cerca de 1,5 milhão de pessoas encontra-se em tratamento hemodialítico. Enquanto isto, no Brasil era aproximadamente 54,5 mil pessoas em tratamento renal substitutivo, destas, 48.875 em hemodiálise e 5.649 em diálise peritoneal. O número de pacientes em programa dialítico cresce no Brasil à média de 10%, à custa de uma incidência de mais de cem pacientes novos por milhão de habitantes/ano (SBN, 2015).

Dentre as doenças crônicas, a Insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma patologia que descreve vertiginosa ascensão nas últimas décadas, impulsionada pela Diabetes Mellitus (DM), pela Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e pelo envelhecimento populacional. Dados do Censo Brasileiro de Diálise, referentes ao ano de 2017, demonstram que o número de pacientes em diálise era de 77.589, com prevalência de 405 pacientes/milhão de habitantes. Além disso, anualmente, a cada milhão de brasileiros, 144 têm diagnóstico de doença renal crônica e iniciam terapia, sendo a hemodiálise a modalidade terapêutica predominante em 80% (FINGER, 2011).

Segundo dados da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos, em 2016, a necessidade anual estimada de transplantes renais no Pará era de 491, mas foram executados apenas 57. No Pará, os Serviços de transplante renal estão distribuídos em três municípios: Belém, sendo um público e um privado, Santarém, apenas uma Unidade pública e Redenção uma Unidade pública. O serviço público da capital tem sua produção voltada firmemente para o transplante renal com doador falecido, estando os centros do interior realizando transplantes com doadores vivos. O local de estudo, Hospital de Referência da Região do Araguaia no estado do Pará, foi escolhido por ser o único Hospital que viabiliza o processo de transplante renal na região e por ser pioneiro nesta área no interior do Pará (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPANTES DE ÓRGÃOS, 2016; HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO ARAGUAIA, 2018).

De acordo com Reis (2009), podemos considerar que, nos tempos modernos, viver muito mais do que nossos avós já é uma realidade para a atual geração de jovens e adultos, uma vez que a cada década, verifica-se o aumento da expectativa do tempo de vida das pessoas. A busca por uma boa qualidade de vida, por meio da prática de hábitos saudáveis ou prática básica de saúde, torna-se uma necessidade.

De acordo com os estudos de Barreto *et al* (2009), o conceito Qualidade de Vida abrange muitos significados refletindo conhecimentos, experiências, valores individuais e coletivos que a ele se referem em variadas épocas, espaços, histórias, além de englobar aspectos subjetivos sendo estes: sentimentos, percepção, bem-estar, satisfação e aspectos objetivos sendo: recursos materiais disponíveis, salário e carreira profissional. Especialmente, abordando o contexto da saúde na organização e ambiente de trabalho, é possível salientar alguns indicadores como: satisfação, autorrealização, motivação, desempenho, ou ainda, analisar a ausência da qualidade de vida (SILVA, 2000).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida como a "*percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*", atualmente é uma noção humana avaliada mediante o grau de satisfação encontrado em diversos campos da vida humana, associado à relação custo-benefício inerente à manutenção da vida, tanto do ponto de vista do bem-estar e dos direitos individuais quanto dos interesses e valores da sociedade (VIEIRA *et al.*, 2012; GONÇALVES *et al.*, 2013).

A pesquisa a respeito da Qualidade de Vida (QV) é um tema em crescente investigação na área da saúde, assumindo uma importância em diferentes aspectos nos últimos anos, principalmente no que diz respeito à sua avaliação e mensuração, da saúde individual e coletiva (COSTA; VASCONCELOS; TASSITANO, 2010). Em paralelo a isto percebemos neste contexto que esta qualidade de vida (QV) dos indivíduos portadores de DRC é fundamental, principalmente no que diz respeito ao impacto da doença em suas vidas e o processo de adaptação à patologia, por se tratar de um processo demorado e sofrido, ora para si próprio, ora para sua família (TAKEMOTO *et al.*, 2011).

Um questionário bastante utilizado para verificar a qualidade de vida relacionada à saúde é o *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36) que teve sua criação com a finalidade de se tornar um questionário genérico para a avaliação de saúde, permitindo uma fácil administração e compreensão, e ao mesmo tempo não ser um questionário tão extenso, um instrumento genérico validado e utilizado internacionalmente para avaliar a qualidade de vida. Este instrumento foi confeccionado inicialmente através do questionário *The Medical*

Outcomes Study (MOS) contendo 149 itens e posteriormente houve a junção dos questionários SF-20 (Short-Form 20), *General Health Rating Index (GHR)* e *Mental Health Inventory (MHI)*, (CICONELLI, 1999).

Vale ressaltar que este instrumento é aplicado comumente na forma genérica, sendo apropriado para populações amplas, visando avaliar aspectos relacionados a função física, mental e outros domínios de saúde (SIQUEIRA, 2005).

O estudo centrado na qualidade de vida permite que o questionário SF-36 ofereça a percepção do estado de saúde da população pesquisada, tornando-se assim abrangente comparado às medidas específicas de funcionamento biológico. Além disso, este questionário possibilitará efetivamente a análise quantitativa da saúde representada e subdivididas em domínios, soma-se ainda a possibilidade de comparação entre populações diferentes, englobando a presença ou ausência de patologias. Além disso, torna-se relevante citar que o primeiro estudo que foi utilizado o questionário SF-36 traduzido para o português no Brasil, foi realizado pela autora Ciconelli (1997), no qual a autora aplicou este questionário em seu estudo com pacientes da pesquisa diagnosticados com artrite reumatoide e validando-o posteriormente (SILVA, 2008).

De acordo com Silva *et al* (2011), os profissionais de Enfermagem vem desenvolvendo pesquisas voltadas para a melhoria da qualidade de vida de pacientes acometidos por doenças crônicas, acompanhando a tendência da área da saúde, pois, além do esforço e investimento direcionados ao aumento de anos de vida, com êxito, faz-se necessária a preocupação com a qualidade na vida aos anos a mais que foram conquistados.

Para tanto, o enfrentamento da doença é influenciado pelas percepções da Qualidade de Vida de cada paciente da pesquisa, onde as positivas estão mais relacionadas a estratégias racionais, como traçar uma meta ou conhecer mais sobre a doença, enquanto que as negativas se relacionam à negação da mesma, agindo como se ela não existisse.

No estudo realizado por Sesso *et al*. (2017), em julho de 2016, foram verificados os dados das clínicas de diálise do país demonstrando por meio deste que o número total estimado de pacientes em diálise foi de 122.825, sendo que apenas 41% das clínicas responderam ao questionário. As estimativas nacionais das

taxas de prevalência e de incidência de pacientes da pesquisa em tratamento dialítico por milhão da população (pmp) foram 596 (variação: 344 na região Norte e 700 na Sudeste) e 193, respectivamente. Dos pacientes da pesquisa prevalentes, 92% estavam em hemodiálise e 8% em diálise peritoneal, 29.268 (24%) estavam em fila de espera para transplante.

O número de doentes renais crônicos vem crescendo constantemente, acredita-se que a melhor forma de terapia renal substitutiva seja o transplante renal, visto que a região sudeste do Pará é carente de recursos e difícil logística, preocupa-se em saber como está a qualidade de vida dos Receptores submetidos a um transplante renal em um Hospital de Referência em Doença Renal Crônica e Terapia Renal Substitutiva na Região do Araguaia no Sudeste do Pará devido ao excesso de queixas dos pacientes transplantados no ambulatório de transplante, levando a um aumento de consultas pós transplante e somatização de doenças. Devido a esta população tão crescente, preocupa-se com a qualidade de vida dos pacientes renais crônicos submetidos ao transplante rena (SESSO *et al.*, 2017).

Diante do contexto introdutório apresentado, tomamos como problema norteador desta dissertação de mestrado: Qual domínio presente no questionário SF-36 mais influência na percepção da qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes da pesquisa transplantados em um hospital de referência em doenças renais crônicas e terapias renais substitutivas na região do Araguaia no Sudeste do Estado do Pará? Para assim poder elaborar uma cartilha para habilitação de uma equipe multiprofissional com orientações da melhora de todos estes domínios.

1. OBJETIVOS

1.1 Objetivo Geral

- Verificar a percepção da qualidade de vida dos pacientes receptores de rim com Doença Renal Crônica submetido ao transplante renal Inter vivo em um Hospital de Referência da Região do Araguaia, no Sudeste do Estado do Pará no tratamento de doenças renais e terapias renais substitutivas para habilitar a equipe multiprofissional que atua em transplante renal.

1.2 Objetivos Específicos

- Identificar os aspectos sociodemográficos dos pacientes da pesquisa transplantados;
- Comparar os domínios de acordo com a faixa etária dos pacientes da pesquisa submetidos ao transplante renal;
- Elaborar uma cartilha para os profissionais que trabalham na equipe multiprofissional do Hospital Regional Público do Araguaia sobre qualidade de vida relacionada à saúde.

2. METODOLOGIA

2.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, de caráter quantitativo. O estudo descritivo e transversal registra, analisa e correlaciona variáveis sem manipulá-las, trabalha sobre os dados colhidos da própria realidade de um grupo de pessoas (CERVO; BERVIAN, 2002). Em relação ao quantitativo sabemos que este é uma descrição numérica de tendências, atitudes ou opinião de uma população, sendo que a partir dos resultados que o pesquisador faz afirmações quanto a população estudada (CRESWELL, 2010). A pesquisa foi realizada por meio de aplicação de um questionário por autopreenchimento traduzido e validado por Ciconelli (1997), o “*Medical Out comes Study 36 – Item short - form health survey (SF36)*”, sendo que os pesquisadores acompanharam os pacientes da pesquisa durante a coleta de dados, para solucionar dúvidas, com adição de questões sociodemográficas para verificar a percepção da qualidade de vida dos pacientes com doença renal crônica submetido ao transplante renal inter vivo em um hospital de referencia da Região do Araguaia, no sudeste do Estado do Pará, no tratamento de doenças renais e terapias renais substitutivas.

O questionário considera a percepção dos indivíduos quanto ao seu próprio estado de saúde e contempla os aspectos mais representativos da saúde. Este instrumento de fácil administração e compreensão, do tipo autoaplicável é multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou componentes: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e de um ano atrás. Avalia tanto aspectos negativos de saúde (doença ou enfermidade) quanto aspectos positivos (bem-estar). Os dados são avaliados a partir da transformação das respostas em escores de um escala de 0 a 100 de todos os componentes, não havendo um único

valor que resume toda a avaliação, gerando um estado de saúde melhor ou pior (MARTINEZ, 2002).

2.2. Local do estudo

O estudo foi realizado no Hospital Regional Público do Araguaia, hospital de referência em tratamento da doença renal e terapias renais substitutivas da região do Araguaia no sudeste do Pará, iniciou o programa de transplante renal inter vivo em 2012, tendo até final de 2018 cinquenta e sete pacientes transplantados com doadores vivos. O hospital é localizado em Redenção, no estado do Pará, que conforme Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) tem uma área territorial de 3823,809 Km², uma população estimada em 82.464 habitantes e uma densidade demográfica de 19,76 hab./Km², além desta cidade onde o hospital está situado o mesmo é referência para os demais 14 municípios da região do Araguaia, sendo Água Azul do Norte (26.682 habitantes), Bannach (3.200 habitantes), Conceição do Araguaia (46.571 habitantes), Cumarú do Norte (13.093 habitantes), Floresta do Araguaia (19.746 habitantes), Ourilândia do Norte (31.921 habitantes), Pau D'arco (5.341 habitantes), Rio Maria (17.705 habitantes), Santa Maria das Barreiras (20.849 habitantes), Santana do Araguaia (70.764 habitantes), São Felix do Xingu (124.806 habitantes), Sapucaia (5.766 habitantes), Tucumã (38.508 habitantes) e Xinguara (43.530 habitantes), totalizando 550.946 pessoas na Região do Araguaia no estado do Pará (IBGE, 2017).

2.3. Período do estudo

O período da pesquisa na Instituição coparticipante para coleta de dados compreendeu entre julho a agosto de 2019.

2.4. População do estudo

A amostra da população estudada foi constituída por 47 pacientes renais crônicos submetidos ao transplante renal inter vivo, entre os anos de 2012 a 2018, que são acompanhados no ambulatório de transplante renal periodicamente, no máximo a cada 02 meses no Hospital de Referência da Região do Araguaia, no Sudeste do Estado do Pará no tratamento de doenças renais e terapias renais substitutivas. Neste período foram realizados 57 transplantes, porém 02 pacientes foram inelegíveis, devido não comparecerem para consulta sem explicação da falta e, além disso, 02 pacientes constavam óbito, 01 paciente com falência primária do enxerto e 05 pacientes haviam perdido o enxerto por diversas causas após o transplante renal.

2.5. Critérios de inclusão e exclusão

O critério para inclusão dos pacientes foi ter a idade de 18 anos ou mais, com enxerto funcional, aceitar participar do estudo e assíduos na consulta no ambulatório de transplante renal desta Instituição. No caso dos analfabetos, o entrevistador coletaria a assinatura digital de uma das falanges da mão, porém todos os pacientes eram alfabetizados.

Foram excluídos da pesquisa os pacientes que não comparecerem na consulta agendada, sabendo que os pacientes transplantados devem comparecer no ambulatório de transplante renal desta Instituição, em que será realizada a pesquisa, com um intervalo de no máximo 02 meses, uma rotina estabelecida pela Direção desta Unidade Hospitalar, além disso, os pacientes que perderam o enxerto, os pacientes que não responderem todo o questionário e os falecidos durante o período da coleta.

2.6. Coleta de dados

Para atingir os objetivos propostos foi aplicado um instrumento genérico SF-36, uma versão em português do Medical Out comes Study 36 – Item short - form health survey, traduzido e validado por Ciconelli (1997), pelos pesquisadores

desta pesquisa, assim foi possível verificar os domínios dispostos neste questionário com os pacientes entrevistados e além deste questionário os pesquisadores montaram um questionário com perguntas para identificar os aspectos sociodemográficos destes pacientes quanto ao sexo, idade, estado civil, grau de instrução e data do transplante, podendo fazer uma comparação da qualidade de vida de acordo com a faixa etária dos pacientes. O questionário foi aplicado com os 47 pacientes receptores de transplante renal inter vivo no hospital de referência em tratamento da doença renal e terapias renais substitutivas da região do Araguaia no sudeste do Pará, localizado na cidade de Redenção. Os pacientes foram agendados pelo serviço de Transplante Renal do Hospital Regional Público do Araguaia e abordados pelos entrevistadores antes de iniciar a consulta médica de rotina, no período de espera para a consulta, sendo que o tempo para responder o questionário foi em média de 20 minutos, aproveitando oportunamente o tempo de permanência do paciente da pesquisa no hospital, para apresentação da pesquisa em questão e seus respectivos objetivos. Logo após foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em apêndice, e encaminhados para uma sala multiprofissional.

No local, de forma individual, a sala foi reservada no período vespertino para aplicação do questionário, sendo um ambiente calmo, tranquilo, sem ruídos, com boa iluminação, sem janelas para expor o paciente e com boa segurança, de modo que o pesquisador fez a leitura juntamente com entrevistado para resolver quaisquer dúvidas que aparecesse durante a leitura das questões. Os questionários não foram identificados para manter o anonimato dos usuários. Após a coleta os pesquisadores foram para o local de processamento dos dados, sendo um ambiente tranquilo, calmo e com boa iluminação para avaliação dos questionários para os pesquisadores detectarem o estado de qualidade de vida desses pacientes e elaborar uma cartilha para a equipe multiprofissional quanto às formas de melhorias na qualidade de vida dos pacientes estudados, mediante os scores dos domínios encontrados.

2.7. Variáveis

- ✓ Variável dependente: Qualidade de Vida.

- ✓ Variável independente: Tempo de transplante.
- ✓ Variável de controle: Sexo; Idade, estado civil, grau de instrução e tempo de transplante.

2.8. Tabulação dos dados

Para verificar os aspectos sociodemográficos dos pacientes da pesquisa, os pesquisadores separaram os dados por variáveis, após finalizarem a pesquisa, todas as variáveis foram correlacionadas com a variável independente: tempo de transplante. A primeira do sexo, quanto ao feminino e masculino, analisando as proporções. A segunda, idade, que foi analisada em grupos de 20 a 30 anos, 30 a 40 anos, 40 a 50, 50 a 60 anos e 60 a 70 anos. A terceira variável em relação ao estado civil que foi separada em grupos casado/união estável e solteiros. A quarta variável, que é o grau de instrução foi analisada em grupos de analfabetos sem escolaridade, fundamental incompleto, fundamento completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, nível superior incompleto, nível superior completo e pós-graduação. Por último, a variável tempo de transplante que foi observado o tempo de transplante dos pacientes do grupo estudado e dividido em grupos de menos que 1 ano, de 1 ano a menor que 2 anos, 2 anos a menor que 3 anos, 3 anos a menor que 4 anos e acima de 4 anos.

Após o levantamento dos aspectos sociodemográficos fez-se o cálculo dos escores do questionário *Medical Out comes Study 36 – Item short - form health survey* (SF36) (Ciconelli, 1997) aplicado no grupo inteiro dos pacientes transplantados, para verificar os escores de cada domínio: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

Os dados foram tabulados conforme as fases para o cálculo dos escores do questionário, sendo a Fase 1 de ponderação de dados, onde será feito a somatória da pontuação dos resultado obtidos, conforme a tabela abaixo de Ciconelli, 1997:

TABELA 1. Fase 1, ponderação de dados, cálculo dos escores do questionário SF36. São Paulo, 1997.

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manterá o mesmo valor	
03	Somaremos todos os valores	
04	Somaremos todos os valores	
05	Somaremos todos os valores	
06	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
07	Se a resposta for	Pontuação
	1	6,0
	2	5,4
	3	4,2
	4	3,1
	5	2,0
	6	1,0

08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for (1), a pontuação será (6)</p> <p>Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)</p> <p>Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)</p> <p>Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)</p> <p>Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p>
09	<p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (6)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 6, o valor será (1)</p> <p>Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo</p>
10	Consideraremos o mesmo valor.
11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (1)</p>

Fonte: Ciconelli, 1997.

Na segunda fase do cálculo do *Raw Scale*, termo utilizado devido o valor não representar nenhuma unidade de medida, foi transformado o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), no qual 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. Os domínios são: capacidade funcional,

limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

Para isso iremos aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Valor obtido nas questões correspondentes – Limite inferior x 100

Variação (Score Range)

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

TABELA 2. Fase 2, cálculo do *Raw Scale*, cálculo dos escores do questionário SF36. São Paulo, 1997.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Fonte: Ciconelli, 1997.

2.9. Riscos e Benefícios

Consideram-se como possíveis riscos e desconfortos durante o desenvolvimento do estudo a chance de identificação e/ou exposição da opinião dos participantes ou o constrangimento por alguma pergunta que conste no questionário

aplicado. No entanto os pesquisadores garantiram o respeito e a confidencialidade ao preconizado segundo a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de dezembro de 2012. Foi enfatizado que todos os questionários respondidos, somente os pesquisadores teriam acesso a essas respostas, além de no questionário não constar nome de nenhum participante. Portanto o paciente da pesquisa não teria nenhum constrangimento em seu local de tratamento. O local onde foi aplicado o questionário, individualmente, é um ambiente calmo, com boa iluminação, sem ruídos e fechado. Para responder às questões os participantes não utilizaram quaisquer meio de informação, ao término os pesquisadores receberam os questionários e levaram para o local de processamento dos dados. Porém, caso o paciente da pesquisa se sentisse de alguma forma lesado, poderia cancelar em qualquer momento a sua participação na pesquisa, pois no termo constava o contato do Comitê de Ética e Pesquisa ou se necessitasse de apoio psicológico seria encaminhado para o serviço de psicologia do HRP, que seria providenciado pelo pesquisador responsável, visto que o local possui acompanhamento psicológico dos pacientes, sendo um dos membros da equipe multiprofissional que acompanham os pacientes transplantados, bastava o participante da pesquisa solicitar ao pesquisador.

Em relação aos benefícios, esperamos que o resultado desta pesquisa com dados referentes à atual realidade psicossocial dos pacientes receptores submetidos ao transplante renal forneça subsídios visando beneficiar não somente os pacientes, mas também a rede de apoio compreendida pelos seus familiares e a equipe de atendimento. Quanto aos benefícios ao paciente, a pesquisa busca por meio de seus resultados ampliarem o conhecimento da equipe multiprofissional e das pessoas que convivem com Doença Renal Crônica, para que esse seja compreendido em suas limitações e carências psicossociais.

No final da pesquisa após a análise e conclusão dos dados coletados, os pesquisadores deram um retorno para todos os participantes da pesquisa, sendo realizada uma palestra apresentando os resultados, discussão e conclusão da pesquisa no auditório do Hospital Regional Público do Araguaia, os pesquisadores da pesquisa entraram em contato por meio telefônico com todos os participantes desta pesquisa para realizar o convite com antecedência mínima de 15 dias. O

contato dos pacientes foi pego com a equipe de transplante da Instituição onde foi realizada a pesquisa.

2.10. Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universidade Federal do Tocantins, CAAE: 11760319.1.0000.5519, para posteriormente iniciarmos a coleta de dados, informando os pacientes quanto aos objetivos do estudo e autorização destes, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (em anexo), antes de iniciar a pesquisa, foi explicado aos usuários que a participação era facultativa e voluntária, conforme determina a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, dos protocolos de coleta de dados do estudo. Os questionários foram aplicados somente com o consentimento dos participantes da pesquisa.

3. QUALIDADE DE VIDA

3.1. Índice de desenvolvimento humano

O conceito de desenvolvimento humano é afirmado por Kieling (2014), como uma necessidade de analisar o desenvolvimento das pessoas, para as pessoas e pelas pessoas. Essa orientação levou a criação do índice de desenvolvimento humano que de acordo com Oliveira (2008), em 1998, foi realizado pelas Nações Unidas, o primeiro relatório de desenvolvimento humano, com a finalidade de elaborar e construir diferentes índices composto para comparar os aspectos do bem-estar da sociedade de diversos países.

O índice de desenvolvimento humano procura analisar as realizações médias de um país permitindo quantificar o acesso a uma vida prolongada e saudável, à educação e aos recursos necessários para uma vida decente, resultando, portanto, a combinação de três dimensões básicas: educação, renda e saúde (OLIVEIRA, 2008).

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2003), afirma que esse índice foi criado para se contrapor ao Produto Interno Bruto per capita, considerando somente a dimensão econômica do desenvolvimento, sendo uma forma de desenvolvimento humano mais conhecido e utilizado em todo o mundo (TORRES, FERREIRA; DINI, 2003).

Machado e Pamplona (2008) afirma que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um dos critérios utilizados pelo governo para determinar quais municípios comporiam as áreas beneficiadas pelo programa Territórios da Cidadania.

Para Bueno (2007), a construção do IDH baseia-se em na redução de desigualdades, ou seja, o desenvolvimento não é analisado a partir do crescimento de uma variável, mas da redução entre a variável e o máximo valor obtido. Dando assim, uma maior importância aos objetivos mais difíceis de serem alcançados.

Machado e Pamplona (2008) afirmam que para verificar o desenvolvimento humano devem-se abordar todos os pontos dos modelos tradicionais de crescimento, sempre considerando o ponto de vista populacional, ressaltando falar em crescimento econômico, por exemplo, levando em conta se as pessoas participam e se beneficiam do crescimento.

O primeiro cálculo do índice de Desenvolvimento Humano realizado na década de 90 consistia no logaritmo do Produto Interno Bruto por habitante, calculado com base no poder real de compra, até o nível da linha internacional de pobreza, depois de 1990 o cálculo modificado de várias maneiras, incluindo a taxa de alfabetização que foi modificado em 1991 e a expectativa de vida ao nascer. Esses itens eram analisados para medir a distância entre os melhores e os piores resultados entre os países (OLIVEIRA, 2008).

Para Barros, Henriques e Mendonça (2000), a nação brasileira apresentava resultados de pobreza maiores que à maioria dos países que têm renda per capita semelhante à sua. Mesmo tendo uma grande apresentação de produtividade, notava-se uma distribuição desigual de renda.

Geralmente as divulgações feitas dos dados do IDH são de anos anteriores, pois os mais recentes muitas vezes não são inseridos na análise do índice a nível global. Inconsistências deste tipo levam especialistas a criticar os dados de referência que a ONU utiliza, pois há dados mais recentes em alguns países que, se fossem computados no índice, fariam com que os mesmos elevassem seu IDH e sua classificação no ranking, por exemplo. Porém, essa defasagem nos dados pode ter pouca importância, visto que o IDH só tem sentido quando visto em longo prazo (OLIVEIRA, 2008).

A metodologia de cálculo, ao longo dos relatórios publicados pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), inegavelmente vem sofrendo aperfeiçoamentos técnicos para fins de melhorias das estatísticas que compõem o índice. No entanto, ainda permanece a lacuna referente à análise dos indicadores de pobreza e distribuição de renda (BUENO, 2007).

De acordo com Torres, Ferreira e Dini (2003), não se pode contestar que houve progressos no padrão de vida da população brasileira ao longo das últimas

décadas. Embora o crescimento econômico do Brasil não tenha sido o desejado, o País conseguiu avançar muito na área social.

Para entender o desenvolvimento populacional da Região Norte, no âmbito dos agrupamentos populacionais, utilizam variáveis explicatórias, dentre elas o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Ao verificar a situação da Região Norte do Brasil, percebe-se que esta região se destaca das demais por suas particularidades, das quais compreendem a exacerbada disparidade social e econômica e também o distanciamento das demais regiões mais desenvolvidas do Brasil. Os indicadores sociais desta região estão entre os piores do Brasil, em confronto com o seu significativo desenvolvimento populacional, extremamente acima da média do país (ADES; GLAESER, 1995).

Silveira, Silva e Carvalho (2008), citam que o desenvolvimento humano de uma sociedade é objetivo de todo governo. Para planejar políticas públicas deve-se discutir sobre o desenvolvimento humano, é fundamental medir o grau deste. A mensuração do nível de desenvolvimento vem crescendo gradativamente. Sendo o Índice de Desenvolvimento Humano, bastante utilizado como indicador de evolução de um determinado público.

De acordo com Silva, Fernandes e Baptista (2004), o desenvolvimento humano precisa ser apontado como um indicador composto por uma pluralidade de variáveis, e desse modo, analisar a qualidade de vida de uma população, considerando relevante a elaboração de um indicador que dimensione o desenvolvimento atingido por uma determinada sociedade.

Silva e Bacha (2014) citam que uma boa parte da desigualdade de desenvolvimento social dentro da região Norte, é causada pelas dificuldades de acesso. De forma a compreender sobre a aglomeração dessa região, o qual se tem como suposição, que as cidades de maior extensão estão agindo como indutores de desenvolvimento. Deste modo, ajudam e auxiliam os tomadores de decisão no rumo de políticas públicas de melhor condição de vida.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018), a região Norte possui somente 59,2% das residências ligadas à rede geral de distribuição, bem inferior aos que 85,7% do registrado no Brasil e os 92,5% do Sudeste. Em relação ao saneamento básico, as únicas regiões em que a

porcentagem de domicílios que possuem rede de esgoto geral, diretamente ou via fossa, e inferior a 50%, são as regiões Norte e Nordeste, em contra partida à média nacional, que é de 66%. No Norte, 69,2% dos domicílios, desprezam seu esgoto em outras fossas que não estão ligadas à rede. Assim tendo uma porcentagem até de 48,2% no Nordeste. As duas regiões permanecem abaixo da média nacional em abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo (IBGE, 2018).

A região Norte possui a maior extensão territorial em relação à proporção nacional, abrangendo 42,27% de todo o território brasileiro, pode-se observar uma vasta desigualdade em relação aos índices dimensionais dessa em relação ao restante do país (LOPES, 2015).

O que torna preocupante, o fato da maior região brasileira, com um dos dois maiores Produtos Internos Brutos (PIB's) do país, segundo as contas regionais publicadas no IBGE (2014), e, em contrapartida, com o PIB *per capita*, um dos menores no mesmo ano, tornando-a uma região empobrecida multidimensionalmente.

No entanto, ainda em relação ao percentual monetário, Lopes (2015), revela que o Pará possui uma divisão bem clara e com o passar dos anos, a metade sul, juntamente com o Leste do Tocantins, apresentam um percentual bem mais baixo na proporção de pobreza monetária, comparados à metade norte, onde se localiza a capital do Estado.

Porém, os estados reduziram mais a pobreza monetária do que a pobreza humana, então o aumento da renda da população não foi igual ao aumento da qualidade de vida dos habitantes da RN (LOPES, 2015), uma vez que os indicadores utilizados para mensurar as três dimensões essenciais para a qualidade de vida da população, não são monetários.

A região Norte do Brasil (RN) é uma região diversificada, marcada por peculiaridades que a diferencia das demais regiões do país, o isolamento geográfico que a região vive é uma marca da vida economia e social da região podendo ser essa uma das razões para as desigualdades encontradas nos índices da mesma (LOPES, 2015).

Assim, pode-se perceber por meio desse estudo, a importância da utilização de Índices de Desenvolvimento Humano para mensuração, não só da qualidade de

vida da população, mas, também, para comparação das diferentes realidades brasileiras, e se tem sido desenvolvido estratégias de enfrentamento para os baixos resultados apresentados, com uma melhoria regional e municipal, ao decorrer das análises que serão feitas posteriormente.

3.2. Qualidade de vida relacionado à saúde

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade de vida significa conhecimento dos indivíduos e das suas vivências no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ela está inserida e em relação aos seus propósitos, condições e expectativas de vida, que incluem aspectos relacionados à saúde, mas excluem outros mais genéricos (NORONHA *et al.*, 2016).

A preocupação com a qualidade de vida das pessoas tem sido destacada na área das Ciências da Saúde. A terminologia qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) é uma tradução da expressão inglesa *Health-Related Quality of Life*. A expressão estar com saúde deixou de ser entendida como apenas ausência de doença e passou a ser concebida como uma condição de bem-estar físico, mental e social (FREIRE *et al.*, 2014).

A qualidade de vida esta relacionada a vários fatores como à autoestima e ao bem-estar pessoal que abrange vários aspectos, como: condição financeira, capacidade funcional, vida social e emocional, prática de atividades físicas, apoio familiar, estado de saúde, valores culturais, éticos e religiosidade, estilo de vida, satisfação com o emprego e/ou com as atividades da vida diária e com o ambiente em que se vive. Portanto, a definição de qualidade de vida é difícil, por se tratar de uma construção individual e determinada por inúmeras variáveis interligadas ao longo da vida (DAWALIBI *et al.*, 2013)

Vale ressaltar que a qualidade de vida não esta diretamente ligada a condições financeiras, mas sim nas condições que as famílias são submetidas, a população carente é esquecida pelo o governo e vivem em condições precárias, não tem acesso à educação e saúde de qualidade, vivem com a sensação de insegurança e em decorrência desses problemas é inviável ter uma qualidade de vida (FREIRE *et al.*, 2014).

O interesse de qualidade de vida na área da saúde é muito importante e fundamental, cheio de novos desafios que influenciam o exercício das atividades deste setor nos últimos anos. Além disso, retrata a percepção do indivíduo sobre a condição de sua vida diante das enfermidades enfrentadas, as consequências e como a doença afeta sua condição de vida útil (CRUZ; COLLET; NÓBREGA, 2018).

O objetivo voltado para a qualidade de vida de avaliar o estado de saúde é para a capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidez. Contribuindo para a avaliação da opinião pessoal de cada indivíduo de satisfação ou preocupação, do mesmo modo que os diferentes resultados serão inseridos a partir de intervenções terapêuticas utilizadas para a melhoria da qualidade da população (COSTA; NOGUEIRA, 2014).

A avaliação da qualidade de vida é indispensável e deve ser considerada como critério na avaliação de saúde da população em geral, uma vez que, a mesma leva em consideração particularidades que, passam despercebidas na avaliação clínica nos serviços de saúde. A mesma pode acrescentar o histórico do paciente e auxiliar na elaboração de estratégias adequadas para o indivíduo, para que ele se adapte às perdas físicas, sociais e emocionais que acontece no decorrer da vida. (NASCIMENTO *et al.*, 2018)

A qualidade de vida dos indivíduos tem sido divulgada, como um problema da saúde, na qual o mesmo e o seu estado de saúde e bem-estar estão em destaque. O uso do termo qualidade de vida está relacionado a vários campos de atuação, o que ocasionou a busca por uma conceituação mais precisa no campo da saúde (COSTA *et al.*, 2018)

A sua investigação é importante para a avaliação dos aspectos das doenças, de intervenções terapêuticas para os doentes crônicos, o conhecimentos sobre os grupos vulneráveis, incapacidades que podem ser geradas pela doença, e também para a priorização da aplicação dos recursos utilizados na saúde (COSTA & NOGUEIRA, 2014).

Os aspectos sociais, psicológicos, físicos, vida amorosa, e satisfação encontrado na vida familiar estão relacionados à qualidade de vida em modo geral. Já no paciente transplantado o cuidado com esses aspectos deve ser redobrado, sabendo que ele deve tomar suas devidas precauções após o transplante, pois a

sua qualidade de vida só vai depender do seu esforço próprio, e com ajuda de familiares e amigos (COSTA; NOGUEIRA, 2014)

Os avanços tecnológicos possibilitaram uma melhora na qualidade de vida das pessoas que precisam de transplantes, proporcionando assim, vários procedimentos beneficiando os receptores em todo o mundo. Muitos pacientes esperam um transplante de órgãos, tecidos e células, tendo em vista que o transplante beneficia os mesmos, através do desenvolvimento tecnológico e melhoria das técnicas cirúrgicas, equipamentos e medicamentos para este procedimento (MENDONÇA *et al.*, 2014).

Os pacientes com doença renal crônica necessitam do transplante renal, mas enquanto aguardam o transplante na lista de espera ficam em outra terapia, a terapia de substituição renal (TRS), com esta terapia os pacientes conseguem uma qualidade de vida significativa (MENDONÇA *et al.*, 2014).

Segundo Santos *et al.* (2018), todo paciente transplantado tem uma submissão que sua vida vai volta ao normal depois do ato do transplante, mais a realidade é outra, pois ele vai se depara com algumas situações, ficando dependendo de manutenção do seu tratamento, com várias restrições de alimentação, exercício físico, além da sua dependência de medicações. O transplantado renal pode haver algumas interferências na sua qualidade de vida devido a quantidade de medicações em excesso que ele ingere, podendo haver alterações no organismo como disfunção sexual.

Há relatos que os transplantados veem a qualidade de vida de forma positiva, pois antes do transplante muitos tinham várias restrições devido estarem fazendo tratamento de hemodiálise, já após o transplante as restrições são menos, vivenciando positivamente uma qualidade de vida melhor, na percepção do próprio paciente (SANTOS *et al.*, 2018).

Um das manifestações da doença renal crônica é a insuficiência renal, gerando principalmente uma redução da filtração de substâncias tóxicas, deste modo ocorrem alterações metabólicas e hormonais significativas. Quando a insuficiência renal crônica está no estágio mais avançado, ou seja, o paciente com perda de mais de 90% da função renal, é denominada doença renal terminal (DRT), isso está ocorrendo devido ao envelhecimento da população e doenças crônicas, como

diabetes, hipertensão arterial sistêmica, problemas cardiovasculares e câncer (RAVAGNANI; DOMINGOS; MIYAZAKI, 2007).

Os tratamentos existentes atualmente não são curativos, estão disponíveis apenas para substituírem a função renal na doença renal terminal, deste modo essas terapias conseguem aliviar as manifestações clínicas desta patologia, além de preservar a vida do paciente. Os tratamentos incluem a hemodiálise, diálise peritoneal e o transplante, todavia, a diálise e o transplante são complementares, além disso, serve também como um tratamento de suporte na fase inicial e preparo para o transplante (RAVAGNANI; DOMINGOS; MIYAZAKI, 2007).

A doença renal crônica diminui a perspectiva de vida do paciente, limitando a vida social e profissional gerando consequências, também, na saúde mental. O transplante renal é um tratamento que traz para o paciente uma melhor qualidade de vida, aqueles que estão em lista de espera e na hemodiálise, almejando não necessitar deste tratamento, porque, o transplante permite o paciente uma vida com mais qualidade e próxima da normalidade (SOUTO *et al.*, 2016).

O paciente transplantado consegue levar uma vida normal e após alguns meses apesar das recomendações médicas, que diminui as restrições para ter uma vida saudável. A qualidade de vida percebida após o transplante renal está relacionada com as reduções dos sintomas, como dor e fadiga, dependência do tratamento, além de melhora no sono, capacidade de realizar as atividades diárias, deste modo percebesse que a efetivação do transplante melhora significante na qualidade de vida dos pacientes transplantados (SOUTO *et al.*, 2016).

O profissional da saúde tem que fazer uma educação continuada com os pacientes transplantados, pois um transplante pode ser bem-sucedido, mais o paciente sempre irá conviver com a doença crônica renal, sempre havendo restrições (SOUTO *et al.*, 2016).

O instrumento genérico SF-36 é uma versão em português do Medical Out comes Study 36 – Item shortform health survey, traduzido e validado por Ciconelli (1997), com conceitos não específicos para uma determinada idade, doença ou grupo de tratamento e que permite comparações entre diferentes patologias e entre diferentes tratamentos.

O estudo centrado na qualidade de vida permite que o questionário SF-36 ofereça a percepção do estado de saúde da população pesquisada, tornando-se assim abrangente comparado às medidas específicas de funcionamento biológico. Além disso, este questionário possibilitará efetivamente a análise quantitativa da saúde representada e subdivididas em domínios, soma-se ainda a possibilidade de comparação entre populações diferentes, englobando a presença ou ausência de patologias. Além disso, torna-se relevante citar que o primeiro estudo no qual foi utilizado o questionário SF-36 traduzido para o português no Brasil, foi realizado pela autora Ciconelli (1997) onde a mesma aplicou este questionário em seu estudo com pacientes diagnosticados com artrite reumatoide (SILVA, 2008).

3.3 Doença Renal Crônica

Conhecida como uma das patologias que afeta gravemente a saúde pública no mundo, a (DRC) Doença renal crônica, é responsável pela ausência total das funcionalidades dos rins, além de casos existentes, o número de incidência vem despertando preocupações cada vez mais no Brasil, relacionados a alguns fatores como senilidade, rápido processo de transição demográfica populacional devido a grande procura de expectativa de vida melhor, outras patologias como hipertensão arterial e diabetes também são fatores determinantes de saúde, como a situação socioeconômica e as desigualdades sociais que contribuem para essa alarmante enfermidade que desestrutura a saúde pública Brasileira, sendo de grande importância que os órgãos governamentais tenham uma visão holística dessa situação para que possa colocar em práticas programas e ações prestadas pelos profissionais da saúde, para que possa amenizar a realidade e melhorar a qualidade de saúde da população (MARINHO *et al*, 2017).

Uma das grandes novidades relacionadas a Doença renal crônica é o grande número de casos presentes dessa doença em pacientes hiperdiácos que estão relacionados a outras patologias que acometem também o sistema cardiovascular considerada de auto risco, prejudicando a saúde do povo brasileiro, para que possa diminuir esse quadro contingente de números de pessoas enfermos a doença renal crônica, considerada um problema de saúde pública, os profissionais de saúde

principalmente o enfermeiro e a sua equipe de enfermagem na Unidade Básica de Saúde (UBS), que é a porta de entrada do SUS, os profissionais da saúde tem que aprimorar suas práticas educativas e suas ações executadas, por meio da educação permanente para que possa melhorar a qualidade de saúde dos usuários cadastrados na Unidade Básica de Saúde e da comunidade, em programas inseridos como hiperdia e sempre buscar inovar através da prevenção, promoção e recuperação da saúde, ações de educação em saúde, como a prática de atividades físicas, hábitos alimentares saudáveis, que possa melhorar a qualidade de saúde da comunidade e dos usuários para que possa diminuir a incidência e o números de casos confirmados a respeito da doença renal crônica (ALVES *et al*, 2016).

A Doença renal crônica no período de 2013 passou por grandes modificações e avanços a respeito das complicações e implicações referente a sua formação e o funcionalismo dos rins, observados no período de 90 dias, teve grandes mudanças positivas na área da saúde com a nova versão das diretrizes desenvolvidas pelo *Kidney Disease: Improving Global Outcomes* (KDIGO), que tinha uma visão ampla e classificatória que se baseava não só na doença em si, mas a causa e a classificação da taxa fragmentada glomerular e albumina, que facilita detectar riscos adversos que comprometam a função renal ou a sua mortalidade (KIRSZTAJN *et al*, 2013).

Infelizmente, no Brasil, a doença renal crônica possui uma incidência muito grande, progredindo cada vez mais, gerando sofrimento, tratamentos caros, ou até perdas para a população. Com isso a Estratégia de Saúde da Família (ESF) passa para secretaria de saúde, que passa para o ministério da saúde, no qual a prefeitura precisa entrar com ações educativas para resolver os problemas e agravos que prejudicam a qualidade de atendimento na ESF e das populações suscetíveis a adoecer trabalhando com educação em saúde, por meio de palestras, campanhas e ações levando uma promoção, proteção e recuperação da saúde da população. Tais fatos geram custos menores tanto para a prefeitura quanto para os Hospitais, ESF, com equipamentos estéreis e tratamentos caros, diminuindo assim os gastos, sendo que também é essencial que os órgãos competentes suprimem as estratégias de saúde da família, com materiais didáticos, e equipamentos para capacitação dos profissionais, facilitando no processo de execução de suas ações e práticas educativas (XAVIER; LIMA, 2018).

Considerada uma patologia que prejudica drasticamente a função dos rins, além de ser gravíssima e bastante encontrada no nosso território brasileiro, a DRC, pode ser prevenida e tratada, sendo os rins órgãos fundamentais para manter o equilíbrio, função e a temperatura do corpo humano, a grande preocupação é devido ao tratamento de qualidade e devido o grande custo efetivo com equipamentos para realizar procedimentos como diálise e transplantes de rins, principalmente quando a economia do país, não se encontra tão estabilizada que além dos conhecimentos técnico – científico dos profissionais serem necessários, não são suficientes para prestar um atendimento e tratamento de qualidade, aos usuários de Doença Renal Crônica (BASTOS *et al*, 2010).

Tal fato ocorre porque não depende só dos profissionais, mas sim das esferas de governo para que possa suprir as necessidades encontradas diante dos pacientes e procedimentos de diálises e dos profissionais de saúde que atuam na ESF, com matérias de qualidade para que possam trabalhar na prevenção e promoção na atenção primária de saúde, com esse trabalho em equipe entre os órgãos competente junto com os profissionais de saúde será mais viável e adequado para prestar um atendimento de qualidade, no qual os pacientes se sintam mais acolhidos e humanizados criando um vínculo e facilitando nos procedimentos executados. Só assim podemos mudar essa realidade em que se encontra o paciente de doença renal crônica no país, dando mais esperanças e aumentando seu autoestima referente à qualidade de saúde do Brasil na expectativa que possa mudar esse contexto diminuindo os fatores determinantes que disparam esses problemas de saúde no Brasil para que não possa diminuir somente a quantidade de casos prevalente, mas sim o número de incidência causadas pela doença renal crônica (BASTOS *et al*, 2010).

A ausência progressiva da eficiência do funcionamento dos rins é denominada progressão e pode desencadear a doença renal crônica avançada, também chama de estágio 5, conceituando que os rins estão funcionando em uma taxa de filtração menor que 15ml/min. Sendo assim, isso pode ser comparado em torno de 15% da função renal original de um ser humano saudável (DAUGIRDAS; BLAKE, 2007).

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) de acordo com Nepomuceno *et al*, (2014) é denominada com a rápida redução da função renal, tendo como consequência a

diminuição da diurese e a perda da homeostase interna, ou seja, perda do funcionamento normal do organismo, até a paralisação quase total (cerca de 90%) ou total do funcionamento renal, fazendo com que o seu portador adquira diversas incapacidades (LUCENA, 2014).

Sabe-se há décadas que a taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) declina em paralelo à idade, sendo assim os idosos com doença renal crônica avançada possuem maior risco de morte, insuficiência renal, entre outras patologias relacionada a idade avançada. Portanto é aceito que a idade avançada por si só não impede o transplante renal em candidatos adequados (TONELLI; RIELLA, 2014)

Quando os rins se encontram incapacitados de cumprir sua função de eliminar ureia e substâncias tóxicas através da urina, é indispensável uma intervenção, que é conhecida como Terapia Renal Substitutiva (TRS), isto é, um tratamento que desempenha as mesmas funções dos rins, sendo que são três as modalidades de tratamento, para essa patologia que são: hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal. Os indivíduos que realizam a TRS estão submissos à diminuição da sua qualidade de vida em relação à população em geral e maior prevalência de transtornos de humor. A relação entre qualidade de vida é opostamente proporcional à prevalência de ansiedade e depressão (SANTOS *et al.*, 2015, 2017).

Essa condição pode representar aumento na mortalidade e morbidade nos pacientes em diálise, assim como afetar a aderência à terapêutica e modular a sua situação imunológica e nutricional, tanto pelos indícios da depressão ou da ansiedade em si como pelos sintomas integrados, como perda da concentração, perda da motivação, distúrbios do sono, fadiga, humor depressivo e dificuldade de compreender informações (STASIAK *et al.*, 2014).

As terapias renais substitutivas são, no Brasil, o tratamento dominante, apesar de gerarem impactos negativos na vida dos pacientes como a perda de quantidade e qualidade de vida, porém estima-se redução de 11% na renda de portadores de insuficiência renal crônica por conta da redução da capacidade laboral que poderiam, em grande parte, ser atenuada pela realização da TRS (SILVA *et al.*, 2016).

A principal forma de tratamento da doença renal crônica é a hemodiálise. A hemodiálise é um processo em que o sangue passa por uma máquina, e esta, limpa e filtra tirando todas as impurezas, ou seja, realiza todo o trabalho que o rim prejudicado não consegue fazer. O tempo para a realização da hemodiálise varia de acordo com o estado clínico do paciente, geralmente, de quatro horas, com a frequência de três ou quatro vezes por semana (SILVA *et al*, 2016).

É interessante observar que pacientes em tratamento dialítico, principalmente hemodiálise, vivem com múltiplos impedimentos impostos pelo tratamento, destacando a dependência de uma máquina para sobreviver, e, também, a necessidade de conviver com um acesso para o tratamento representado pela fístula arteriovenosa, enxerto ou cateter duplo lúmen e as limitações, como restrições alimentares e de volumes de líquidos. Esse fato traz impactos negativos para o ser biopsicossocial, bem como no estilo de vida da pessoa e sua família (STASIAK *et al.*, 2014).

A Diálise peritoneal tem surgido como alternativa viável, segura e complementar à hemodiálise no início dialítico não planejado tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, tornando-se também ferramenta útil para crescimento do programa de diálise peritoneal. Esta é uma das alternativas para o tratamento de escolha para alguns pacientes com insuficiência renal da qual não tem capacidade ou que não desejam serem submetidos à hemodiálise ou transplante renal (MENDES *et al.*, 2017).

A alternativa de uma das possibilidades de tratamento dependerá dos elementos relacionados as situações clínicas e qualidade de vida dos usuários. A recomendação da diálise ocorre quando o tratamento conservador se torna incapaz de conservar qualidade de vida do usuário. Sendo assim, a diálise peritoneal é uma das alternativas terapêutica que previne a função residual do rim, tem um monitoramento dos níveis pressóricos e hematológicos e possibilita estabilidade hemodinâmica. No entanto, a diálise peritoneal seja uma ótima alternativa de tratamento, a mesma pode influenciar graves alterações como a peritonite inflamação do peritônio (DIAS *et al.*,2014).

A diálise peritoneal pode ser manual ou automática, no caso da manual, o paciente faz quatro trocas de solução de diálise num período de 24 horas, os usuários têm necessidade de fazer cinco trocas, no máximo. O paciente e sua

família recebem um treinamento para realizar as trocas em casa, no trabalho ou durante uma viagem. O material para troca compõe-se basicamente em um equipo em “Y” que em uma ponta, temos uma bolsa de plástico cheia de solução de diálise e na extremidade oposta, temos uma bolsa de plástico vazia que vai receber o líquido drenado e uma terceira extremidade, que vai ser ligada ao cateter que foi implantado no paciente (DAUGIRDAS; BLAKE, 2007).

No caso da diálise peritoneal automatizada temos a assistência de uma máquina cicladora. O usuário conecta seu cateter peritoneal a essa cicladora à noite. A máquina vai infundir e drenar o líquido de 3 à 5 vezes enquanto o paciente dorme, sendo que o líquido drenado vai direto para o ralo. Em relação a programação da máquina, a prescrição é feita pela equipe de saúde e então programa-se a máquina para que realize as trocas espontaneamente na casa do paciente (DAUGIRDAS; BLAKE, 2007).

A outra modalidade é o transplante, um procedimento cirúrgico que consiste na retirada de um rim de um indivíduo doador e a sua implantação no receptor, recomendado para pessoas com Doença Renal Crônica (DRC) restrito em seu estágio 5 da doença (STASIAK *et al.*, 2014), sendo uma das mais completas alternativas para pacientes que necessitam de transplante renal, pois beneficia pacientes que necessitam dessa alternativa, ela oferece anos de vida com uma excelente qualidade e sobrevida em longo prazo comparado hemodiálise (MENDONÇA *et al.*, 2014).

O transplante renal tem poucas contraindicações e apresenta uma ótima alternativa, na realidade não tem estabelecido uma idade, além de uma ótima aceitação ao tratamento, devido isso os pacientes que precisam se submeter a essa terapia tem a esperança de uma vida melhor, mas também têm as dúvidas e anseios quanto a incerteza, aceitação e o resultado positivo do transplante (PAULETTO *et al.*, 2016).

Após o transplante o cuidado de enfermagem é importante em todo o processo desde período de transplante de rim em diversos aspectos, ressaltando o preparo do paciente e família para o transplante e tratamento após procedimentos (STASIAK *et al.*, 2014). As estratégias para melhorar eficácia após a cirurgia transplante renal dispõe com as orientações de enfermagem na qual podem-se prover ênfases de conteúdos a serem abordados para que as modificações não se

constituam em situações decepcionantes ou em impeditivos para uma vida com qualidade, tendo assim uma visão holística (STASIAK *et al.*, 2014).

Mesmo que após a realização do transplante renal não ocorra a cura da DRC, ou seja, exista a precisão de uso de remédios, prossigam restrições/cuidados alimentares e sejam necessários cuidados para sua saúde, a probabilidade de um transplante é vista como algo favorável, possuindo repercussões psíquicas (STASIAK *et al.*, 2014)

A inserção da família e sua concepção podem colaborar no tratamento e na adesão para condutas terapêuticas indicadas, havendo experimentos internacionais com centros de informações para esclarecimento de dúvidas (TONELLI; RIELLA, 2014).

O sistema único de saúde é também o principal financiador de transplantes no Brasil, o país possui um dos maiores programas públicos de transplantes de órgãos e tecidos do mundo, administrado pelo Sistema Nacional de Transplantes (SILVA; AFFONSO; ARAÚJO, 2016). Em pesquisas anteriores são relatados que além dos benefícios financeiros, o transplante renal é a opção mais eficaz dentre as modalidades de tratamento da insuficiência renal crônica, pois permite, na maioria dos casos, a reintegração do paciente às suas atividades cotidianas, melhorando o aumento da expectativa de uma melhor qualidade de vida em relação aos pacientes submetidos às diálises. (SANTOS *et al.*, 2015)

Portanto, apesar de o Brasil ser um dos países que mais realizam transplantes no mundo, possui uma das menores taxas de doação devido a escassez da oferta de órgãos que vem gerando uma rápida expansão na lista de espera por transplante.

3.4. Habilitação da equipe multiprofissional

A educação profissional tem passado por uma intensa reforma desde a década de 90 com a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 20 de dezembro de 1996 e os instrumentos que a complementam, como decretos, portarias, pareceres, normas e outros, por existir a necessidade de

esclarecer e divulgar como deve ocorrer a formação profissional no Brasil (CHRISTOPHE, 2005).

Esta necessidade de estabelecer categorias de ensino profissional, esclarecer e divulgá-las por meio de documentos oficiais torna-se uma preocupação quando surge da indefinição terminológica de um termo muito genérico como, por exemplo, “ensino profissional”, que pode abranger uma variedade imensa de significados e definições por causa da relação semântica existente com outros termos (CHRISTOPHE, 2005).

Segundo Christophe (2005) observa, os termos educação profissional, ensino técnico, ensino profissionalizante, formação profissional, capacitação profissional e qualificação profissional são termos utilizados na prática e na literatura sem que haja diferenciação terminológica porque todos remetem a algum nível de abstração da educação profissional.

Desta ausência de diferenciação podem surgir dúvidas e confusão por parte dos estudantes do ensino técnico, tecnológico e superior sobre o tipo de profissional que a instituição de ensino em que está inserido pretende formar e entregar ao mercado. Ou ainda, podem surgir dúvidas por parte do próprio profissional já formado sobre as limitações e obrigações de sua profissão (CHRISTOPHE, 2005).

Nesta perspectiva que a habilitação profissional aparece como um termo a ser explicado pelas instituições de formação técnica e superior bem como pelos dispositivos de natureza legal e instrutiva para ser compreendido por parte da equipe multiprofissional de saúde.

Entende-se por habilitação profissional a “formalidade jurídica necessária à aquisição do direito legal para o exercício da profissão na qual se formou” (ENCICLOPÉDIA JURÍDICA, 2019).

Ou seja, trata-se de autorização legal para o exercício de uma determinada profissão, constituindo-se crime pelo Código Penal Brasileiro o exercício sem autorização legal de determinadas profissões, como a medicina, a enfermagem, a psicologia, o serviço social, a nutrição, entre outras, que impliquem processos éticos motivados por imperícia, imprudência ou negligência profissional.

É de extrema importância a habilitação da equipe multiprofissional para lidar com pacientes transplantados para que a equipe possa também habilitar estes pacientes de forma que eles possam praticar o autocuidado de maneira segura e eficiente, pois segundo Prates e seus colaboradores (2016), o transplante renal não

é a cura da doença, mas sim uma maneira de proporcionar uma melhor qualidade de vida ao doente renal crônico, com maior liberdade e autonomia. A importância da equipe multiprofissional na saúde é referida por diversos autores e justificada de várias formas, Colomé, Lima e Davis (2008) afirmam ser preciso desenvolver um trabalho conjunto no qual todos os profissionais se envolvam em algum momento na assistência, de acordo com seu nível de competência específico, e possam conformar um saber capaz de dar conta da complexidade dos problemas de saúde.

Trazendo esta habilitação para área da enfermagem, sabe-se que a Lei 7.498/86, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências, estabelece o âmbito de atuação dos profissionais de enfermagem e atribui aos auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros as atividades a serem desempenhadas no exercício da profissão.

Em estudo sobre profissionais de enfermagem habilitados em Minas Gerais entre os anos de 2005 e 2009, Ribeiro et al. (2014) consideram importante o acompanhamento detalhado da realidade do mercado de trabalho de enfermagem no Brasil para assegurar que a relação entre oferta e demanda de profissionais obedeçam às medidas regulatórias em vigência.

Para tal, destaca-se a importância de profissionais devidamente habilitados para a realidade mercadológica do mundo globalizado, já que as demandas por profissionais de enfermagem no Brasil e no mundo demonstram-se bastante altas (RIBEIRO et al., 2014).

No Brasil, as subseções de Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN) dos municípios são responsáveis por fiscalizar e disciplinar o exercício profissional de enfermagem. Dito isto, cabe ao COREN avaliar a documentação necessária e a vinculação dos egressos do ensino superior ao Conselho, de forma a ser concedido o registro de classe profissional permanente (RIBEIRO et al., 2014).

Com isto, pode-se perceber que a habilitação multiprofissional enquanto ferramenta de controle e avaliação das condutas desempenhadas no trabalho da equipe é uma prerrogativa indispensável para atuação profissional dos trabalhadores da saúde nesta área de qualidade de vida, pois determina a jurisdição de cada profissional e atribui de forma correta as incumbências de cunho prático e ético de cada profissão.

4. RESULTADOS E ANÁLISE

Neste estudo foram entrevistados 47 pacientes transplantados, sendo 35 homens e 12 mulheres, com idade entre 23 a 65 anos. Para analisarmos melhor os resultados desta pesquisa dividimos nos seguintes tópicos: Análise geral dos pacientes transplantados, tempo de transplante nos domínios, tempo de transplante e gênero, tempo de transplante e faixa etária, tempo de transplante e estado civil e tempo de transplante e escolaridade.

4.1. Análise geral dos pacientes transplantados

Por meio de uma análise geral, observamos que os pacientes transplantados no Sudeste do estado do Pará tem uma boa percepção de sua qualidade de vida com escores altos, como podemos observar no tabela abaixo:

TABELA 3. Visão geral dos domínios da percepção da qualidade de vida dos pacientes transplantados em um hospital no sudeste do Pará. Redenção - PA, 2019.

Variáveis	Escore
Capacidade funcional	88
Limitações por aspectos físicos	70
Dor	82
Estado geral de saúde	64
Vitalidade	83
Aspectos sociais	87
Limitação por aspectos emocionais	72
Saúde mental	83

Fonte: próprios autores.

Santos *et. al.* (2016) e Aguiar *et. al.* (2018) afirmam em seus estudos, que a realização do transplante é compreendida pelo paciente como um modo de aumentar a longevidade, reduzindo a morbidade e melhorando a qualidade de vida.

Na tabela abaixo pode-se observar o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa.

TABELA 4. Perfil sociodemográfico de pacientes transplantados em um hospital no Sudeste do Pará. Redenção - PA, 2019.

	Nº	%
Faixa etária		
20 a 30 anos	8	17,02%
30 a 40 anos	15	31,91%
40 a 50 anos	13	27,66%
50 a 60 anos	9	19,15%
60 a 70 anos	2	4,26%
Estado civil		
Casado/união estável	29	61,70%
Solteiro	18	38,30%
Escolaridade		
Ensino fundamental completo	1	2,13%
Ensino fundamental incompleto	19	40,43%
Ensino médio completo	10	21,28%
Ensino médio incompleto	6	12,76%
Ensino superior completo	8	17,02%
Ensino superior incompleto	3	6,38%
Tempo de transplante		
Menos que 1 anos	4	8,51%
De 1 a 2 anos	6	12,76%
De 2 a 3 anos	5	10,64%
De 3 a 4 anos	7	14,89%
Acima de 4 anos	25	53,19%

Fonte: próprios autores.

Em relação a faixa etária, tem-se uma boa proporção entre as idades, sendo apenas o grupo entre 60 a 70 anos, que tem se apenas 2 entrevistados nesta pesquisa. Santos (2006) refere que houve correlação linear e negativa entre as idades e as seguintes dimensões de qualidade de vida: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade e aspectos sociais. As dimensões sem correlação com a idade são as limitações por aspectos

emocionais e saúde mental. Os aspectos físicos da qualidade de vida são mais afetados com o avançar da idade do que o aspecto mental.

Quanto ao estado civil podemos observar no que a maioria dos pacientes transplantados apresenta-se casados ou em união estável. Quanto a escolaridade podemos observar todos os graus de escolaridade no público entrevistado, exceto analfabetos.

No aspecto tempo de transplante podemos observar que a maioria dos entrevistados tem 4 anos ou mais de transplante, com isto será feito a correlação entre o tempo de transplante e os domínios do questionário SF36.

4.2. Tempo de Transplantes nos domínios

Ao observar o tempo de transplante com os domínios saúde mental, limitações por aspectos emocionais, aspectos sociais, vitalidade e estado geral de saúde podemos constatar que todos apresentam escores altos, demonstrando uma boa percepção da qualidade de vida destes pacientes, conforme a tabela abaixo.

TABELA 5. A percepção dos pacientes transplantados, variável tempo de transplante, em um hospital no sudeste do Pará. Redenção - PA, 2019.

Tempo de transplante	Escore
Variáveis	
Saúde mental	
Menos que 1 anos	94
De 1 a 2 anos	79,33
De 2 a 3 anos	86,4
De 3 a 4 anos	83,43
Acima de 4 anos	81,76
Limitações por aspectos emocionais	
Menos que 1 anos	83,25
De 1 a 2 anos	77,83
De 2 a 3 anos	80

De 3 a 4 anos	61,86
Acima de 4 anos	70,64
Aspectos sociais	
Menos que 1 anos	93,75
De 1 a 2 anos	79,17
De 2 a 3 anos	87,6
De 3 a 4 anos	80,29
Acima de 4 anos	89,48
Vitalidade	
Menos que 1 anos	95
De 1 a 2 anos	80,83
De 2 a 3 anos	80
De 3 a 4 anos	82,14
Acima de 4 anos	82,4
Estado geral de saúde	
Menos que 1 anos	73,5
De 1 a 2 anos	67,67
De 2 a 3 anos	55,2
De 3 a 4 anos	66
Acima de 4 anos	62,8
Dor	
Menos que 1 anos	90,25
De 1 a 2 anos	85,17
De 2 a 3 anos	84,4
De 3 a 4 anos	78,43
Acima de 4 anos	81,12
Limitação por aspectos físicos	
Menos que 1 anos	75
De 1 a 2 anos	50
De 2 a 3 anos	75
De 3 a 4 anos	53,57
Acima de 4 anos	77
Capacidade funcional	
Menos que 1 anos	95

De 1 a 2 anos	81,67
De 2 a 3 anos	78
De 3 a 4 anos	88,57
Acima de 4 anos	90,2

Fonte: próprios autores.

Neste estudo evidenciou bons escores em relação as limitações por aspectos emocionais em todos os tempos de transplante de forma geral, pois no pós-transplante renal pode ocorrer a depressão que interfere negativamente na qualidade de vida do indivíduo. Um estudo realizado por Barros e seus colaboradores (2018) avaliou a relação entre os níveis de ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes transplantados e constatou maiores níveis de ansiedade e depressão no primeiro ano após o transplante. A ansiedade e a depressão podem surgir pelas complicações decorrentes do processo de transplante, pelo uso de imunossupressores e pelas alterações corporais após o transplante. Se não tratada adequadamente, a depressão pode levar a não adesão ao tratamento pós-transplante e a possibilidade de rejeição do órgão transplantado (BARROS *et. al.*, 2018).

Percebemos bons resultados quanto aos aspectos sociais dos pacientes transplantados em todos os períodos de tempos, demonstrando uma boa percepção da qualidade de vida relacionada à saúde destes pacientes. Para Santos *et. al.* (2016), o compromisso de fazer diálise comprometia a vida social dos pacientes, portanto, o transplante possibilita o resgate de atividades de vida diária, como contato com a família, as relações de trabalho e o lazer. Brito *et.al.* (2015), relatam em seu estudo que o transplante promove o resgate a sua vida ativa antes da instalação da doença, isto é, o retorno de poder realizar atividades simples, como viagens, passeios e festas, que poderiam voltar a serem realizadas.

Em relação a vitalidade, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (1998, p.45), vitalidade ou qualidade de vida é definida como “*a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, no contexto cultural e sistemas de valores do local onde vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*”, compreendendo setores de funcionamento, como condições físicas,

psicológicas e bem estar, capacidade funcional, interações sociais, condições econômicas ou religiosas (RAVAGNANI, *et al.*, 2007).

Em relação ao estado geral de saúde, podemos observar no estudo de Santos *et al.* (2018) resultados semelhantes, ao evidenciar que as mudanças na vida do indivíduo após o transplante renal ocorreram de forma positiva. Alvares *et al.* (2013) em seu estudo também constataram que os pacientes transplantados renais apresentavam melhor qualidade de vida, além disso, relatam que pacientes transplantados apresentam melhores índices de qualidade de vida do que pacientes com DRC que fazem uso da hemodiálise e da diálise peritoneal.

Observa-se que na escala de quantificação numérica de 0 a 100, a gravidade de suas dores foi quantificada em um score acima de 50 pontos, logo, quase ninguém dos entrevistados sentem dor. Os resultados da pesquisa são compatíveis com o estudo realizado por Carvalho *et al.* (2012), no qual os dados indicaram relevância clínica, pois após o transplante de rim os pacientes apresentaram redução da dor.

Em relação ao tempo de transplante com a limitação por aspectos físicos, observamos que os pacientes com 1 ano a menor que 2 anos de transplante apresentaram um escore de 50 na limitação por aspectos físicos, esta limitação que muitas vezes é encontrada em pacientes em hemodiálise. Os escores da qualidade de vida desses pacientes foram comparados entre homens e mulheres que realizam hemodiálise em uma cidade no interior do Ceará com uma amostra de 107 pacientes, no qual obtiveram resultados levando em consideração a idade avançada, níveis baixos de hemoglobina, insuficiência cardiorrespiratória, diabetes, doenças vasculares periféricas entre outras. Neste contexto insere-se ainda experiências precoce, relacionado a frustrações devido a expectativas não atendidas e a carência no suporte de cunho social, especialmente por parte das mulheres por se sentirem atreladas aos afazeres da casa e cuidado com os filhos o que lhes expõe a uma maior carga de estresse do corpo e da mente (LOPES *et al.*, 2007).

Enquanto no tempo de transplante com a capacidade funcional percebemos que com o tempo de transplante a capacidade funcional é diminuída, no segundo e terceiro ano e, posteriormente, ela aumenta, como observamos na pesquisa de Silva (2014), que utilizou o teste *Timed Up and Go*, que avalia a combinação de habilidades motoras (força, flexibilidade e coordenação) e sensórias (visão,

propriocepção e função vestibular), no qual o teste baseia-se em levantar de uma cadeira, andar um espaço de três metros, dar a volta, retornar e sentar-se novamente. Este teste foi realizado duas vezes e somente a segunda foi cronometrada para que a capacidade funcional do paciente fosse avaliada. A pesquisadora realizou o teste com 40 pacientes com 3 e 6 meses pós transplante, e concluiu que os pacientes se mostraram melhores após três meses de transplante e que continuaram melhorando após 6 meses em relação ao período pré-operatório.

Costa e Nogueira (2014) observaram em seu estudo que atividades de lazer, influenciam de forma positiva a capacidade funcional, a melhora da dor e o estado geral de saúde dos pacientes transplantados, dessa forma, auxiliando a recuperação e a melhora dos indivíduos.

4.3. Tempo de transplante e Gênero

Nesta seção observamos que a saúde mental, as limitações por aspectos emocionais e vitalidade apresentaram escores mais baixos no gênero feminino com tempo de transplante entre 1 ano a menor que 2 anos, sendo respectivamente, 48, 33.5 e 50, além destes a limitação por aspectos emocionais também foram apresentadas com escore de 16.5 no tempo de transplante de 3 anos a menor que 4 anos no sexo feminino. A doença renal crônica terminal reduz exponencialmente o desempenho físico e profissional do paciente, o que acaba levando há um impacto negativo sobre sua percepção da própria saúde e afetando seus níveis de vitalidade, o que pode acabar limitando suas interações sociais e causar problemas relacionados a saúde mental (SILVEIRA *et. al.*; 2010).

TABELA 6. A percepção dos pacientes transplantados, variável tempo de transplante relacionado ao gênero, em um hospital no sudeste do Pará. Redenção - PA, 2019.

	Escore masculino	Escore feminino
Saúde mental		
Menos que 1 anos	92	100
De 1 a 2 anos	95	48
De 2 a 3 anos	94,67	74
De 3 a 4 anos	88	72

Acima de 4 anos	84,4	71,2
Limitações e aspectos emocionais		
Menos que 1 anos	77,67	100
De 1 a 2 anos	100	33,5
De 2 a 3 anos	100	50
De 3 a 4 anos	80	16,5
Acima de 4 anos	80	33,2
Aspectos Emocionais		
Menos que 1 anos	91,67	100
De 1 a 2 anos	93,75	50
De 2 a 3 anos	100	69
De 3 a 4 anos	87,6	62
Acima de 4 anos	90	87,4
Vitalidade		
Menos que 1 anos	95	95
De 1 a 2 anos	96,25	50
De 2 a 3 anos	80	80
De 3 a 4 anos	88	67,5
Acima de 4 anos	85,25	71
Estado Geral de Saúde		
Menos que 1 anos	72,33	77
De 1 a 2 anos	76,75	49,5
De 2 a 3 anos	61,33	46
De 3 a 4 anos	71,6	52
Acima de 4 anos	62,05	65,8
Dor		
Menos que 1 anos	87	100
De 1 a 2 anos	100	55,5
De 2 a 3 anos	100	61
De 3 a 4 anos	83,2	66,5
Acima de 4 anos	83,1	73,2
Limitações por Aspectos Físicos		
Menos que 1 anos	66,67	100
De 1 a 2 anos	56,25	37,5

De 2 a 3 anos	91,67	50
De 3 a 4 anos	70	12,5
Acima de 4 anos	82,5	55
Capacidade Funcional		
Menos que 1 anos	93,33	100
De 1 a 2 anos	90	65
De 2 a 3 anos	90	60
De 3 a 4 anos	98	65
Acima de 4 anos	93,75	76

Fonte: próprios autores.

Na tabela observa-se que as limitações por aspectos emocionais nos homens obteve um escore alto, porém nas mulheres demonstrou alto apenas no primeiro ano, com escore de 77.67, após isto começou a cair, em um ano a menor que dois anos com escore 33.5, com 2 anos a menor que três anos, um escore de 50, e com 3 anos a menor que 4 anos, escore 16.5 e com 4 anos de transplante ou mais com escore de 33.2.

Em relação ao tempo de transplante relacionado ao gênero observou se que os aspectos sociais, a vitalidade e o estado geral de saúde dos pacientes apresentaram escores acima de 46.

Podemos observar que os homens apresentam um escore de Dor maior que as mulheres, apenas no primeiro ano de transplante que este dado é ao contrário, significando que a mulher sofre mais com dores do que os homens transplantados. O estudo de Carvalho et al. (2012), evidenciou também a acentuada diferença entre pacientes participantes da pesquisa do sexo masculino e feminino, constatando que, a dimensão de dor apresentou o score de 79,07 para o sexo masculino e 76,50 para o sexo feminino. Logo, as mulheres apresentaram um score de dor menor que o dos homens. Além disso, destacou também a diferença da dor entre o tempo de transplante, e pacientes que realizaram o transplante e até dois anos apresentou uma média de dor de 73,66. E acima de três ou quatro anos de 80,74. Constando uma redução da dor com o passar dos anos (CARVALHO *et al.*, 2012).

Ainda podemos observar que a relação entre o tempo de transplante e gênero no domínio limitação por aspectos físicos, denota que no tempo de transplante de

um ano a menor que 2 anos, as mulheres apresentaram um escore de 37.5, melhorando para escore de 50 entre dois anos a menor que três anos e reduzindo novamente o escore para 12.5 no terceiro ano de transplante, a menor que quatro anos, melhorando este escore para 55 a partir de quatro anos de transplante, enquanto os homens sempre apresentaram os escores mais elevados. No estudo realizado no município de Teresina, Piauí, com pacientes transplantados as autoras Costa e Nogueira (2014), também obtiveram escore baixo (48,4) para aspectos físicos, sendo assim, é citado pelas mesmas, que essa é a dimensão mais comprometida nestes pacientes.

Em relação ao tempo de transplante e gênero, a capacidade funcional dos pacientes da pesquisa apresentaram escores acima de 60 entre as mulheres e acima de 90 entre os homens.

4.4. Tempo de Transplante e Faixa etária

Em relação ao tempo de transplante e faixa etária observamos que o domínio saúde mental apresentou um escore baixo de 48 apenas na faixa etária entre 20 e 30 anos no tempo de um ano a menor que dois anos de transplante.

TABELA 7. A percepção dos pacientes transplantados, variável tempo de transplante relacionado a faixa etária, em um hospital no sudeste do Pará. Redenção - PA, 2019.

Tempo de transplante	escore por idades				
	Variáveis	20-30 anos	30-40 anos	40-50 anos	50-60 anos
Saúde mental					
Menos que 1 anos	96	-	93,33	-	-
De 1 a 2 anos	56	73,33	100	100	-
De 2 a 3 anos	76	86,67	96	-	-
De 3 a 4 anos	92	73,33	-	100	72
Acima de 4 anos	82,67	79,33	79,11	85,33	96
Limitações por aspectos emocionais					
Menos que 1 anos	100	-	77,67	-	-
De 1 a 2 anos	67	66,67	100	100	-
De 2 a 3 anos	0	100	100	-	-

De 3 a 4 anos	100	11	-	100	100
Acima de 4 anos	55,67	72,17	59,22	88,83	100
Aspectos sociais					
Menos que 1 anos	100	-	91,67	-	-
De 1 a 2 anos	62	71	100	100	-
De 2 a 3 anos	38	100	100	-	-
De 3 a 4 anos	100	54	-	100	100
Acima de 4 anos	58,33	95,83	93	91,67	100
Vitalidade					
Menos que 1 anos	95	-	95	-	-
De 1 a 2 anos	50	78,33	100	100	-
De 2 a 3 anos	80	76,67	90	-	-
De 3 a 4 anos	100	68,33	-	100	70
Acima de 4 anos	71,67	82,5	82,22	85	100
Estado geral de saúde					
Menos que 1 anos	60	-	78	-	-
De 1 a 2 anos	52	69	80	67	-
De 2 a 3 anos	32	58	70	-	-
De 3 a 4 anos	57	62	-	78,5	62
Acima de 4 anos	62,33	66,5	56,89	65,83	77
Dor					
Menos que 1 anos	61	-	100	-	-
De 1 a 2 anos	61	83,33	100	100	-
De 2 a 3 anos	61	87	100	-	-
De 3 a 4 anos	100	68,33	-	86	72
Acima de 4 anos	77,67	79,67	83,33	80,5	84
Limitação por aspectos físicos					
Menos que 1 anos	100	-	66,67	-	-
De 1 a 2 anos	75	41,67	100	0	-
De 2 a 3 anos	0	100	75	-	-
De 3 a 4 anos	0	25	-	100	100
Acima de 4 anos	75	95,83	63,89	75	100

	Capacidade funcional				
Menos que 1 anos	90	-	96,67	-	-
De 1 a 2 anos	70	81,67	100	75	-
De 2 a 3 anos	25	98,33	70	-	-
De 3 a 4 anos	100	73,33	-	100	100
Acima de 4 anos	95	92,5	82,78	95	100

Fonte: próprios autores.

Em relação ao domínio das limitações por aspectos emocionais, na faixa etária de 20 a 30 anos percebemos um escore 33.5 no grupo de um ano a menor que dois anos de transplante e escore 0 no grupo de dois anos a menor que três anos de transplante. No terceiro ano de transplante a menor que quatro anos verificamos um escore de 11, na faixa etária de 30 a 40 anos. Nos aspectos sociais foi observado apenas um escore baixo, de 38, no grupo entre 20 a 30 anos, com dois anos a menor que três anos de transplante. Podemos observar escores acima de 50 quanto à vitalidade dos pacientes transplantados em toda faixa etária.

Em relação ao estado geral de saúde, observamos na faixa etária de 20 a 30 anos, um escore de 32 no grupo de dois a menor que três anos de transplante e um escore de 49.5 no grupo de um ano a menor que dois anos de transplante. Em relação ao tempo de transplante e faixa etária o domínio Dor apresentou menor escore de 55.5 e maior escore de 100.

Em relação aos aspectos físicos, observamos que com um ano a menor que dois anos de transplante o grupo de 20 a 30 anos apresentaram um escore de 37.5 e escore 0 no grupo de 50 a 60 anos. Enquanto no segundo ano a menor que 3 anos de transplante a faixa etária entre 20 a 30 anos apresentaram um escore de 0. E no grupo de três anos a menor que quatro anos a faixa etária de 40 a 50 anos apresentaram um escore de 25 e grupo de 20 a 30 anos o escore de 0. No quarto ano acima de transplante o menor escore apresentado foi de 71.88, apresentando os demais uma melhor percepção da qualidade de vida relacionada ao domínio limitações por aspectos físicos.

Assim, de acordo com Kusumoto *et. al.* (2008) ao avaliar adultos e idosos em hemodiálise, evidenciou que a qualidade de vida, relacionado ao fator físico, também

demonstraram repostas positivas em indivíduos adultos. Enquanto que quando avaliados os indivíduos idosos, os aspectos emocionais foram mais relevantes.

Quanto à capacidade funcional, podemos observar que esta capacidade apresenta um escore de 25 em 8 entrevistados de 20 a 30 anos de idade, com isto sabemos que a nutrição desequilibrada após transplante é outro fator evidenciado nesses pacientes, devido a fatores conjugais e condições financeiras que, na maioria das vezes, o aumento de peso devido à necessidade aumentada do apetite decorrente da terapia imunossupressora, traz consigo futuros sedentários, pois acabam retornando as condições alimentares pregressas que antes não lhe eram permitidas (Abuquerque *et al.*, 2010).

Andrade *et al.* (2018), também acredita que um fator significativo para diminuição da capacidade funcional em transplantados renais é uso contínuo de agentes imunossupressores e, além disso, de corticosteroides que são capazes de induzir miopatia, fraqueza muscular, inibição de síntese e aumento do catabolismo proteico, ganho de peso com acúmulo de gordura centripetamente, maior suscetibilidade a infecções, provocando reduzida capacidade funcional.

Além disso, a insuficiência renal crônica em diálise pode desenvolver disfunções em diversos sistemas, como muscular, ósseo, cardiovascular, metabólico e respiratório. O sistema muscular é gravemente afetado, existindo inúmeros fatores causais interrelacionados, destacando-se a diminuição da ingestão proteico-calórica, atrofia muscular por desuso e desbalanço proteico muscular que impactam principalmente as fibras musculares tipo II. Essas modificações encontradas nos sistemas podem estar envolvidas de forma direta na capacidade funcional do paciente com insuficiência renal crônica e aparentam não estar totalmente revertidas após o transplante renal (CURY *et al.*, 2010).

4.5 Tempo de Transplante e Estado Civil

Em relação ao tempo de transplante e o estado civil, teve apenas um escore abaixo de 50, sendo de 31.25 no domínio limitação por aspectos físicos nos pacientes casados ou em união estável em um ano a menor que dois anos de transplante, o restante todos apresentaram escores acima de 50, como podemos observar na TABELA 8.

TABELA 8. A percepção dos pacientes transplantados, variável tempo de transplante relacionado ao estado civil, em um hospital no sudeste do Pará. Redenção - PA, 2019.

Variáveis	Casados/união estável	Solteiros
Saúde mental		
Menos que 1 anos	94	-
De 1 a 2 anos	78	80
De 2 a 3 anos	90	72
De 3 a 4 anos	91,6	88
Acima de 4 anos	77,33	85,85
Limitações e aspectos emocionais		
Menos que 1 anos	83,25	-
De 1 a 2 anos	75	83,5
De 2 a 3 anos	75	100
De 3 a 4 anos	66,6	50
Acima de 4 anos	72,17	69,23
Aspectos Emocionais		
Menos que 1 anos	93,75	-
De 1 a 2 anos	78,25	81
De 2 a 3 anos	84,5	100
De 3 a 4 anos	80	81
Acima de 4 anos	90,58	88,46
Vitalidade		
Menos que 1 anos	95	-
De 1 a 2 anos	83,75	75
De 2 a 3 anos	80	80
De 3 a 4 anos	82	82,5
Acima de 4 anos	77,5	86,92
Estado Geral de Saúde		
Menos que 1 anos	73,5	-
De 1 a 2 anos	68,5	66
De 2 a 3 anos	54	60
De 3 a 4 anos	63,6	72
Acima de 4 anos	61,75	63,77
Dor		

Menos que 1 anos	90,25	-
De 1 a 2 anos	87,5	80,5
De 2 a 3 anos	90,25	61
De 3 a 4 anos	91	72
Acima de 4 anos	78,67	83,38
Limitações por Aspectos Físicos		
Menos que 1 anos	75	-
De 1 a 2 anos	31,25	87,5
De 2 a 3 anos	68,75	100
De 3 a 4 anos	55	50
Acima de 4 anos	75	78,55
Capacidade Funcional		
Menos que 1 anos	95	-
De 1 a 2 anos	80	85
De 2 a 3 anos	73,75	95
De 3 a 4 anos	91	82,5
Acima de 4 anos	86,67	93,46

Fonte: próprios autores.

Costa e Nogueira (2014) relatam que o enfrentamento da doença é feito a partir da visão de qualidade de vida que cada indivíduo possui a atividade laboral praticada pelos pacientes, influência diretamente nos aspectos físicos que ele irá apresentar.

A limitação por aspectos físicos chega a impedir a execução de tarefas rotineiras e afeta até mesmo os cuidados pessoais e domésticos, ocasionando a dependência de terceiros para a execução de afazeres simples (CAMPELLO, 2004). Percebe-se que no tempo de transplante de 1 ano a menor que 2 anos os pacientes casados ou em união estável apresentaram uma piora no escore (31.25) de qualidade de vida no domínio limitação por aspectos físicos.

4.6. Tempo de Transplante e Escolaridade

Ao relacionar o tempo de transplante com a escolaridade, ou seja, o grau de instrução dos pacientes entrevistados percebemos que a maioria dos escores se deram alto no domínio saúde mental, aspectos sociais, vitalidade, estado geral de saúde, dor e capacidade funcional, como podemos observar na tabela a seguir.

TABELA 9. A percepção dos pacientes transplantados, variável tempo de transplante relacionado a escolaridade, em um hospital no sudeste do Pará. Redenção - PA, 2019.

Tempo de transplante		Escore por nível de escolaridade				
Variáveis	Ensino fundamental completo	Ensino fundamental incompleto	Ensino médio completo	Ensino médio incompleto	Ensino superior completo	Ensino superior incompleto
Saúde mental						
Menos que 1 anos	-	90	-	96	100	-
De 1 a 2 anos	-	100	72	-	66	-
De 2 a 3 anos	-	96	84	-	84	-
De 3 a 4 anos	-	92	72	92	72	-
Acima de 4 anos	88	77,82	85,6	87	88	78,67
Limitações por aspectos emocionais						
Menos que 1 anos		66,5	-	100	100	-
De 1 a 2 anos	-	100	83,5	-	50	-
De 2 a 3 anos	-	100	100	-	50	-
De 3 a 4 anos	-	66,67	100	100	16,5	-
Acima de 4 anos	100	72,73	86,6	66,5	0	55,67
Aspectos sociais						
Menos que 1 anos	-	87,5	-	100	100	-
De 1 a 2 anos	-	100	81	-	56,5	-
De 2 a 3 anos	-	100	100	-	69	-
De 3 a 4 anos	-	79,33	100	100	62	-

Acima de 4 anos	100	92	90	100	100	58,33
Vitalidade						
Menos que 1 anos	-	95	-	95	95	-
De 1 a 2 anos	-	100	67,5	-	75	-
De 2 a 3 anos	-	90	65	-	90	-
De 3 a 4 anos	-	90	70	100	67,5	-
Acima de 4 anos	90	82,27	83	83,75	90	75
Estado geral de saúde						
Menos que 1 anos	-	78,5	-	60	77	-
De 1 a 2 anos	-	73,5	66	-	63,5	-
De 2 a 3 anos	-	70	51	-	52	-
De 3 a 4 anos	-	79,67	62	57	52	-
Acima de 4 anos	80	60,27	56,2	73	70	61,33
Dor						
Menos que 1 anos	-	100	-	61	100	-
De 1 a 2 anos	-	100	80,5	-	75	-
De 2 a 3 anos	-	100	80,5	-	80,5	-
De 3 a 4 anos	-	81,33	72	100	66,5	-
Acima de 4 anos	100	84,36	81	79,25	61	72,33
Limitação por aspectos físicos						
Menos que 1 anos	-	50	-	100	100	-
De 1 a 2 anos	-	50	87,5	-	12,5	-

De 2 a 3 anos	-	75	100	-	50	-
De 3 a 4 anos	-	83,33	100	0	12,5	-
Acima de 4 anos	100	79,55	80	75	25	75
Capacidade funcional						
Menos que 1 anos	-	95	-	90	100	-
De 1 a 2 anos	-	87,5	80	-	77,5	-
De 2 a 3 anos	-	70	97,5	-	62,5	-
De 3 a 4 anos	-	96,67	100	100	65	-
Acima de 4 anos	90	86,36	93	93,75	90	95

Fonte: próprios autores.

Para a compreensão de pacientes transplantados ou em pré-transplante renal, no estudo de Barros *et. al.* (2018), mostra que a vitalidade e a capacidade funcional desses pacientes, tiveram destaque, apresentando assim, maiores escores de vitalidade após o transplante renal.

Enquanto isso, em relação às limitações por aspectos emocionais evidenciamos que transplante os pacientes com Ensino Superior completo no período de três anos a menor que quatro anos de transplante apresentaram um escore de 16.5 e os pacientes acima de quatro anos de transplante com escore 0.

Percebe-se que na limitação por aspectos físicos os pacientes com ensino superior completo com escore de 12.5 no primeiro ano a menor que dois anos de transplante, escore de 12.5 em três anos a menor que quatro anos de transplante e escore de 25 acima de quatro anos de transplante. Os pacientes com Ensino Médio incompleto apresentaram escore 0 no tempo de três anos a menor que quatro anos de transplante, os demais pacientes que participaram da pesquisa apresentaram escores superiores.

Por fim, é válido destacar que a qualidade de vida mediante a melhor saúde física, reflete em ganhos no aspecto físico e mental havendo também a melhora na sensação de dor (COSTA; NOGUEIRA, 2014). Além disso, o transplante, embora proporcione uma melhor qualidade de vida ao libertar o paciente da máquina de hemodiálise, faz o adotar um estilo de vida diferente do que ele costumava levar, principalmente em relação à alimentação, higiene, medicação e cuidados com a saúde (LIRA; LOPES, 2010), por isto é importante a atuação da equipe multiprofissional de forma interdisciplinar para que todos estes aspectos possam ser trabalhados constantemente.

CONSIDERAÇÕES

A identificação da percepção da qualidade de vida dos pacientes submetidos ao transplante renal é de sua importância para o país, visto que a doença renal crônica vem crescendo cada vez mais entre a população e na perspectiva da melhora por meio do transplante, a pesquisa de Ferraz *et. al.* (2017), mostra dados nos quais o Brasil se apresenta como maior país do mundo em números totais de transplantes renais, apresentando também um dos maiores programas de transplantes públicos no mundo, através do Sistema Único de Saúde.

Ao estudarmos a percepção da qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes transplantados no Sudeste do Pará, foi possível identificar os aspectos sociodemográficos destes usuários no qual foram identificados 35 homens e 12 mulheres com idade variáveis entre 23 e 65 anos, sendo 29 casados ou em união estável e 18 solteiros, no qual verificamos escores altos nos domínios do questionário SF-36 de forma geral, não trazendo alterações na percepção da qualidade de vida neste grupo de participantes da pesquisa.

Observa-se que a percepção da qualidade de vida em relação ao tempo de transplante os escores apresentaram mais altos, concluindo que estes domínios não foram afetados pelo alto índice de queixas relacionadas a sintomatologia que surgem no pós transplante devido a imunossupressão e aos benefícios e outras questões sociais que impossibilitam a melhora da renda no ambulatório de transplante. É interessante notar que a maioria dos domínios, as pessoas com ensino superior completo e incompleto apresentaram escores menores em relação aos outros graus de escolaridade, sugerindo desta forma uma continuação da pesquisa voltada para escolaridade como fator interferente na percepção da qualidade de vida.

Em relação a faixa etária, ressaltamos que a idade entre 20 a 30 anos apresentaram os menores escores, abaixo de 50, no tempo de transplante de 1 ano a menor que dois anos, em relação a saúde mental, limitação por aspectos emocionais e físicos, vitalidade e estado geral de saúde.

Com isso percebemos que mesmo com as condições de difícil logística, poucos recursos e poucas atrações culturais na região, isto não acarreta na percepção da qualidade de vida relacionada a saúde destes pacientes.

Com este estudo foi possível desenvolver uma cartilha para habilitar os profissionais à trabalharem os domínios capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e saúde mental para que os profissionais da equipe multiprofissional do transplante renal mantenham o padrão já estabelecido em atendimento e continue procurando melhorias para influenciar na qualidade de vida destes pacientes, a cartilha elaborada poderá auxiliar neste processo.

A habilitação de uma equipe multiprofissional possibilita uma interação de forma interdisciplinar, no qual todos os profissionais da equipe possam trabalhar da mesma forma com objetivo em comum, isto é interessante até mesmo ser incluído nos currículos de graduação em cursos da área da saúde (enfermagem, nutrição, educação física...) e especializações em nefrologia, pois este tema qualidade de vida reflete na vida dos doentes renais crônicos, trazendo uma nova perspectiva de vida e reinserção destes indivíduos na sociedade, visto que antes eram mais presos nas sessões de hemodiálise e por ser uma população tão crescente poderá se tornar um problema para saúde pública.

O estudo possibilitou o levantamento dos pacientes receptores submetidos ao transplante renal no Sudeste do Pará. Há poucos estudos publicados na região Norte, possibilitando desta forma a outras regiões do país em que se realiza o transplante renal a realizar comparações e discussões na área. Além disto, possibilitou a realização de uma cartilha multiprofissional com as sugestões de cada domínio do questionário SF-36 para serem trabalhados com os pacientes.

Também percebemos durante a experiência vivida nesta unidade de transplante, que há um atendimento diferenciado que o paciente não é apenas um usuário do Sistema Único de Saúde e sim um amigo da equipe, um membro da família, como eles mesmos falaram. Estes pacientes demonstraram um reconhecimento profissional, fazendo com que a equipe fique satisfeita e retribuindo todo o carinho recebido no ato do cuidar mais humano. Acreditamos que este fator seja relevante para nosso estudo, sendo algo diferenciado de algumas outras instituições de saúde pública.

Com esta pesquisa, sugerimos que sejam analisadas as perceptivas e expectativas dos pacientes no período pré e pós-transplante e correlacionar com a percepção da qualidade de vida destes pacientes, para assim poder elaborar uma cartilha no período pré-transplante para a equipe multiprofissional poder trabalhar os domínios que possam vir a ser afetados posteriormente, preservando assim a percepção da qualidade de vida relacionada a saúde dos pacientes transplantados.

REFERÊNCIAS

- ABUQUERQUE, J. G., LIRA, A. L. B. de C., & LOPES, M. V. de O. Fatores preditivos de diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos ao transplante renal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n.1, p. 98–103, 2010.
- ADES, A. F.; GLAESER, Ed. L. **Trade and circuses: explaining urban giants. The Quarterly Journal of Economics**, Cambridge, v. 110, n. 1, p. 195-227, Jan. 1995. <file:///C:/Users/AMand/Desktop/TRABALHO%20KAROL/scielo.pdf> Acesso em: 28 de ago de 2018.
- AGUIAR, M. I. F. de (et. al.). Qualidade de vida em receptores de transplante de fígado e a influência dos fatores sócio-demográficos. **RevEsc Enferm USP**, v. 50, n.3, p.411-418, 2016
- ALVARES, J. et al. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. Belo Horizonte, v.18, n.7, p.1903-1910, 2013.
- ALVES, L.F; et al, A. Prevalência da doença renal crônica em um município no sudeste do Brasil. **Jornal Brasília Nefrol**. Ed.39. p. 126-134. Agosto 2016.
- ANDRADE, C. C. A., et al. Comportamento da variabilidade da frequência cardíaca e da capacidade funcional de acordo com o tempo de transplante renal. **ConScientiae Saúde**, v. 17, n.4, p. 386-394, 2018.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPANTES DE ÓRGÃOS. **Registro Brasileiro de Transplantes 2016: Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2009-2016)**. Ano XXII, Nº4, São Paulo-SP, 2016. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2016/RBT2016-leitura.pdf>>. Acesso em 21 de julho de 2018.
- BARRETO, L. M. S.; COUTINHO, M. P. L.; RIBEIRO, C. G. Qualidade de vida no contexto migratório: um estudo com imigrantes africanos residentes em João Pessoa, PB. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 17, n. 2, p. 116-122, 2009.
- BARROS, P. M.R. et al. Depressão e Qualidade de Vida em pacientes no Pré e Pós Transplante Renal. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 12, n.1, p. 203-15, jan., 2018.

BARROS, R. P.; HENRIQUES, R.; MENDONÇA, R. Desigualdade e Pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 15, n. 42, fev. 2000.

BASTOS, M.G. *et al.* Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Rev. Assoc. Med. Bras.** Ed.56. p. 248-53, 2010.

BUENO, P. E. O índice de desenvolvimento humano (IDh): avaliação de seus pressupostos teóricos e metodológicos. **Boletim Goiano de Geografia**, v.27, n.3, jul./dez., 2007.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC n.º 11, de 13 de Março de 2014. **Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise e dá outras providências.**

Disponível em:

<<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-154-de-15-de-junho-de-2004>> Acesso em: 28 de março de 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12, de 12 de Dezembro de 2012. Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos.** Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 24 de março de 2018.

BRASIL. Lei no 7.498, de 25 de junho de 1986. Código de ética dos profissionais de enfermagem. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.** Diário Oficial da União – Brasília, 1986.

BRASIL. In: DATASUS. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2009/d22.def>>. Acesso em: 29 de abril de 2018.

BRASIL. Lei no 5.905, de 12 de julho de 1973. **Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências.** Diário Oficial da União – Brasília, 1973.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2017.** Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 14 de abril de 2018.

BRITO, D. C. S. de *et. al.*. Análise das mudanças e dificuldades advindas após o transplante renal: uma pesquisa qualitativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n.3, p.419-26, maio-jun. 2015.

- CAMPELLO, J. C. **Cargas de trabalho e evidências de seu impacto sobre a saúde de trabalhadores em bancos: Estudo de caso em quatro instituições financeiras em Porto Alegre**. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre – RS 2004.
- CARVALHO, M. T. V. *et al.* Qualidade de vida dos pacientes transplantados renais do Hospital do Rim. **Motricidade**, Ribeira de Pena, v. 8, n. S2, p. 49-57, 2012.
- CICONELLI, R. M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de vida “medical out comes study 36 – item short – form health survey (SF-36)**. São Paulo; 1997. [Tese de Doutorado – Escola Paulista de Medicina de São Paulo da Universidade Federal de São Paulo].
- CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2002.
- CHRISTOPHE, M. A legislação sobre a Educação Tecnológica, no quadro da Educação Profissional brasileira. **Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade**, p. 1–24, 2005.
- COLOMÉ, I.C.S.; LIMA M.A.D.S.; DAVIS, R. Visão de enfermeiros sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. **Revista Escola Enfermagem USP**, v.42, n.2, p.256-61, 2008.
- COSTA, A. S. *et al.* **Avaliação da qualidade de vida em pacientes oncológicos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)**. p. 1–14, 2018.
- COSTA, G. R. C. *et al.* Qualidade De Vida, Estilo De Vida E Saúde: Um Artigo De Revisão. **Amazônia: Science & Health**, v. 1, n. 1, 2013.
- COSTA, P. B.; VASCONCELOS, K. F. S.; TASSITANO, R. M. **Qualidade de vida: pacientes com insuficiência renal crônica no município de Caruaru, PE**, v. 23, n.3, p. 461-471, 2010.
- COSTA, J. M.; NOGUEIRA, L. T. Associação entre trabalho, renda e qualidade de vida de receptores de transplante renal no município de Teresina, PI, Brasil. **J Bras Nefrol**, v. 36, n. 3, p. 332-338, 2014.
- CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- CRUZ, D. S. M. DA; COLLET, N.; NÓBREGA, V. M. Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes com dm1- revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.

23, n. 3, p. 973–989, 2018.

CURY, J. L.; AYDOS, R. D. Efeitos negativos da insuficiência renal crônica sobre a função pulmonar e a capacidade funcional. **Brazilian Journal of Physical Therapy/Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 14, n. 2, 2010.

DAUGIRDAS, J. T.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. **Manual de Diálise**. 5a ed. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica LTDA, 2007.

DAWALIBI, N. W. *et al.* Envelhecimento e qualidade de vida : análise da produção científica da SciELO **Aging and quality of life** : Analysis of scientific production in SciELO. v. 30, n. 3, p. 393–403, 2013.

DIAS, Aline Cristina *et al.* O papel do enfermeiro na prevenção de peritonite: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE online-ISSN: 1981-8963**, v. 8, n. 7, p. 2130-2139, 2004.

FERREIRA, R. C.; FILHO, C. R. da S. A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodialise na região de Marília, São Paulo. **J Bras Nefrol**, v. 33, n. 2, p. 129-135, 2011.

FINGER, G *et al.* Sintomas depressivos e suas características em pacientes submetidos a hemodiálise. **Revista da AMRIGS**, v. 55, n.4, p. 333-338, dez, 2011.

FERRAZ, F. H. R. P. *et. al.* Diferenças e desigualdades no acesso a terapia renal substitutiva nos países do BRICS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n.7, p. 2175-2185, 2017.

FREIRE, M. E. M. *et al.* *Health-related quality of life among patients with advanced cancer : an integrative review*. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 48, n. 2, p. 351–361, 2014.

GONÇALVES, F. N. *et al.* A importância da qualidade de vida no trabalho e sua influência nas relações humanas. 2 ed. **Rev. SIPE**, Goiânia, v. 2, p. 2-15, 2013. Disponível em: <<http://www.fara.edu.br/sipe/index.php/anuario/article/view/144/128>>. Acesso em: 18 de Julho de 2018.

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO ARAGUAIA. **Nefrologia**. Redenção-PA, 2018. Disponível em: <<http://hrpa.org.br/setores/nefrologia-2/>>. Acesso em 21 de Julho de 2018.

- KIELING, M. L. **O índice de desenvolvimento humano: adaptações metodológicas e práticas no Brasil**. Universidade Federal de Santa Catarina-Centro Socioeconômico. Florianópolis, 2014.
- KIRSZTAJN, G.M;*et al.*Leitura rápida do KDIGO 2012: Diretrizes para avaliação e manuseio da doença renal crônica na pratica clinica. **J. Bras. Nefrol.** Ed.36 p. Novembro, 2013.
- KUSUMOTO L. MARQUES, S. HAAS, V. J. RODRIGUES, R. A. P. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. **Acta Paul Enferm**, v. 21, (Número Especial) p. 152-9, 2008.
- LIRA, A. L. B. DE C.; LOPES, M. V. O. Pacientes transplantados renais: análise de associação dos diagnósticos de enfermagem. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 31, n. 1, p. 108–114, 2010.
- LOPES, G. B., *et al.* Comparações de medidas de qualidade de vida entre mulheres e homens em hemodiálise. **Rev Assoc Med Bras**, Salvador, v. 53, n. 6, p. 506-9, 2007.
- LOPES Jaíza Gomes Duarte. **Pobreza multidimensional: uma aplicação à região norte do Brasil**. 2015. 61f. Dissertação de Mestrado – Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em <<http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/6196/2/471580%20-%20Texto%20Completo.pdf>>. Acessoem: 30 de ago. 2018.
- LUCENA., F. C.Religiosity and quality of life of chronic renal failure patients under hemodialysis treatment. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 100, p. 119–128, 2014.
- MACHADO, J.G.R.; PAMPLONA, J.B. A ONU e o desenvolvimento econômico: uma interpretação das bases teóricas da atuação do PNUD. **Economia e Sociedade**. Campinas, v.17, n.1(32), p.53-84, abr., 2008.
- MARINHO, A.W.G.B; *et al.* Prevalência de doença renal crônica em adultos no Brasil: Revisão sistemática da literatura. **Caderno de saúde coletiva**. Rio de Janeiro. 2017.
- MARTINEZ, M. C. **As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador**. São Paulo; 2002. [dissertação de mestrado

– programa de pós-graduação do departamento de saúde ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

MENDES, Marcela Lara et al. Peritoneal dialysis as the first dialysis treatment option initially unplanned. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 39, n. 4, p. 441-446, 2017.

MENDONÇA, A. E. O. *et al.* Mudanças na qualidade de vida após transplante renal e fatores relacionados. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 287–292, 2014.

NASCIMENTO, T. D. et al. Avaliação da qualidade de vida em idosas praticantes de exercício físico. **R. bras. Qual. Vida**. Ponta Grossa, v. 10, n. 2, e8049, abr./jun.

2018. Disponível em: <<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/xxxx>>. Acesso em:10 de dez. 2018.

NEPOMUCENO, F. C. L. Religiosidade e qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v.38, n.100, jan.-mar., 2014.

NORONHA, D. D. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 463–474, 2016.

OLIVEIRA, S. M. *et al.* Elaboração de um instrumento da assistência de enfermagem na unidade de hemodiálise. **Revista ACTA**. São Paulo, n.2, p. 169-173, 2008.

PAULETTO, R. M. *etal.* Transplante Renal: Percepção De Pacientes Em Hemodiálise Fora Da Lista De Espera Renal. **RevEnferm UFSM**, v.6, n.22, p.154-163, Abr./Jun., 2016.

PESTANA, J. O. M.; FREITAS, T. V. de S.; SILVA, H. T. J. **Transplante Renal - Manual prático, uso diário ambulatorial e hospitalar**. Livraria Balieiro. Ed. 1°. São Paulo. 2014. In: LOPES, D. S. M.; VAZ, M. L. dos S. Avaliação Laboratorial do Candidato a Transplante Renal e de seu Doador. Cap. 4, pag. 47.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. POTTER E PERRY: **Fundamentos de Enfermagem**. 7ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

PRATES, D. S. et al. Transplante Renal: Percepções de pacientes transplantados e profissionais da saúde. **Revista Enfermagem UFPE on line.**, Recife, v.10, n.4, p.1264-72, abr., 2016.

RAVAGNANI, L.M.B.; DOMINGOS, N.A.M.; MIYAZAKI, M.C.O.S. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal.

Estudos de psicologia, v.12, n.2, 177-184, 2007.

REIS, H.; CRISPO, X.; CURELL, N.; CURELL, J. **Atlas de Anatomia Humana**.

Editora Japy livros. Ed. 2009. Campinas - SP, 2009.

RIBEIRO, G. K. N. DE A. et al. Profissionais de enfermagem habilitados para o mercado de trabalho em Minas Gerais. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 15–20, 2014.

ROMÃO Jr., J. E. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e classificação.

Jornal Brasileiro Nefrologia. Vol. 26, nº 3, Supl. 1. Agosto, 2004. Disponível em:

<http://www.transdoreso.org/pdf/doenca_renal.pdf > Acesso em: 14 de janeiro de 2018.

SANTOS, B. P. dos *et. al.*. Foi/não foi tudo o que pensava: facilidades e dificuldades após o transplante renal. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 37, n. 3, set. 2016.

SANTOS, L. F. *et al.* Qualidade de Vida em Transplantados Renais. **Psico-USF**, v. 23, n. 1, p. 163–172, 2018.

SANTOS, M. *et al.* Perceptions of nurses and clients about nursing care in kidney transplantation_Percepções de enfermeiros e clientes sobre cuidados de enfermagem no transplante de rim - ProQuest. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, p. 337–343, 2015.

SANTOS, I.; ROCHA, R. de P. F.; BERADINELLI, L. M. M. Qualidade de vida de clientes em hemodiálise e necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 15, nº 1, p. 31 a 38, jan-mar. 2011.

SANTOS, P. R. Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. **Rev Assoc Med Bras**. Ceará. v. 52, n. 5, p. 356-359, 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 Med Bras**. Ceará. v. 53, n. 4. p. 329-334, 2007.

SESSO, R.C.; LOPES A.A.; THOMÉ FS; LUGON JR; MARTINS CT. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016. **Braz. J. Nephrol.** v. 39, n.3, p.261. Disponível em: <<http://www.jbn.org.br/details/1962/pt-BR/inquerito-brasileiro-de-diali>>. Acesso em: 29 de Abril de 2018.

SILVA, A. A. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde: percepção sobre as condições de trabalho e de vida entre profissionais de enfermagem, de hospital universitário no município de São Paulo. 2008. 181 f. **Dissertação** (Mestrado – Saúde pública) – Programa de pós-graduação em saúde pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6134/tde-19032009-155546/pt-br.php>>. Acesso em: 26, set. 2018.

SILVA, A.P.P. da. **Impacto do transplante renal e do esquema imunossupressor na força muscular, capacidade funcional e qualidade de vida-Estudo longitudinal.** Dissertação (Programa de Mestrado em Fisioterapia). Universidade Cidade de São Paulo. São Paulo, 2014.

SILVA, F.P.P. Burnot: um desafio à saúde do trabalhador. **Rev. Psicologia Social e Institucional.** Londrina, v. 2, n.1, 2000. Disponível em: <<http://www.uel.br/ccb/psicologia/revista/textov2n15.htm>>. Acesso em: 18 de Julho. 2018.

SILVA, A. S., et al. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.64, n.5, p. 839-44, set-out, 2011.

SILVA, K.A.L. *et al.* Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal em tratamento hemodialítico. **Rev. enferm. UFPE online**, v. 11, n. supl. 11, p. 4663-4670, 2017.

SILVA, R. G.; FERNANDES. E.A.; BAPTISTA, S.M.A. Índice de Qualidade de Vida no Brasil: Uma Aplicação da Estatística Multivariada. **Revista Redes**, Santa Cruz do Sul, v. 12, N. 02, p. 47-59, dez, 2004.

SILVA R. R.; BACHA CJ C. Acessibilidade e aglomerações na Região Norte do Brasil.**Rev. Nova Economia**_Belo Horizonte, v.24 (1), 169-190, jan.-abr., 2014.

SILVA, S. B. *et al* Uma comparação dos custos do transplante renal em relação às diálises no Brasil Cost comparison of kidney transplant versus dialysis in Brazil Una

comparación de los costes del trasplante renal en relación con las diálisis en Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 6, p. 1–13, 2016.

SILVEIRA, C. B.; PANTOJA, I. K. O. R.; SILVA, A. R. M.; AZEVEDO, R. N. de; SÁ, N. B. de; TURIEL, M. G. P.; NUNES, M. B. G. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise em um hospital público de Belém – Pará. **J Bras Nefrol.** v.32, n. 1, p. 39-44, 2010.

SIQUEIRA, S. M. F. **O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionado a saúde de pacientes hipertensos.** Ribeirão Preto, 2005, 112 f. Tese (Doutorado – Enfermagem em saúde pública) – Programa de pós-graduação em Enfermagem em saúde, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em:<
<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-17052007-160822/pt-br.php>>. Acesso em: 26 nov. 2018.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 9ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOUTO, F.C.O. *et al.* Qualidade de Vida em Pacientes Submetidos a Transplante Renal. **Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 3, n. 3, p. 120–132, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo Brasileiro de Diálise: 1999-2015.**

São Paulo: SBN; 2015 [acessado em 2018 Jul 4]. Disponível em: www.sbn.org.br.

STASIAK, C. E. S. *et al.* Prevalence of anxiety and depression and its comorbidities in patients with chronic kidney disease on hemodialysis and peritoneal dialysis. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 36, n. 3, p. 325–331, 2014.

TAKEMOTO, A.Y.; OKUBO, P.; BEDENDO, J.; CARREIRA, L. Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. **Rev Gaúcha de Enfermagem.** Porto Alegre, Rio Grande do Sul. v. 32, n. 2, p. 256-262, jun. 2011.

TONELLI, M.; RIELLA, M. Chronic kidney disease and the aging population. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 36, n. 1, p. 1–5, 2014.

TORRES, H. G.; FERREIRA, M. P.; DINI, N. P. Indicadores sociais: por que construir novos indicadores como o IPRS. **São Paulo em Perspectiva**, V.17 n.3, p. 80-90, 2003.

VIEIRA, K. F. L.; REIS, I. D.; MORAIS SEGUNDO, J. B.; FERNANDES, M. E.;
MACDONALD, T. T. V. Representações Sociais da Qualidade de Vida na Velhice.
Psicologia: Ciência e Profissão, v. 32, n. 3, p. 540-551, 2012.

XAVIER, V; LIMA, C.B. Tratamento da doença renal crônica: abordando as
contribuições da teoria do autocuidado. **Rev. Temas em Saúde**, João Pessoa, v.18,
n.1, 2018.

APÊNDICE A – TCLE
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O Senhor (a) está sendo convidado a participar de um projeto de pesquisa. Por favor, leia este documento com atenção antes de assiná-lo. Se houver alguma palavra ou frase que o senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador para esclarecer suas dúvidas. Senhor (a), _____, paciente transplantado no Hospital Regional Público do Araguaia (HRPA) de Redenção-PA, estamos solicitando sua autorização para participação no projeto intitulado “A PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE DOS TRANSPLANTADOS À HABILITAÇÃO DOS CUIDADOS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL”. Este estudo tem como objetivo geral: Verificar a percepção da qualidade de vida dos pacientes receptores de rim com doença renal crônica submetidos ao transplante renal inter vivo no HRPA de Redenção-PA. Seleção dos participantes: A amostra da população estudada será constituída por 57 pacientes renais crônicos submetidos ao transplante renal inter vivo no HRPA no período de 2012 a 2018. Procedimentos para a coleta de dados: Para atingir os objetivos propostos será aplicado um questionário para verificar a qualidade de vida destes pacientes transplantados e identificar os aspectos sociodemográficos destes pacientes, como idade, sexo, tempo de transplante, estado civil e escolaridade. Os pacientes responderão ao questionário antes de iniciar a consulta médica de rotina, no período de espera para a consulta, aproveitando oportunamente o tempo de permanência do cliente no hospital, sendo que o tempo previsto para responder o questionário será em média de 20 minutos. Possíveis riscos e desconfortos: Consideram-se como possíveis riscos e desconfortos durante o desenvolvimento do estudo a chance de identificação e/ou exposição da opinião dos participantes ou o constrangimento por alguma pergunta que conste no questionário a ser aplicado. No entanto os pesquisadores garantirão o respeito e a confidencialidade ao preconizado segundo a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de dezembro de 2012. Enfatizaremos que todos os questionários respondidos, somente os pesquisadores terão acesso a essas respostas, além de no questionário não constar nome de nenhum participante. Portanto o paciente da pesquisa não terá nenhum constrangimento em seu local de tratamento. O local a ser aplicado o questionário,

individualmente, é um ambiente calmo, com boa iluminação, sem ruídos e fechado. Para responder às questões os participantes não utilizaram quaisquer meio de informação, ao término os pesquisadores receberão os questionários e levarão para o local de processamento dos dados. Porém, caso o paciente da pesquisa se sinta de alguma forma lesado, poderá cancelar em qualquer momento a sua participação na pesquisa, pois no termo constará o contato do Comitê de Ética e Pesquisa ou se necessitar de apoio psicológico será encaminhado para o serviço de psicologia do HRPA, que será providenciado pelo pesquisador responsável, visto que o local possui acompanhamento psicológico dos pacientes, sendo um dos membros da equipe multiprofissional que acompanham os pacientes transplantados, basta o participante da pesquisa solicitar ao pesquisador. Benefícios esperados: Como benefícios, esperamos que os resultados deste estudo forneçam dados referentes à atual realidade psicossocial dos pacientes receptores submetidos ao transplante renal, fornecendo subsídios visando beneficiar não somente os pacientes, mas também a rede de apoio compreendida pelos seus familiares e a equipe de atendimento. Quanto aos benefícios ao paciente, a pesquisa busca através de seus resultados ampliarem o conhecimento da equipe multiprofissional e das pessoas que convivem com Doença Renal Crônica, para que esse seja compreendido em suas limitações e carências psicossociais. No final da pesquisa após a análise e conclusão dos dados coletados, os pesquisadores garantem um retorno para todos os participantes da pesquisa, sendo realizada uma palestra apresentando os resultados, discussão e conclusão da pesquisa no auditório do Hospital Regional Público do Araguaia, os pesquisadores da pesquisa entrará em contato por meio telefônico com todos os participantes desta pesquisa para realizar o convite com antecedência mínima de 15 dias. O contato dos pacientes será pego com a equipe de transplante da Instituição onde será realizada a pesquisa. Participação no estudo: Sua participação nesse estudo é totalmente voluntária e sem obrigatoriedade. Caso aceite participar, o consentimento poderá ser retirado em qualquer momento por qualquer motivo, sem que esta decisão lhe cause qualquer prejuízo. Informo ainda que o participante da pesquisa tem direito a indenização, conforme item 2.7 da Resolução 466/12, que se refere a cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa e garantia de ressarcimento, conforme item 2.21 da Resolução 466/12 no caso de compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando

necessário, tais como transportes e alimentação. Sigilo e confidencialidade dos dados: Fica estabelecido o compromisso dos pesquisadores de que a imagem e identidade do participante de pesquisa serão mantidas em absoluto sigilo, que estarão sendo respeitados os princípios contidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de dezembro de 2012 e complementares do CNS/BRASIL. A participação no estudo não implica nenhum gasto, risco ou prejuízo, bem como, de que não haverá nenhum ônus. Assim como, a garantia de que receberá esclarecimento acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa e também a liberdade de desistir da mesma em qualquer momento. Para obtenção de qualquer tipo de informação sobre os seus dados, esclarecimentos, ou críticas, em qualquer fase do estudo, o (a) Sr(a) poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Diôgo Amaral Barbosa, Enfermeiro Nefrologista, com registro no Conselho de Classe: COREN-PA N. 21174, no endereço (Av. Brasil, nº1435, Setor: Alto Paraná, Cidade: Redenção-PA), ou pelo telefone (94) 9925-8188/(94) 344-5133, ramal 210, email: diogons2@hotmail.com. Em caso de dúvidas quanto aos aspectos éticos da pesquisa o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFT. O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o CEP da Universidade Federal do Tocantins pelo telefone (63) 3229-4023, pelo email: cep_uft@uft.edu.br, ou Quadra 109 Norte, Av. Ns 15, ALCNO 14, Prédio do Almoxarifado, CEP-UFT -77001-090 – Palmas/TO. O (A) Sr. (a) pode inclusive fazer a reclamação sem se identificar, se preferir. O horário de atendimento do CEP é de segunda e terça das 14 as 17horas e quarta e quinta das 9 as 12 horas. Reforço que o pesquisador da pesquisa deverá providenciar o psicólogo responsável por qualquer dano causado ao participante da pesquisa. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Tocantins. Este documento é emitido em duas vias e serão ambas assinadas por mim e pelo sr (a), ficando uma via com cada um de nós. Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha

colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não receberei nenhum tipo de compensação financeira pela minha participação neste estudo e que posso sair quando quiser. Autorizo os pesquisadores a utilizarem os resultados de forma agregada desta pesquisa para a divulgação em trabalhos no meio acadêmico e em publicações científicas, onde nenhum dado de identificação será enviado a minha instituição. Entendo que ao assinar esse documento, não estou abrindo mão de nenhum dos meus direitos legais.

Redenção, _____, de _____ de 2019.

Assinatura do participante de pesquisa

DIÓGO AMARAL BARBOSA
(Assinatura do pesquisador responsável)

**APÊNDICE B – CARTILHA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE:
MELHORANDO A PERCEPÇÃO DO PACIENTE TRANSPLANTADO**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS DE PALMAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO
ACADÊMICO EM ENSINO EM CIÊNCIAS E SAÚDE

**CARTILHA - QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À
SAÚDE:**

**MELHORANDO A PERCEPÇÃO DO PACIENTE
TRANSPLANTADO**

Palmas / TO

2019

Autores

Me. Diôgo Amaral Barbosa

Dr. Ruhena Kelber Abrão

Apresentação

Esta cartilha foi produzida como produto de uma dissertação de mestrado acadêmico em ensino em ciências e saúde, com intuito de habilitar e capacitar profissionais da saúde quanto a percepção da qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante renal, possibilitando uma interação de forma interdisciplinar, onde todos os profissionais da equipe possam trabalhar da mesma forma com objetivo em comum. Os profissionais poderão trabalhar os domínios: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e saúde mental, pois este tema qualidade de vida reflete na vida dos doentes renais crônicos, trazendo uma nova perspectiva de vida e reinserção destes indivíduos na sociedade após o transplante renal.

INTRODUÇÃO

As análises de sobrevida, custo e qualidade de vida caracterizam o transplante renal como a melhor alternativa do ponto de vista financeiro e clínico, garantindo assim, uma maior sobrevida e melhor qualidade de vida, liberando o paciente das restrições da dialise e permite maior independência do mesmo, gerando uma maior liberdade do paciente (SANTOS, *et al.*, 2018).

A pesquisa sobre a Qualidade de Vida (QV) é um tema em crescente investigação na área da saúde, assumindo uma importância em diferentes aspectos nos últimos anos, principalmente no que diz respeito à sua avaliação e mensuração, da saúde individual e coletiva (COSTA; VASCONCELOS; TASSITANO, 2010). Em paralelo a isto percebemos neste contexto que esta QV dos indivíduos portadores de Doença Renal Crônica é fundamental, principalmente no que diz respeito ao impacto da doença em suas vidas e o processo de adaptação à patologia, por se tratar de um processo demorado e sofrido, ora para si próprio, ora para sua família (TAKEMOTO *et al.*, 2011).

Para verificar a qualidade de vida é necessário um instrumento de coleta de dados, como o questionário *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)* que oferece a percepção do estado de saúde da população pesquisada, tornando-se assim abrangente comparado às medidas específicas de funcionamento biológico. Além disso, este questionário possibilita a análise quantitativa da saúde representada e subdividida em domínios, soma-se ainda a possibilidade de comparação entre populações diferentes, englobando a presença ou ausência de patologias (SILVA, 2008).

Este instrumento de fácil administração e compreensão, do tipo autoaplicável é multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou componentes: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e de um ano atrás. Avalia tanto aspectos negativos de saúde (doença ou enfermidade) quanto aspectos positivos (bem-estar). Os dados são avaliados a

partir da transformação das respostas em escores de um escala de 0 a 100 de todos os componentes, não havendo um único valor que resuma toda a avaliação, gerando um estado de saúde melhor ou pior, quanto mais próximo de 100 melhor (MARTINEZ, 2002). Com isto esta cartilha foi elaborada baseada nestes domínios de saúde.



Qualidade de vida relacionada à saúde

Para trabalhar a qualidade de vida é necessário entender o desenvolvimento populacional, no caso da Região Norte, no âmbito dos agrupamentos populacionais, utilizam variáveis explicatórias, dentre elas o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Ao verificar a situação da Região Norte do Brasil, percebe-se que esta região se destaca das demais por suas particularidades, das quais compreendem a exacerbada disparidade social e econômica e, também, o distanciamento das demais regiões mais desenvolvidas do Brasil. Os indicadores sociais desta região estão entre os piores do Brasil, em confronto com o seu significativo desenvolvimento populacional, extremamente acima da média do país (ADES; GLAESER, 2018).

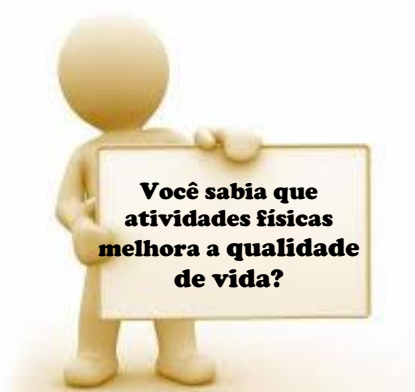
O interesse de qualidade de vida na área da saúde é muito importante e fundamental, cheio de novos desafios que influenciam o exercício das atividades deste setor nos últimos anos. Além disso, retrata a percepção do indivíduo sobre a condição de sua vida diante das enfermidades enfrentadas, as consequências e como a doença afeta sua condição de vida útil (CRUZ; COLLET; NÓBREGA, 2018).

Para melhor entendimento explicaremos a seguir formas de melhorar a percepção do paciente em relação a qualidade de vida relacionada à saúde pelos domínios: estado geral de saúde de forma geral trabalhando a capacidade funcional, aspectos físicos, dor, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

Capacidade Funcional e Aspectos Físicos

A insuficiência renal crônica em diálise pode desenvolver disfunções em diversos sistemas, como muscular, ósseo, cardiovascular, metabólico e respiratório. O sistema muscular é gravemente afetado, existindo inúmeros fatores causais inter-relacionados, destacando-se a diminuição da ingestão protéico-calórica, atrofia muscular por

desuso e desbalanço protéico muscular. Essas modificações encontradas nos sistemas podem estar envolvidas de forma direta na capacidade funcional do paciente com insuficiência renal crônica e aparentam não estar totalmente revertidas após o transplante renal (CURY *et al.*,2010).



Costa e Nogueira (2014) observaram em seu estudo que atividades de lazer, influenciam de forma positiva a capacidade funcional, a melhora da dor e o estado geral de saúde dos pacientes transplantados, dessa forma, auxiliando a recuperação e a melhora dos indivíduos, por isto é importante o incentivo destas atividades no dia a dia do paciente transplantando, fazendo que o mesmo se mantenha ativo e com interação no meio ambiente e social.

Andrade *et al.* (2018), também acredita que um fator significativo para diminuição da capacidade funcional em transplantados renais é uso contínuo de agentes imunossupressores e, além disso, de corticosteroides que são capazes de induzir miopatia, fraqueza muscular, inibição de síntese e aumento do catabolismo proteico, ganho de peso com acúmulo de gordura centripetamente, maior suscetibilidade a infecções, provocando reduzida capacidade funcional, este fator que não podemos alterar devido a necessidade dos pacientes quanto a estas medicações.

Os aspectos emocionais podem influenciar nos aspectos físicos, pois Costa e Nogueira (2014) relataram em seu estudo que o enfrentamento da doença é feito a partir da visão de qualidade de vida que cada individuo possui, a atividade laboral praticada pelos pacientes, influência diretamente nos aspectos físicos que ele irá apresentar, justificando o acompanhamento psicológico com atividades relacionadas ao enfrentamento da doença renal crônica terminal, com apoio no transplante renal, como melhor método de terapia renal substitutiva, possibilitando maior liberdade ao paciente, voltando a sua capacidade de viagens, trabalhos e melhor alimentação.

A limitação por aspectos físicos, chega a impedir a execução de tarefas rotineiras e afeta até mesmo os cuidados pessoais e domésticos, ocasionando a dependência de terceiros para a execução de afazeres simples (CAMPELLO, 2004), com isto esta limitação específica de cada paciente deve ter um olhar holístico pela equipe multiprofissional, principalmente a fisioterapia que deverá desenvolver atividades específicas pensando em melhorar a qualidade de vida, de acordo com a necessidade de cada transplantado.

Dor

O domínio Dor deve ser trabalhado de forma isolada e interdisciplinar entre toda a equipe multiprofissional, onde cada área poderá aplicar suas funções, para isto vamos definir a dor para entender como ela influencia na percepção da qualidade de vida relacionada a saúde do paciente transplantado. A dor é definida como uma experiência sensitiva emocional desagradável, a qual pode estar associada a lesões reais ou potenciais, nesse sentido a percepção da dor não é exclusivamente da quantidade de tecido lesado mais sim de uma variedade de fatores e

mecanismos como os físicos, psíquicos, culturais e cognitivos, onde cada indivíduo pode defini-la através de suas experiências prévias traumáticas (PEDROSO, 2006).

A dor pode ser classificada em dor aguda ou crônica. A dor aguda é definida como dores de início recente e de duração limitada, como as afecções traumáticas, infecciosas ou inflamatórias, além da dor pós-operatória. Já a dor crônica está associada patologias crônicas que causam dor contínua e recorrente ou pode persistir por períodos prolongados até a cura de uma lesão (VILA, 2001). Neste sentido a maioria da dor do paciente transplantado é no sentido de dor aguda.



Apesar da farmacologia parecer ser a melhor forma de combater a dor, existem outras maneiras não farmacológicas

que podem ser utilizadas pela equipe de enfermagem e multiprofissional, como, promover o conforto ao paciente, tranquiliza-lo, usar a escala de avaliação da intensidade da dor, minimizar o barulho, explicar o motivo da dor ao paciente, fornece orientações sobre as causas da dor, fornece apoio psicológico e administrar analgésicos segundo as prescrições, dentre outras medidas (SILVA, 2009).

O enfermeiro deve compreender a ansiedade do paciente nos pós-operatório e saber fornecer apoio psicológico necessário ao paciente e a família e passar segurança, pois a simples possibilidade de poder contar e confiar em um profissional de saúde ajuda no alívio da dor (SILVA, 2009), assim mesmo com a psicologia para acompanhar esta ansiedade vivenciada neste período, o serviço social solucionado as dúvidas e angústias que ficam entre os pacientes neste período em relação aos benefícios de saúde, aposentaria, atestado ou laudo. Todos estes problemas que são geradores de estresse entre os pacientes.

Por fim, é validado destacar que, a qualidade de vida mediante a melhor saúde física, reflete em ganhos no aspecto

físico e mental, havendo também a melhora na sensação de dor (COSTA; NOGUEIRA, 2014).



Vitalidade e Aspectos Sociais

A doença renal crônica terminal reduz exponencialmente o desempenho físico e profissional do paciente, o que acaba levando há um impacto negativo sobre sua percepção da própria saúde e afetando seus níveis de vitalidade, o que pode acabar limitando suas interações sociais e causar problemas relacionados a saúde mental (SILVEIRA *et. al.*; 2010), no qual a medicina, psicologia, enfermagem e serviço social devem atuar constantemente.

Podemos caracterizar vitalidade qualidade de vida, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (1998), como “a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, no contexto cultural e sistemas de valores do local onde vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”, compreendendo setores de funcionamento, como condições físicas, psicológicas e bem estar, capacidade funcional, interações sociais, condições econômicas ou religiosas (RAVAGNANI *et al.*, 2007).

A nutrição desequilibrada após transplante é outro fator evidenciado nesses pacientes, devido a fatores conjugais e condições financeiras, que na maioria das vezes o aumento de peso devido à necessidade aumentada do apetite decorrente da terapia imunossupressora, traz consigo futuros sedentários, pois acabam retornando as condições alimentares pregressas que antes não lhe eram permitidas (Abuquerque *et al.*, 2010), neste sentido a nutrição deve atuar desde o período pré transplante, acompanhando durante a internação e continuar no pós transplante, incentivado além da nutrição equilibrada, os exercícios físicos regulares.

O compromisso de fazer diálise comprometia a vida social dos pacientes, portanto, o transplante possibilita o

resgate de atividades de vida diária, como contato com a família, as relações de trabalho e o lazer (SANTOS *et al.*, 2016), muitas vezes os pacientes não estão preparados para isto, podendo ter uma diminuição na percepção da qualidade de vida do paciente, por isto deve ser bem acompanhado e esclarecido no período do estudo para transplante. Como Brito *et.al.* (2015), relata em seu estudo, o transplante promove o resgate a sua vida ativa antes da instalação da doença, ou seja, o retorno de poder realizar atividades simples, como viagens, passeios e festas, que poderiam voltar a serem realizadas.

De modo que, destaca-se que o transplante renal traz retorno as atividades como consequência a qualidade de vida havendo maior longevidade e liberdade para realização das tarefas diárias, já que diminuem as restrições e os cuidados são menores possibilitando um convívio social pleno e saudável, pois seu maior cuidado deve ser com o imunossupressor que devem ser tomados para evitar rejeição do órgão doado (SANTOS, *et al.* 2018), a enfermagem atuando constantemente com a farmácia no controle destas medicações pelo paciente por meio do auto cuidado, que algumas vezes podem ficar de lado pelo paciente, trabalhar a

importância destas medicações deverá ser rotina no serviço de transplante pela equipe.

Aspectos Emocionais e Saúde Mental

A ansiedade e a depressão podem surgir pelas complicações decorrentes do processo de transplante, pelo uso de imunossupressores e pelas alterações corporais após o transplante. Se não tratada adequadamente, a depressão pode levar a não adesão ao tratamento pós-transplante e a possibilidade de rejeição do órgão transplantado (BARROS *et al.*, 2018), caindo drasticamente a percepção da qualidade de vida relacionada a saúde pelo paciente transplantado, a psicologia deverá acompanhar este processo, para detectar de forma precoce a possibilidade de desenvolvimento destas situações no paciente e trabalhar neste processo para que não evolua para uma piora do quadro clínico do paciente transplantado.

Reafirmando Santos *et al.* (2018) da melhora na sobrevida após transplante confrontando esse caso com o processo da diálise. Para ele, os transplantados atribuem o procedimento como a “reconquista da saúde”, pois relatam

sua autonomia como fatores que contribuem para melhor desempenho nas atividades diárias, além de melhor no bem-estar físico, social e mental. Para ele, o transplante possibilita ganhos qualitativos no cotidiano dos pacientes, fato que repercute em seu bem-estar geral. Muitas vezes os pacientes se intitulam como livres a partir de então, com este pensamento a percepção da qualidade de vida pelo paciente aumenta, trazendo segurança, paz, saúde e felicidade.

Considerações

Sendo assim, o profissional da equipe multiprofissional que atuam com pacientes transplantados devem ter uma visão holística de seus pacientes contemplando os aspectos de domínio físico, psicológico e social para a compreensão das reais necessidades de saúde e cuidado desses indivíduos, visto que, nitidamente proporcionam ações que promovem a qualidade de vida, ressalta-se ainda a importância do enfermeiro e dos outros profissionais da equipe de saúde incluir o núcleo familiar como participante do tratamento e no cuidado de enfermagem prestado ao transplantado, afinal se utiliza de uma série de condutas para

que o paciente possa desfrutar da capacidade de viver (ZANCHIN, 2018).

Um aspecto interessante é preparar o paciente para realizar o autocuidado, visto que após o transplante ele perderá o vínculo semanal com a equipe multiprofissional, então trabalhar todos os aspectos do cuidado com ele, para que o mesmo possa realizar em casa. Para Brito *et.al.* (2015), aponta que o transplante renal promove nos pacientes o fortalecimento do eu, ou seja, aumenta a vontade de se cuidar, do interesse por si, melhorando sua autoestima e eficácia no enfrentamento dos problemas.

O transplante, embora proporcione uma melhor qualidade de vida ao libertar o paciente da máquina de hemodiálise, faz o adotar um estilo de vida diferente do que

ele costumava levar, principalmente em relação à alimentação, higiene, medicação e cuidados com a saúde (LIRA; LOPES, 2010), por isto é importante a atuação da equipe multiprofissional de forma interdisciplinar para que todos estes aspectos possam ser trabalhados constantemente, pois eles influenciam diretamente na percepção da qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes submetidos ao transplante renal.



REFERÊNCIAS

- ADES, A. F.; GLAESER, Ed. L. **Trade and circuses: explaining urban giants. The Quarterly Journal of Economics**, Cambridge, v. 110, n. 1, p. 195-227, Jan. 1995.<file:///C:/Users/AMand/Desktop/TRABALHO%20KAROL/scielo.pdf> Acesso em: 28 de ago de 2018.
- ANDRADE, C. C. A., et al. Comportamento da variabilidade da frequência cardíaca e da capacidade funcional de acordo com o tempo de transplante renal. **ConScientiae Saúde**, v. 17, n.4, p. 386-394, 2018.
- ALBUQUERQUE, J. G., LIRA, A. L. B. de C., & LOPES, M. V. de O. Fatores preditivos de diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos ao transplante renal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n.1, p. 98–103, 2010.
- BARROS, P. M.R. et al. Depressão e Qualidade de Vida em pacientes no Pré e Pós Transplante Renal. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 12, n.1, p. 203-15, jan., 2018.
- BRITO, Daniela Cristina Sampaio de(et. al.). Análise das mudanças e dificuldades advindas após o transplante renal: uma pesquisa qualitativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n.3, p.419-26, maio-jun. 2015.
- CAMPELLO, J. C. **Cargas de trabalho e evidências de seu impacto sobre a saúde de trabalhadores em bancos: Estudo de caso em quatro instituições financeiras em Porto Alegre**. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre – RS 2004.
- COSTA, J. M.; NOGUEIRA, L. T. Associação entre trabalho, renda e qualidade de vida de receptores de transplante renal no município de Teresina, PI, Brasil. **J Bras Nefrol**, v. 36, n. 3, p. 332-338, 2014.
- COSTA, P. B.; VASCONCELOS, K. F. S.; TASSITANO, R. M. **Qualidade de vida: pacientes com insuficiência renal crônica no município de Caruaru, PE**, v. 23, n.3, p. 461-471, 2010.
- CRUZ, D. S. M. DA; COLLET, N.; NÓBREGA, V. M. Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes com dm1- revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 973–989, 2018.
- CURY, J. L.; AYDOS, R. D. Efeitos negativos da insuficiência renal crônica sobre a função pulmonar e a capacidade

funcional. **Brazilian Journal of Physical Therapy/Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 14, n. 2, 2010.

LIRA, A. L. B. DE C.; LOPES, M. V. O. Pacientes transplantados renais: análise de associação dos diagnósticos de enfermagem. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 31, n. 1, p. 108–114, 2010.

MARTINEZ, M. C. **As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador**. São Paulo; 2002. [dissertação de mestrado – programa de pós-graduação do departamento de saúde ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

PEDROSO, R. A.; CELIB, K.S. Dor: Quinto Sinal Vital, um desafio para o cuidar em Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, 15(2):270-6, 2006.

SANTOS, B.P.; PAULA, E.A.; MORAIS, E.S.; KICKHÖFEL, M.A.; FARIAS, J.S.; SCHWARTZ, E. **Doença renal crônica: a experiência com o transplante renal**. Enfermagem Revista, 2018.

SANTOS, L. F. *et al.* Qualidade de Vida em Transplantados Renais. **Psico-USF**, v. 23, n. 1, p. 163–172, 2018.

SANTOS, B. P. dos *et al.*. Foi/não foi tudo o que pensava: facilidades e dificuldades após o transplante renal. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 37, n. 3, set. 2016.

SILVA, Michelle Soares Josino *et al.* Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes transplantados renais de um hospital de ensino. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 11, n. 2, p. 309-17, 2009.

SILVA, F.P.P. Burnot: um desafio à saúde do trabalhador. **Rev. Psicologia Social e Institucional**. Londrina, v. 2, n.1, 2000. Disponível em: <<http://www.uel.br/ccb/psicologia/revista/textov2n15.htm>>. Acesso em: 18 de Julho. 2018.

SILVA, A. A. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde: percepção sobre as condições de trabalho e de vida entre profissionais de enfermagem, de hospital universitário no município de São Paulo. 2008. 181 f. **Dissertação** (Mestrado – Saúde pública) – Programa de pós-graduação em saúde pública, Universidade de São Paulo, São Paulo,

2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6134/tde-19032009-155546/pt-br.php>>. Acesso em: 26, set. 2018.

SILVEIRA, C. B.; PANTOJA, I. K. O. R.; SILVA, A. R. M.; AZEVEDO, R. N. de; SÁ, N. B. de; TURIEL, M. G. P.; NUNES, M. B. G. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise em um hospital público de Belém – Pará. **J Bras Nefrol.** v.32, n. 1, p. 39-44, 2010.

RAVAGNANI, L.M.B.; DOMINGOS, N.A.M.; MIYAZAKI, M.C.O.S. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. **Estudos de psicologia**, v.12, n.2, 177-184, 2007.

TAKEMOTO, A.Y.; OKUBO, P.; BEDENDO, J.; CARREIRA, L. Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. **Rev Gaúcha de Enfermagem.** Porto Alegre, Rio Grande do Sul. v. 32, n. 2, p. 256-262, jun. 2011.

VILA, V. S. C.; MUSSI, F. C. O alívio da dor de pacientes no Pós-Operatório na perspectiva de Enfermeiros de um Centro de Terapia Intensiva. **Rev. Esc. Enferm.** São Paulo, 35(3): 300-7, 2001.

ZANCHIN, Debora Miranda. **Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise: uma revisão integrativa da literatura.** Faculdade Guairacá. Guarapuava/PR 2018.

Apêndice C - Artigo Submetido e publicado na Revista Uniabeu, qualis B2.

Processo de análise da qualidade de vida dos doentes renais crônicos submetidos à hemodiálise

Resumo

A qualidade de vida trata-se de um forte indicador de avaliação dos atendimentos prestados pelos serviços de saúde, aliando o processo saúde doença com a efetividade dos procedimentos utilizados para o tratamento e reabilitação. Considerando este contexto, esta pesquisa apresentada teve o objetivo de verificar as pesquisas publicadas quanto à qualidade de vida dos doentes renais crônicos submetidos à hemodiálise, do período de 2003 até os dias atuais. Para alcançar este objetivo o estudo teve uma abordagem quanti-qualitativa, do tipo exploratório, tendo como fonte de informação artigos científicos, além de, dados obtidos do Ministério da Saúde, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e de livros. Por todos os aspectos observados nesta pesquisa percebemos que a qualidade de vida é afetada no início do tratamento hemodialítico e principalmente com o passar do tempo, por isto é importante avaliar sempre esta qualidade de vida do paciente renal crônico, ~~além disto~~, Neste estudo podemos observar que o método mais utilizado para avaliar a qualidade de vida dos pacientes hemodialíticos é o instrumento genérico SF-36, os demais métodos são utilizados em menor proporção, como o questionário "Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form (KDQOL-SF)", o questionário "Whoqol (*World Health Organization Quality of Life*) e estudo de campo, através de observação. Podemos notar a diferença entre os estudos quando se aplica ou não questionário, sendo que com a utilização dos questionários há um foco maior ao paciente, com uma visão holística do todo

Palavras-chave: Hemodiálise. Qualidade de Vida. Doença Renal Crônica (DRC).

ABSTRACT

The quality of life it is a strong indicator for evaluating the care provided by health services, combining the health disorder with the effectiveness of the procedures used for the treatment and rehabilitation. Considering this context, this research was presented to verify the published research on the quality of life of patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis, from 2003 to the present day. To achieve this objective the study had a quantitative and qualitative approach, exploratory, and as a source of information papers, besides, data from the Ministry of Health, Federal Nursing Council (COFEN) and books. For all aspects observed in this study perceive that quality of life is affected at the beginning of hemodialysis and especially with the passage of time, it is always important to assess this quality of life of patients with chronic kidney disease, in addition, this study can be seen the most commonly used method to assess the quality of life of patients hemodialysis is the generic instrument SF-36, the other methods are used to a lesser extent, the questionnaire as "Kidney Disease and quality-of-Life-Short Form (SF-KDQOL)", "the questionnaire" WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*) and field study, by observation. We can tell the difference between the studies when applying or not

a questionnaire, and with the use of questionnaires are focusing the patient with a holistic view of all

Keywords: Hemodialysis. Quality of Life. Chronic Kidney Disease (CKD).

INTRODUÇÃO

Desde a década de 70 vem sendo aplicado aos serviços de saúde o conceito de qualidade de vida, que, inicialmente, esteve apenas vinculado às atividades de atendimento ambulatorial e hospitalar, gerando um aumento dos custos hospitalares, devido à necessidade de implementar melhorias na área física, equipamentos e contratação de profissionais. Em anos mais recentes, o foco da qualidade tem sido dirigido aos pacientes, principal cliente do sistema de saúde, tratando-se de um forte indicador de avaliação dos atendimentos prestados pelos serviços de saúde, aliando o processo saúde doença com a efetividade dos procedimentos utilizados para o tratamento e reabilitação (CASTRO et al, 2003; TAKEMOTO et al, 2011).

No Brasil, ainda não existem dados confiáveis que possam retratar a incidência e a prevalência da Doença Renal Crônica (DRC), que pode ser definida como uma síndrome complexa, que se caracteriza pela perda lenta, progressiva e irreversível das funções renais, que termina, inevitavelmente, em uremia e suas complicações, para evitar estes problemas o indivíduo deve submeter-se a diálise ou a um transplante renal. Apesar dos avanços no tratamento da DRC, a morbimortalidade continua elevada, no Brasil, a sobrevida gira em torno de 79% e 41%, respectivamente no primeiro e no quinto ano de diálise (CABRAL, DINIZ & ARRUDA, 2005; NETTINA, 2007).

Na atualidade a hemodiálise é o tratamento dialítico mais utilizado, a mesma consiste em uma diálise realizada por uma máquina, na qual se promove a filtração extracorpórea do sangue. A prescrição do tratamento é em média três sessões semanais, por um período de três a cinco horas por sessão, dependendo da necessidade individual (KUSUMOTO et al, 2008; SMELTZER & BARE, 2005).

De acordo com Silva e seus colaboradores (2001), a enfermagem vem desenvolvendo pesquisas voltadas para a melhoria da qualidade de vida de pacientes acometidos por doenças crônicas, acompanhando a tendência da área da saúde, pois, além do esforço e investimento direcionados ao aumento de anos de

vida, com êxito, faz-se necessária a preocupação com a qualidade na vida aos anos a mais que foram conquistados.

Com isto percebe-se que número de clientes em diálise em nosso país aumenta todos os anos, o “data SUS” comprova isto com seus censos realizados entre 1999 a 2007. Devido a esta população tão crescente, preocupa-se com a qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico.

ENFERMAGEM E SAÚDE

Na Enfermagem, desde o século XIX, as raízes plantadas por Florence Nightingale, até aos dias de hoje, tem permitido o avance no conhecimento sobre o processo de cuidar, só que nesta época ainda não se utilizava o termo processo de enfermagem, mas Florence já enfatizava a necessidade de ensinar as enfermeiras a observar e a fazer julgamentos sobre as observações feitas. Nesta época emergia a vontade de um registro oficial das práticas de enfermagem, entretanto, as enfermeiras da época não tinham subsídios e apoio para que isto se concretizasse (GARCIA & NÓBREGA, 2009; GEOVANINI et al., 2002).

Florence, em 1887, decepcionou a enfermagem quando combateu há um movimento de enfermeiras inglesas que objetivava a obtenção do registro oficial e, conseqüentemente, o reconhecimento do curso de Enfermagem. Segundo Florence não era necessário o registro de enfermagem, porque o real significado da profissão era o seu espírito vocacional e de submissão, postura que, de uma certa forma, mostrava seu compromisso com as elites. Vale ressaltar que nesta época as enfermeiras, em sua maioria, casavam com os médicos e eram submissas a eles, em casa e no trabalho. Desta forma, a enfermagem jamais seria reconhecida, sendo sempre um símbolo de submissão (GEOVANINI et al., 2002).

No século XX as práticas do cuidado tinham sido contestadas e os profissionais impulsionados pela lógica do sistema capitalista e pelo avanço da ciência, buscaram a valorização da enfermagem ao iniciar a construção de um conhecimento próprio, por meio de elaborações teóricas. Nesta época no Brasil, Horta publica o seu livro “Processo de Enfermagem” sistematizando as ações de enfermagem, para ela o conhecimento científico era metódico e sistemático, que se

tornava ciência quando se organiza num sistema de proposições demonstradas experimentalmente e que se relacionam, sempre enfatizando a valorização do termo saúde (HORTA, 1979; KLETEMBERG et al., 2010).

Entretanto, saúde, nada mais é que uma resultante da influência dos fatores sócio-econômico-culturais, como alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente e acesso a serviços de saúde, dentre outros. Percebe-se desta forma que a saúde é um processo dinâmico em que o homem luta contra as forças que tendem a alterar o equilíbrio de sua saúde (KAWAMOTO & FORTES, 1997; NETTINA, 2007).

1. ANATOMIA E FISIOLOGIA DO RIM

Os rins são órgãos que lembram a forma de um grão de feijão, apresentam uma coloração marrom-avermelhada, encontram-se no espaço retroperitoneal, um de cada lado da coluna vertebral, de tal forma que seu eixo longitudinal corre paralelamente ao músculo psoas maior (RIELA, 2003). A posição do fígado faz com que o rim direito seja mais baixo do que o rim esquerdo e, além disso, ambos são sustentados pela gordura perirrenal, pelo pedículo vascular renal, pelo tônus muscular abdominal e pelo volume geral das vísceras abdominais (TANAGHO & MCANINCH, 2007).

O aspecto da normalidade do rim humano em peso é em torno de 150g, sendo o corpo humano constituído por dois rins, quando o ureter chega ao rim através do hilo, dilata-se formando uma cavidade em forma de túnel, que é chamada de pelve, da qual derivam dois ou três ramos principais, os cálices maiores e destes subdividem-se em três ou quatros cálices menores. Na superfície de corte, o rim é composto por um córtex e uma medula (KUMAR, ABBAS & FAUSTO, 2005).

Cada rim humano contém cerca de 1 a 1,5 milhão de unidades funcionais chamados néfrons, sendo que há dois tipos destes, os néfrons corticais que apresentam cerca de 85% dos néfrons e sua maioria está no córtex do rim, responsáveis pela remoção de resíduos de produtos e pela reabsorção de nutrientes, e os néfrons justamedulares com alças de Henle profundas que se estendem até a medula do rim, tendo como principal função promover a concentração da urina. Os néfrons são os responsáveis pelo controle da capacidade

dos rins para excretar os resíduos do sangue e, ao mesmo tempo, manter o balanço hidroeletrólítico. Com isto, percebemos que o principal papel do rim é fazer o adequado balanço ácido-básico de todo o organismo, fazendo de certa forma o chamado sistema tampão. Estes autores enfatizam que as doenças de qualquer parte do organismo podem afetar a função renal e produzir anormalidades na urina (STRASINGER & LORENZO, 2009).

Filho (2000) classifica as nefropatias quanto aos elementos primariamente acometidos, como os glomérulos (glomerulopatias), e/ou interstício (doenças túbulo-intersticiais e intersticiais) e vasos. E nos estágios já avançados de muitas destas nefropatias, a sua maioria é difícil ou impossível definir a estrutura primariamente lesada, e assim são os pacientes sob longo tempo de diálise.

O fluxo sanguíneo para os dois rins corresponde a 22% do débito cardíaco, representado um fluxo sanguíneo de 1.000 a 1.200 ml/min para um homem de 70-75 kg. Agora nos lembramos do peso dos rins, ambos pesam juntos 300 gramas, desta forma o fluxo sanguíneo por grama do rim é de cerca de 4 ml/min, um fluxo 5 a 50 vezes maior que em outros órgãos. Este sangue que atinge o rim passa inicialmente pelos glomérulos, onde cerca de 20% do plasma é filtrado, totalizando uma taxa de filtração glomerular de 120 ml/min ou 170 litros/dia, destes apenas 1,5 litros é excretado na urina. E a maior parte da água filtrada (60 a 70%) é reabsorvida no túbulo contornado proximal, que é uma das estruturas do néfron, acompanhando a reabsorção de NaCl (GYTON & HALL, 2002; RIELLA, 2003).

Uma das modalidades de tratamento para transtornos renais é a diálise que nada mais é que a infusão de moléculas de solutos através de uma membrana semipermeável, passando do lado de maior concentração para o de menor concentração, tendo como objetivo manter a vida e o bem-estar do cliente, tendo como métodos a diálise peritoneal, hemodiálise e terapia de reposição renal contínua (NETTINA, 2007; STRASINGER & LORENZO, 2009).

A função renal é essencial para a vida, pois as disfunções dos rins são comuns e podem ocorrer em qualquer fase da vida em variados graus de intensidade. Por isto a compreensão da fisiologia renal é necessária para avaliar, planejar e implementar os cuidados de enfermagem apropriados para os clientes saudáveis e com disfunção renal (SMELTZER & BARE, 2005; TANAGHO & MCANINCH, 2007).

2. DIÁLISE

O termo diálise para separação de colóides dos cristalóides foi criado em 1854 por Thomas Graham. Em 1924, George Haas realizou a primeira sessão de diálise em seres humanos e em 1948 foi realizada a primeira sessão de diálise nos EUA, utilizando o dialisador de Kolff e no Brasil em 1949 pelo Dr. Tito Ribeiro de Almeida foi realizada a primeira sessão de hemodiálise. Em 1960, Scribner e Quinton criaram o shunt arteriovenoso, e 6 anos depois Cimino e Brescia idealizaram a fístula arteriovenosa primária e, finalmente em 1973 foi aprovada a lei que permitia o livre acesso de todo cidadão americano à diálise (RIELLA, 2003).

A mais utilizada das modalidades de diálise é a hemodiálise, a qual o indivíduo necessita de um monitoramento constante ao longo das sessões para prevenir e detectar complicações decorrentes durante este procedimento, pois algumas são eventuais e outras já são graves e fatais (NASCIMENTO & MARQUES, 2005).

Segundo Horta (1979), há três funções primordiais do enfermeiro: a específica, de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades humanas básicas e ensinar o autocuidado; interdependência, de manter, promover e recuperar a saúde; e social, de ensino, pesquisa, administração, responsabilidade legal e participação na associação de classe. Além disso, deixa claro que a enfermagem é um serviço prestado ao ser humano e parte integrante da equipe de saúde. O enfermeiro tem papel fundamental na orientação quanto autocuidado, para que os clientes mantenham higienização adequada para minimizar os riscos de infecções, principalmente àquelas causadas por cateteres mal manipulados fora do ambiente hospitalar.

Para a escolha de um método dialítico devem ser considerados os aspectos referentes à eficiência do método, capacidade de ultrafiltração (UF), via de acesso para a diálise e necessidade de anticoagulação. As indicações para se iniciar a terapia substitutiva renal podem ser divididas entre as consideradas como urgência, no caso de hiperpotassemia ou hipervolemia refratárias às medidas clínicas prévias ou quando há risco iminente de vida, pericardite e encefalopatia urêmica e, aquelas eletivas que podem ser determinadas pelo nível de função renal, por parâmetros

nutricionais ou pela presença de sintomas urêmicos. A hemodiálise deve ser vista como uma modalidade terapêutica da diálise capaz de proporcionar uma melhor qualidade de vida, maior longevidade e uma frequência cada vez menor de complicações (RIELLA, 2003). As exigências para iniciar a hemodiálise incluem, um acesso à circulação do paciente, máquina de diálise e dialisador com membrana semipermeável, banho de diálise apropriado, um tempo, cerca de 4 horas, por três vezes na semana e o local (NETTINA, 2007).

Quanto ao ambiente da unidade de hemodiálise, deve seguir todas as normas da resolução RCD nº 154, de 15 de junho de 2004 que estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise.

Para realizar a hemodiálise é necessário implantar no cliente uma fístula arteriovenosa ou um cateter duplo lúmen em subclávia ou jugular interna ou uma fístula artificial externa (draft), sendo um processo em que ocorre a extração das substâncias nitrogenadas tóxicas do sangue, onde é desviado do cliente para um aparelho, chamado dialisador, em que é limpo e, em seguida devolvido ao cliente e, além disto, remover o excesso de água. Este método é utilizado em pacientes com insuficiência renal crônica, evitando a morte, porém não cura a doença renal, e também naqueles agudamente enfermos que necessitam da diálise em um curto período de tempo (PEDROSO & OLIVEIRA, 2007; SMELTZER & BARE, 2005).

Este método é contraindicado em clientes que apresentam coagulopatias, devido à heparinização do circuito extracorpóreo, a hemodiálise pode ser dificultada em clientes com débito cardíaco extremamente baixo ou que são sensíveis a alterações abruptas no estado volumétrico, nestes casos deve ser feita outra escolha do método de diálise (MORTON et al., 2007; NASCIMENTO & MARQUES, 2005).

As sessões de hemodiálise podem ser acompanhadas de diversos tipos de intercorrências clínicas, como: câibras, que podem ocorrer ao final da diálise quando os líquidos e eletrólitos deixam o espaço extracelular; desequilíbrio; as disritmias, que podem resultar das alterações nos eletrólitos e no pH ou devido a remoção dos antiarrítmicos durante a diálise; dor torácica, que pode ocorrer em clientes com anemia ou cardiopatia arterioesclerótica; hipotensão, que pode ser representada por taquicardia, náuseas, vômitos e sudorese. Estas intercorrências podem associar-se a hemorragias, trombose, desordens osmolares e arritmias. No caso de febre, calafrios, precordialgia e dispnéia em diálise que podem ser precipitadas por

bactérias ou produtos bacterianos cuja origem pode estar na água, no reuso, ou mesmo nas soluções de infusão venosa, para isto faz-se o tratamento com antipiréticos e, após as coletas de amostras para hemoculturas utiliza-se antibióticos (RIELLA, 2003; SMELTZER & BARE, 2005).

Ao longo das sessões de hemodiálise, através do acesso vascular do cliente, permite com que o sangue seja removido, limpo e devolvido ao sistema vascular do cliente, em velocidades entre 200 e 800 ml/min. Há vários tipos de acessos disponíveis, como cateteres subclávio, jugular interno e femoral, mais utilizados em casos de hemodiálise aguda e removidos quando não mais necessários. Outro tipo é a fístula, mais permanente, criado por meio cirúrgico ao unir (anastomosar) uma artéria a uma veia, esta leva 4 a 6 semanas após a cirurgia para ser utilizada, um período que permite a cicatrização (MORTON et al., 2007; NETTINA, 2007; SMELTZER & BARE, 2005).

O enxerto criado ao interpor, por via subcutânea, um material de enxerto biológico, semibiológico ou sintético entre uma artéria e uma veia, geralmente são colocados no antebraço, braço ou coxa, neste caso as complicações mais comuns são infecções e trombose. E as complicações mais recorrentes do acesso vascular são infecções, coágulo no cateter, trombose ou estenose da veia central, estenose ou trombose, isquemia da mão e aneurisma ou pseudo-aneurisma (KAWAMOTO & FORTES, 1997; NETTINA, 2007).

Dependendo da condição do cliente, a diálise é mantida por 3 a 5 horas e ao final da sessão de hemodiálise, assim como no início, amostras de sangue são coletadas e enviadas para análise, o sangue remanescente no dialisador é devolvido ao cliente e as agulhas são retiradas do local de acesso venoso (BOUNDY, 2004).

TIPOS DE QUESTIONÁRIO

Os questionários utilizados no estudo foram o instrumento genérico SF-36, o Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form (KDQOL-SFTM) e o módulo WHOQOL-BREF.

O instrumento genérico SF-36 é uma versão em português do Medical Out comes Study 36 – Item shortform health survey, traduzido e validado por Ciconelli (1997). O SF-36 é um questionário genérico, com conceitos não

específicos para uma determinada idade, doença ou grupo de tratamento e que permite comparações entre diferentes patologias e entre diferentes tratamentos.

De acordo com Martinez (2002), o questionário considera a percepção dos indivíduos quanto ao seu próprio estado de saúde e contempla os aspectos mais representativos da saúde. Questionário de fácil administração e compreensão, do tipo auto-aplicável. Segundo Ware, Gandek, IQOLA, Project Group o SF-36 é um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou componentes: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e de um ano atrás. Avalia tanto aspectos negativos de saúde (doença ou enfermidade), como aspectos positivos (bem-estar). Os dados são avaliados a partir da transformação das respostas em escores escala de 0 a 100, de cada componente, não havendo um único valor que resuma toda a avaliação, resultando em um estado geral de saúde melhor ou pior.

O Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form (KDQOL-SF) é um instrumento específico que avalia doença renal crônica terminal, aplicável a pacientes que realizam algum tipo de programa dialítico. É um instrumento auto-aplicável de 80 itens, divididos em 19 escalas, que levam aproximadamente 16 minutos para serem respondidos. O KDQOL 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 pacientes renais crônicos. (HAYS et. al, 1997; WARE et. Al, 1992).

De acordo com Fleck et al (2000), o módulo WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*) é constituído de 26 perguntas (sendo a pergunta numero 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral), as respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida). Fora essas duas questões (1 e 2), o instrumento tem 24 facetas as quais compõem 4 domínios que são: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Este questionário é sobre como o indivíduo se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida.

PROCESSOS METODOLÓGICOS

O estudo teve uma abordagem quali-quantitativa, do tipo exploratório, ou seja, um estudo em cima de materiais já elaborados, como livros e artigos científicos. A pesquisa quantitativa segue através de uma informação numérica que resulta de mensuração formal e analisada com procedimentos estatísticos, procurando verificar e explicar sua influencia sobre outras variáveis, mediante a análise da frequência de incidência e de correlações estatísticas, o pesquisador descreve, explica e prediz, envolvendo uma progressão relativamente linear de tarefas (CERVO & BERVIAN, 1983; CHIZZOTTI, 2001; GIL, 1999; POLIT, BECK & HUNGLER, 2004).

A pesquisa qualitativa quer fazer jus à complexidade da realidade, permitindo uma investigação da constância, da estabilidade, da ordem e das relações causais explicativas dos fenômenos, exigindo com que o pesquisador se envolva intensamente, permanecendo em geral no campo por longos períodos de tempo. Neste estudo será útil a adição dos termos quantitativos para melhorar o delineamento, porém o alvo dos estudos qualitativos é descobrir o significado e revelar realidades múltiplas (CHIZZOTTI, 2001; DEMO, 2000; POLIT, BECK & HUNGLER, 2004).

Respondemos aos objetivos específicos através da busca por meio de dados obtidos em estudos literários e artigos científicos provenientes do LILACS, BDNF, MEDLINE e SCIELO nos últimos 10 anos. Foram encontrados 144 artigos em relação ao tratamento dialítico, foram feito análise exploratória destes artigos, dos quais fizemos recortes e, 17 artigos estavam aptos ao nosso estudo. Destes artigos analisados Foram oito artigos que utilizam o questionário instrumento genérico SF-36, três artigos utilizaram o Mini exame de estado mental e *Kidney Disease and quality of Life-Short Form (KDQOL-SFTM)*, dois artigos utilizaram o questionário *WHOQOL* e quatro artigos avaliaram a qualidade de vida fazendo estudos de campo de forma exploratória, observando os sintomas e analisando as percepções dos próprios pacientes.

Para que com tudo isto possa responder o problema de pesquisa apresentado: Como esta sendo realizado o processo de análise da qualidade de vida dos pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise?

RESULTADO E DISCUSSÕES

O resultado obtido foi organizado e realizado, baseado na análise dos artigos encontrados em relação à qualidade de vida dos pacientes em tratamento hemodialítico, aos quais foram feitos recortes dos pontos mais importantes para o nosso estudo. Foram então excluídas os temas que não apresentam relação com o estudo em questão.

Dos recortes realizados o estudo foi dividido em quatro temáticas, sendo elas: A: Instrumento Genérico SF-36; B: Questionário “Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form (KDQOL-SF)”; C: Questionário “Whoqol (*World Health Organization Quality of Life*)”; e D: Estudo Exploratório.

A. CATEGORIA- A: INSTRUMENTO GENÉRICO SF-36

Nesta categoria foram encontrados oito artigos quanto à qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise.

Autor	Ano	Título	Resumo
Mônica de Castro et al.	2003	Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico sf-36.	Objetivo: Analisar a qualidade de vida dos pacientes com diferentes tempos de hemodiálise. Métodos: O estudo constou de uma entrevista com aplicação do SF-36, coleta de dados demográficos e socioeconômicos, obtenção das principais características clínicas e coleta de dados bioquímicos. Verificou-se correlação negativa entre idade e capacidade funcional, aspectos físicos, dor e vitalidade; entre tempo de hemodiálise e aspectos emocionais. Por outro lado, constatou se correlação positiva entre escolaridade e aspecto emocionais e entre hemoglobina e vitalidade. Conclusões: O SF-36 foi um bom instrumento para avaliar qualidade de vida de pacientes em hemodiálise.
Paulo Roberto Santos	2006	Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos	A taxa de mortalidade estacionada na última década e o aumento da prevalência de idosos entre hemodialisados motivaram o presente estudo que teve por objetivo determinar a relação do sexo e da idade com o nível de qualidade de vida (QV) em portadores de insuficiência renal crônica sob terapia hemodialítica. Métodos: em uma amostra de 107 indivíduos submetidos à hemodiálise regular em uma Unidade de Diálise

		hemodialisados.	no interior do estado do Ceará, utilizou o Medical Outcomes Study Questionnaire 36-Item Short Form Health Survey (SF-36). Conclusão: o sexo não se relacionou com o nível de QV entre renais crônicos hemodialisados, enquanto que existiu correlação linear e negativa entre idade e as dimensões pertencentes ao aspecto físico da QV.
Paulo Roberto Santos, et al.	2007	Mudança do nível de qualidade de vida em portadores de insuficiência Renal crônica terminal durante seguimento de 12 meses.	Objetivo: Entre as doenças crônicas, a insuficiência renal crônica terminal (IRCT) se destaca no impacto negativo sobre a qualidade de vida (QV). O estudo teve como objetivo verificar mudança de QV em portadores de IRCT em hemodiálise durante 12 meses e identificar variáveis associadas com piora ou melhora de QV. Métodos: A amostra foi constituída por uma coorte de 93 pacientes de uma mesma unidade hospitalar localizada no interior do Ceará, Brasil. Conclusão: Maior tempo em diálise se associou com melhora de aspectos mentais de QV em portadores de IRCT. Adaptação psicológica, como ocorre em outras doenças crônicas, poderia ser a explicação para esse resultado.
Marina Stela Cunha, et al	2009	Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida em pacientes renais crônicos submetidos a tratamento hemodialítico.	Este estudo visou avaliar a capacidade funcional e a qualidade de vida em pacientes com incapacidade renal crônica (IRC) submetidos a tratamento hemodialítico e verificar possíveis correlações entre essas variáveis clínicas e idade, índice de massa corpórea (IMC) e tempo de hemodiálise. Dezesesseis pacientes com IRC foram submetidos à avaliação da capacidade funcional pelo teste de caminhada de seis minutos (TC6'), mensuração das pressões inspiratória e expiratória máxima, e pela aplicação da escala de severidade da fadiga. Também responderam ao questionário SF-36, sobre qualidade de vida relacionada à saúde (QV). Os resultados sugerem que, com pouca interferência da idade e do tempo de hemodiálise, pacientes com IRC submetidos a tratamento hemodialítico apresentam prejuízos na capacidade funcional e na QV.
Valquiria Greco Arenas, et al	2009	Qualidade de Vida: comparação entre diálise peritoneal automatizada e hemodiálise	Avaliar a Qualidade de Vida relacionada à saúde em pacientes submetidos à Diálise Peritoneal Automatizada (DPA) e Hemodiálise em um centro de diálise satélite no Município de São Paulo. Métodos: Este estudo observacional transversal, incluiu 101 pacientes com idade entre 18-75 anos, em terapia há mais de 90 dias e que compreenderam o questionário. Conclusão: A Qualidade de Vida foi semelhante entre as modalidades, porém o escore de Aspectos Físicos foi menor para pacientes em Diálise Peritoneal Automatizada
Simone Aparecida de	2010	Declínio cognitivo, depressão e qualidade de	Introdução: Os pacientes portadores de doença renal crônica constituem uma população de alto risco para o declínio cognitivo, pois, frequentemente, são usuários de "polifarmácias" e apresentam comorbidades como diabetes e hipertensão

Lima Condé, et al		vida em pacientes de diferentes estágios da doença renal crônica	arterial. Objetivo: Avaliar a função cognitiva, a depressão e a qualidade de vida de pacientes em diferentes estágios da doença renal crônica. Método: Estudo transversal realizado nos meses de junho a dezembro de 2007, em 119 pacientes. Conclusão: Esses resultados evidenciam a ocorrência de déficit cognitivo nos pacientes com DRC, notadamente naqueles tratados pela hemodiálise, e sugerem a necessidade de se realizar estudos longitudinais para confirmar ou não a influência do tratamento dialítico no declínio cognitivo.
Cintia Botelho Silveira, et al	2010	Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise em um hospital público de Belém – Pará,	Introdução: A doença renal crônica (DRC) dialítica afeta a qualidade de vida do paciente, por vezes de maneira mais intensa que outras doenças crônicas. Objetivo: Avaliar a qualidade de vida de pacientes com IRC em programa de hemodiálise ambulatorial em um hospital público de Belém – Pará. Método: O estudo baseou-se em dados coletados em entrevista, utilizando a versão brasileira do questionário SF-36. Conclusão: Os domínios analisados estiveram globalmente comprometidos na população estudada, em especial com relação aos aspectos físicos, sugerindo a influência negativa da presença de doença crônica, com tratamento prolongado, sobre esses âmbitos.
Sonia Faria Mendes Braga, et al	2011	Fatores associados com a qualidade de vida relacionada à saúde de idosos em hemodiálise	Identificar fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes idosos em hemodiálise. Métodos: Estudo transversal com 223 pacientes com idade ≥ 60 anos em hemodiálise nas unidades de diálise do município de Belo Horizonte, MG, em 2008. A qualidade de vida foi avaliada utilizando o Kidney Disease and Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF) e o Medical Outcome Survey – Short Form 36 (SF-36). Conclusões: A associação consistente com presença de doenças crônicas mostra a importância do perfil I de morbidade para a qualidade de vida dessa população. A identificação dos fatores associados, como aumento da idade, sexo feminino, número de internações e tempo de tratamento.

O estudo de Cunha e seus colaboradores (2009), demonstraram através da utilização do questionário genérico-SF36, que os pacientes com insuficiência renal crônica submetidos a tratamento hemodialítico têm a qualidade de vida afetada negativamente, apresentando diminuição da capacidade funcional.

Condé et. al (2010), analisou que os pacientes em hemodiálise apresentaram o pior desempenho nos testes cognitivos relacionados com função executiva, atenção e memória. E ressalva ainda que este declínio de habilidades cognitivas possa estar relacionado ao envelhecimento cerebral.

Braga e seus colaboradores (2011), mostraram em sua pesquisa que alguns fatores, como o aumento da idade, sexo feminino e número de internações, associaram-se ao pior escore do componente físico. A presença de doenças crônicas auto-referidas foi o fator que apresentou associação consistente com a pior

qualidade de vida em todos os componentes avaliados, mostrando a importância de se conhecer o perfil de morbidade dos pacientes idosos em terapia dialítica. Outro aspecto importante observado neste estudo foi a influência negativa do tempo de tratamento no componente mental da qualidade de vida, sugerindo uma piora desses aspectos no início do tratamento dialítico.

Santos et. al, 2007, observa prejuízo na dimensão de limitação por aspectos emocionais e o componente mental resumido apresentaram variação positiva em um ano. O grupo de pacientes que apresentou variação negativa do componente mental resumido tinha menor tempo em diálise.

De acordo com o estudo de Castro et. al, (2003), houve um menor valor em relação a capacidade funcional e estado geral de saúde na qualidade de vida dos pacientes sem diabetes.

Silveira (2010), publicou que a qualidade de vida associada à saúde dos pacientes mostrou-se diminuída quanto aos aspectos físicos, em todas as faixas etárias, com relativa preservação dos domínios saúde mental, aspectos sociais e emocionais. A população masculina apresentou piores escores no que se refere a aspectos físicos e vitalidade. Em seu estudo a idade correlacionou-se negativamente com a capacidade funcional. E ressalta que os pacientes em programa de hemodiálise há mais de um ano apresentaram melhores níveis no domínio aspectos sociais e houve correlação positiva entre o tempo em diálise e a capacidade funcional.

Santos (2006), destaca em seu estudo que não houve diferença do nível de qualidade de vida no que se refere ao sexo, porém, houve correlação linear e negativa entre idade e as seguintes dimensões de qualidade de vida: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade e aspectos sociais. Quando o autor se refere às dimensões sem correlação com a idade foram encontrados danos na limitação por aspectos emocionais e saúde mental.

No estudo de Arenas et. al (2009), em diálise peritoneal demonstrou semelhança da qualidade de vida destes frente aos pacientes submetido à hemodiálise, onde o domínio dos aspectos físicos também demonstraram estar diminuído na avaliação dos pacientes em diálise peritoneal.

Baseado nestes estudos podemos perceber que Castro et al (2003), Santos (2006) e Cunha et. al (2009) evidenciaram em suas pesquisas a diminuição da capacidade funcional do paciente em tratamento hemodialítico.

Braga et.al (2011), ressalta o prejuízo mental dos paciente em início de hemodiálise, acreditamos que isto possa ser pelo impacto da terapia dialítica sobre o aspecto mental de qualidade de vida do indivíduo.

O estudo de Braga et. al (2011) e o de Santos (2006), demonstram divergência em seus resultados, visto que para Braga et. (2011), o sexo feminino reflete num maior dano ao escore físico, enquanto no estudo de Santos (2006), a diferença dos sexos não alteram os resultados finais do estudo, sendo os mesmos prejuízos em relação a qualidade de vida para ambos os sexos. E evidencia que com a idade a qualidade de vida destes pacientes começa a regredir, devido as suas condições físicas.

Outro fator bastante evidenciado nos estudos foi em relação ao prejuízo mental, que podemos perceber que quanto menor o tempo em diálise do paciente, maior o dano neste em relação a este aspecto da qualidade de vida. E estes estudos acima compravam que com o passar do tempo em tratamento hemodialítico este prejuízo já citado vai minimizando no paciente renal crônico.

B. CATEGORIA B - QUESTIONÁRIO “Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form (KDQOL-SF)”

Nesta categoria foram evidenciados três artigos quanto à qualidade de vida dos pacientes renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico.

Autor	Ano	Título	Resumo
Gildete Barreto Lopes, et al.	2007	Comparações de medidas de qualidade de vida entre mulheres e homens em hemodiálise	Objetivo: Comparar homens e mulheres, tratados cronicamente por hemodiálise, quanto a escores de qualidade de vida relacionada com saúde (QVRS) e avaliar potenciais influências da idade e comorbidades. Métodos: Corte transversal dos dados da linha de base de 254 mulheres e 349 homens participantes do estudo PROHEMO, sendo desenvolvido em unidades de diálise de Salvador. Utilizando a versão do Kidney Disease

			Quality of Life Short Form (KDQOL-SF). Conclusão: Os dados indicam que em várias escalas de QVRS as mulheres tratadas cronicamente por hemodiálise apresentam menores escores do que os homens. Os menores escores de QVRS em mulheres foram observados em diferentes grupos etários, independente de comorbidades.
Luciana Kusumoto, et al.	2007	Adultos e idosos em hemodiálise, avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde.	Objetivos: Caracterizar os adultos e idosos em hemodiálise residentes em Ribeirão Preto-SP. Avaliar e descrever as diferenças na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) desses pacientes. Métodos: Estudo seccional e populacional com 194 pacientes em hemodiálise em quatro serviços de diálise do município. Os instrumentos utilizados foram: Mini Exame do Estado Mental e Kidney Disease and Quality of Life-Short Form (KDQOL-SFTM). Conclusão: A insuficiência renal crônica terminal e a hemodiálise se relacionaram com a QVRS dos adultos e idosos. Os resultados podem subsidiar a atuação dos profissionais da saúde para atender as necessidades iminentes, prevenir complicações, enfim almejar uma melhor QVRS.
Iraci dos Santos, et al	2011	Qualidade de vida de clientes em hemodiálise e necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado	Este trabalho relaciona necessidades de orientação de enfermagem com a qualidade de vida de clientes com doença renal crônica, em hemodiálise, considerando conceitos de Autocuidado de Orem. Método descritivo, mediante entrevista com 43 clientes de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro, de 2008 a 2009. Foram encontradas as necessidades de orientação de enfermagem para nutrição, ingestão de líquidos, complicações da hemodiálise, anticoagulação, atividade física, de lazer e associação a grupos, concluindo-se que esses clientes encontram-se no Sistema de Autocuidado totalmente compensatório.

Lopes et. al (2007), evidencia em seu estudo níveis mais baixos de qualidade de vida em mulheres do que em homens, independente da idade e da presença de comorbidades. Ressaltamos que o sexo não seja uma característica modificável, as diferenças observadas entre homens e mulheres tratados cronicamente por hemodiálise são importantes no sentido de identificar pacientes que necessitam de cuidados específicos para melhorar a qualidade de vida.

Kusumoto e seus colaboradores (2007), demonstrou que este instrumento é capaz de avaliar a qualidade de vida de pacientes adultos e idosos em hemodiálise, sendo que em seu estudo identificou diferenças entre as dimensões para os dois grupos etários, onde os adultos demonstraram melhor qualidade de vida, segundo

aspectos da saúde física, enquanto os idosos avaliaram melhor os aspectos emocionais e de relacionamento interpessoal com a equipe de saúde.

Santos et. al (2011), observou em sua pesquisa que a continuidade do tratamento hemodialítico afeta vários aspectos da vida dos clientes, em seu estudo obteve 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.

O estudo de Kusumoto et al (2007), faz evidencias diferentes das já citadas, ele demonstra em seu estudo o melhor aspecto da qualidade de vida dos pacientes em tratamento dialítico, diferentemente dos demais autores que evidenciam os aspectos negativos em relação a qualidade de vida destes pacientes., ou seja, os pontos onde os usuários apresentam mais dificuldades.

A pesquisa de Lopes et al. (2007), encontrou os mesmos resultados do estudo de Braga et al (2011), mesmo sendo em anos diferentes e utilizando questionários diferentes, ambos demonstraram uma menor qualidade de vida no sexo feminino em suas pesquisas.

C. CATEGORIA C – QUESTIONÁRIO “WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*)”

Nesta categoria foram estudados três artigos com a aplicação deste tipo de questionário para avaliar a qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise.

Autor	Ano	Título	Resumo
Karina Higa ¹ , et al	2007	Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise.	Objetivo: Analisar a qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica, em tratamento de hemodiálise. Métodos: Trata-se de pesquisa quantitativa, realizada em uma clínica de diálise em Campinas, SP, através dos dados de identificação gerais dos sujeitos e aplicação do questionário WHOQOL-breve dividido em quatro domínios: físico, psicológico, social e meio ambiente. Conclusão: Os melhores resultados obtidos pertencem aos domínios psicológico e social, relacionados à crença na cura para a insuficiência renal crônica através de um transplante renal, proporcionando aos pacientes confiança no

			processo dialítico.
Angélica Yukari Takemoto, et al	2011	Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico	A hemodiálise afeta não só aspectos físicos, como psicológicos e sociais, com repercussão na vida pessoal e familiar. Considerando que no Brasil está ocorrendo um aumento da população idosa, esta pesquisa objetivou avaliar a qualidade de vida dos idosos com insuficiência renal crônica, submetidos ao tratamento hemodialítico. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, de caráter descritivo exploratório, com idosos de um serviço especializado em hemodiálise de Guarapuava, Paraná. Assim, a qualidade de vida desses idosos apresentou-se baixa, com variações de acordo com o domínio analisado.
Ricardo Corrêa Ferreira, et al	2011	A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília	Introdução: A hemodiálise é responsável por alterações significativas na qualidade de vida dos pacientes renais crônicos. Objetivo: Comparar a qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise sem depressão (A) com aqueles com algum grau de depressão (B). Métodos: Estudo descritivo e transversal, utilizando o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e a Escala WHOQOL-bref. Conclusão: Apesar da baixa prevalência de quadros depressivos entre os hemodialíticos, deve-se investir no suporte social, psicológico e físico para melhorar a qualidade de vida destes pacientes.

Higa et al (2007), observou que os pacientes em hemodiálise apresentaram valores médios em todos os domínios do questionário, sendo que os melhores resultados foram nos domínios psicológico e social. Destaca ainda que a maioria dos sujeitos encara o tratamento como uma modalidade dolorosa, sofrida, angustiante, com limitações físicas, sociais e nutricionais, dificultando, muitas vezes, a interação paciente-sociedade-família.

De acordo com o estudo de Ferreira e seus colaboradores (2011), há uma importância em observar os domínios da qualidade de vida que se inter-relacionam e que demonstram a importância de se investir em questões como suporte social na melhora da saúde biopsicossocial destes pacientes. E também psicológico e físico para melhorar a qualidade de vida destes pacientes em terapia substitutiva renal.

Percebemos que os estudos dos dois autores acima citados apresentam uma divergência em relação ao aspecto psicológico dos pacientes estudados, onde o primeiro autor afirma ter resultados adequados à qualidade de vida dos clientes, enquanto o segundo autor reforça a importância de melhorar a qualidade de vida dos pacientes incentivando o investimento em questões sociais, físicas e psicológicas. Vale ressaltar que mesmo estando os pacientes com um bom aspecto

psicossocial, sempre é válido investir e incentivar neste quesito para que os aspectos psicológicos dos pacientes não vierem a diminuir, e sim permanecer e aumentar a cada dia.

Para Takemoto (2011), o instrumento aplicado mostrou aptidão para avaliar a qualidade de vida da população em estudo, onde os idosos submetidos a tratamento hemodialítico apresentaram uma qualidade de vida baixa, com variações de acordo com os domínios analisados, com maior déficit no domínio físico, o qual aborda questões relativas ao estado de saúde do paciente.

Percebemos que a existência de boas relações no âmbito social, principalmente com familiares, influencia para o aumento no escore do domínio social, e que o aspecto físico como já foi avaliado em outros estudos já discutidos, é uma consequência da idade associada principalmente à doença renal crônica com suas complicações.

CATEGORIA D – ESTUDO EXPLORATÓRIO

Nesta categoria foram analisados três artigos referentes a qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise, sendo que os pesquisadores fizeram uma análise baseada no estudo de campo, com observação aos sinais e sintomas apresentados, relacionando isto à qualidade de vida dos sujeitos, sem aplicação de questionário.

Autor	Ano	Título	Resumo
Elisângela de Quevedo Welter, et al.	2008	Relação entre grau de prurido e qualidade de vida de pacientes em hemodiálise,	O prurido é um sintoma frequente nos pacientes em hemodiálise. Objetivos: Avaliar o grau de prurido e sua influência na qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise. Métodos - Estudo transversal com pacientes renais crônicos em hemodiálise no Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre, que apresentassem prurido sem outras dermatoses. Utilizou-se a escala análoga visual para mensuração do grau de prurido e o questionário do Índice de Qualidade de Vida para Dermatologia. Conclusões: Neste estudo, 57% dos indivíduos não demonstraram alterações importantes na qualidade de vida relacionadas ao prurido, mas um número significativo estava na faixa de muito e extremamente alterado, o que denota a necessidade de atenção ao tratamento deste sintoma neste grupo de pacientes.

Patrícia Bezerra da Costa, et al	2010	Qualidade de vida: pacientes com insuficiência renal crônica no município de Caruaru, PE	Introdução: Qualidade de vida é uma dimensão que tem sido amplamente investigada na saúde da população, independente da faixa etária. Objetivo: Descrever as características e analisar as possíveis associações entre a Insuficiência Renal Crônica (IRC) e a qualidade de vida em uma amostra representativa de pacientes com o agravo no município de Caruaru, PE. Método: A pesquisa foi realizada nos centros de tratamentos dialíticos na cidade de Caruaru, onde toda a população com IRC é atendida (n = 192), sendo 82 pacientes do Centro Regional de Hemodiálise do Agreste (CRHA) e 110 da clínica SOS Rim – Clínica Nefrológica de Caruaru. Conclusão: Os dados indicam que pacientes com IRC apresentam diminuição na qualidade de vida graças a repercussões musculoesqueléticas, tais como câibras, fraqueza muscular e esforço físico.
Alessandra Silva da Silva, et al	2011	Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise	A Insuficiência Renal Crônica é um importante problema de Saúde Pública. Este estudo qualitativo, realizado em Rio Grande - RS, objetivou conhecer as percepções dos pacientes com Insuficiência Renal Crônica acerca das mudanças ocorridas em sua rotina de vida, decorrentes do tratamento de hemodiálise, identificando os elementos que influenciam a sua qualidade de vida. Restrições dos hábitos alimentares e hídricos, incapacidade ou limitação das atividades físicas, profissionais e de lazer foram as principais dificuldades identificadas. O apoio dos familiares e dos profissionais da saúde pode contribuir para a superação dessas limitações e adaptação ao novo estilo de vida.

Observamos no estudo de Welter et. al (2008), que o sintoma mais comum e que interfere na qualidade de vida dos pacientes hemodialíticos é o prurido, ocorridos nos pacientes renais crônicos afetando no seu cotidiano.

Podemos constatar no estudo de Costa (2010), que pacientes com doença renal crônica apresentam diminuição na qualidade de vida por causa das repercussões musculo-esqueléticas, tais como câibras, fraqueza muscular e esforço físico.

Silva e seus colaboradores (2011) evidencia que no início do tratamento os pacientes apresentam diferentes sentimentos, como o de frustração, indignação e negação frente à necessidade do tratamento. Ressalta ainda que estes se modificam durante o processo de conhecimento e enfrentamento da doença pela hemodiálise. Em seus estudos foram encontrados relatos dos pacientes com dificuldades nas restrições dos hábitos alimentares e hídricos, a incapacidade ou a limitação das atividades profissionais, físicas e de lazer.

Baseado nestes estudos, podemos perceber que o estudo de campo, acaba avaliando mais os sinais e sintomas ocorridos com o paciente, estes que podem ser minimizados com medicamentos e orientações ao paciente quanto ao aparecimento de tais sintomas. Estas orientações que devem ser feita pela equipe multiprofissional da unidade de hemodiálise.

CONSIDERAÇÕES

Por todos os aspectos observados, compreendemos a importância da avaliação da qualidade de vida dos pacientes frente ao tratamento hemodialítico em uma unidade de hemodiálise, ao qual trouxe diversos debates deste modo de avaliar o cliente renal crônico. Ultimamente a mídia expõe muito a importância da qualidade de vida do ser humano, isto faz com que os pesquisadores busquem saber se realmente o indivíduo vem tendo uma qualidade de vida adequada, principalmente àqueles com doenças crônicas, pela impossibilidade da cura.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde a qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações.

A qualidade de vida trata-se de um forte indicador de avaliação dos atendimentos prestados pelos serviços de saúde, aliando o processo saúde doença com a efetividade dos procedimentos utilizados para o tratamento e reabilitação. O diagnóstico da patologia crônica exerce um impacto no cotidiano desses indivíduos, pela mudança e acréscimo de muitas tarefas, como as transformações das relações sociais, o tratamento a serem seguidas, as possíveis alterações na aparência pessoal, entre outros aspectos. A avaliação da qualidade de vida tem se tornado recentemente um importante indicador de saúde e bem-estar dos pacientes portadores de doença renal. (TAKEMOTO et. al, 2011; BRAGA et. al, 2011)

Percebemos que a qualidade de vida é afetada no início do tratamento hemodialítico e principalmente com o passar do tempo, por isto é importante avaliar sempre esta qualidade de vida do paciente renal crônico, para que seja realizado imediatamente as intervenções para minimizar os danos causados ao paciente renal. Podemos evidenciar que há uma grande necessidade de autocuidado, estas que

devem ser orientadas aos pacientes pelos enfermeiros da instituição, para que possam ser instituídas desta forma, ações que melhorem sua sobrevida.

Sugere-se a partir disto o desenvolvimento da orientação de enfermagem para o autocuidado, em consulta de enfermagem, visando promover a qualidade de vida dos clientes, fazendo com que os enfermeiros apliquem a sistematização da assistência de enfermagem nos indivíduos em tratamento hemodialítico e possam perceber as alterações apresentadas por eles o mais precocemente possível, minimizando assim possíveis complicações.

Neste estudo podemos observar que o método mais utilizado para avaliar a qualidade de vida dos pacientes hemodialíticos é o instrumento genérico SF-36, este por ser mais fácil de aplicar aos pacientes, e um melhor entendimento em relação ao questionário e pesquisador. Os demais métodos são utilizados em menor proporção em relação ao já citado que é o questionário “Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form (KDQOL-SF)”, o questionário “Whoqol (*World Health Organization Quality of Life*)”, estes foram recentemente traduzidos em português, entanto podemos evidenciar que os estudos começaram a surgir a partir de 2007. E além destes, tem o estudo de campo, com observação, o qual o pesquisador vai a unidade de hemodiálise analisar os aspectos que alteram a qualidade de vida do indivíduo.

Podemos notar a diferença entre os estudos quando se aplica ou não questionário, sendo que com a utilização dos questionários há um foco maior ao paciente, com uma visão holística do todo, enquanto o estudo exploratório analisa as intercorrências durante as sessões de hemodiálise, então acreditamos que possa investir mais na avaliação da qualidade de vida do paciente renal crônico com aplicação de questionário e visita de campo, os dois juntos que enriquecerão a pesquisa como um todo.

Esperamos que este estudo possa contribuir e conscientizar aos profissionais de enfermagem e os gestores que atuam em uma unidade de hemodiálise quanto à importância da avaliação da qualidade de vida destes usuários. Por meio disto sugerimos que mais trabalhos quanto a esta modalidade sejam incentivados, realizados e publicados para que se tornem conhecidos e que todos os enfermeiros possam fomentar debates e nortear suas ações de enfermagem, a fim de melhorar a qualidade de vidas dos pacientes em relação ao atendimento da equipe.

REFERÊNCIAS

ARENAS, Valquiria Greco et al. Qualidade de Vida: comparação entre diálise peritoneal automatizada e hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo-SP, v.22(Especial-Nefrologia), p.535-9. 2009.

BRAGA, Sonia Faria Mendes et al. Fatores associados com a qualidade de vida relacionada à saúde de idosos em hemodiálise. **Revista Saúde Pública**. Belo Horizonte-MG, v.45, n.6, p.1127-36. 2011.

BRASIL. In: DATA SUS. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2009/d22.def>>. Acesso em: 20 de setembro de 2012 às 15h 34min.

BRASIL. **Organização Mundial da Saúde no Brasil**. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 20 de setembro de 2018 às 21h49min.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso em: 01 de outubro de 2018 às 21h 15min.

CABRAL, Poliana Coelho; DINIZ, Alcides da Silva; ARRUDA, Ilma, K. Grande de. Avaliação nutricional de pacientes em hemodiálise. **Revista de nutrição**, Campinas-SP, 18(1), p.29-40, jan./fev. 2005.

CASTRO, Mônica de et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. **Revista Associação Médica Brasileira**. São Paulo-SP, v.49, n.3, p.245-9. 2003.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia Científica: para o uso dos estudantes universitários**. 3.ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2001.

CICONELLI, Rozana Mesquita. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de vida “medical out comes study 36 – item**

short – form health survey (SF-36). São Paulo; 1997. [Tese de Doutorado – Escola Paulista de Medicina de São Paulo da Universidade Federal de São Paulo].

CONDÉ, Simone Aparecida de Lima et al. Declínio cognitivo, depressão e qualidade de vida em pacientes de diferentes estágios da doença renal crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. Rio de Janeiro, v.32, n.3, p.242-248. 2010.

CONSTITUIÇÃO. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 10 de outubro de 2018 às 14h 11min.

COSTA, Patrícia Bezerra da et al. Qualidade de vida: pacientes com insuficiência renal crônica no município de Caruaru, PE. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 23, n. 3, p. 461-471, jul./set. 2010.

CUNHA, Marina Stela et al. Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida em pacientes renais crônicos submetidos a tratamento hemodialítico. **Fisioterapia e Pesquisa**. São Paulo, v.16, n.2, p.155-60, abr./jun. 2009.

DEMO, Pedro. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000.

FERREIRA, Ricardo Corrêa; Filho, Carlos Rodrigues da Silva. A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília, São Paulo. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. Marília-SP, v. 33, n.2, p.129-135. 2011.

FLECK, MPA et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista de saúde pública**, 2000, 34(2):178-183

FURASTÉ, Pedro Augusto. **Normas Técnicas para o Trabalho Científico**. 15.ed. ref. e atual. Porto Alegre: 2009.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HAYS, RD, KALLICH JD, MAPES DL, COONS SJ, AMIN N, CARTER, WB. Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF). **Version 1.3: a manual for use and scoring**. Santa Monica: RAND/P-7994; 1997. p.1-39.

HIGA, Karina et al. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem**. Araras – SP, v.21(Número Especial), p. 203-6. 2007.

KAWAMOTO, Emília Emi; FORTES, Julia Ikeda. **Fundamentos de Enfermagem**. 2.ed.rev. e atual. São Paulo: EPUB, 1997.

KUSUMOTO, Luciana et al. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. **Acta Paul Enfermagem**, [s.l.], 21(número especial): p.152-9, 2008.

LOPES, Gildete Barreto et al. Comparações de medidas de qualidade de vida entre mulheres e homens em hemodiálise. **Revista da Associação Médica Brasileira**. Salvador-BA, v.53, n.6, p.506-9. 2007.

MARTINEZ, M. C. **As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador**. São Paulo; 2002. [dissertação de mestrado – programa de pós-graduação do departamento de saúde ambiental da faculdade de saúde pública da universidade de São Paulo].

NETTINA, M. Sandra. **Brunner, Prática de Enfermagem**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.v.2.

POLIT Denise F.; BECK, Cheryl; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SANTOS, Iraci dos et al. Qualidade de vida de clientes em hemodiálise e necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro-RJ, v.15, n.1, p.31-38. Jan./mar.2011.

SANTOS, Paulo Roberto; PONTES, Lígia Regina Sansigolo Kerr. Mudança do nível de qualidade de vida em portadores de insuficiência renal crônica terminal durante seguimento de 12 meses. **Revista da Associação Médica Brasileira**. Fortaleza, v.53, n.4, p.329-34. 2007.

SANTOS, Paulo Roberto. Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v.52, n.5, p. 356-9. 2006.

SILVA, Alessandra Silva da, et al. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, 64(5): p. 839-44, set-out, 2011.

SILVEIRA, Cintia Botelho et al. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise em um hospital público de Belém – Pará. **Jornal Brasileiro Nefrologia**. Belém-PA, v.32, n.1, p.39-44. 2010.

TAKEMOTO, Angélica Yukari et al. Avaliação da qualidade de vida em Idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre (RS): 32(2), p. 256-262, jun, 2011.

WARE JE, Sherbourne CD. The MOS 36 Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. **Conceptual framework and item selection**. Med Care 1992; 30:473-83.

WELTER, Elisangela de Quevedo. Relação entre grau de prurido e qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. Porto Alegre-RS. V.83, n.2, p.137-40. 2008.

APÊNDICE – D – Artigo Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem em atuantes em setor em hemodiálise

Artigo submetido à Revista de Saúde Pública (USP), Qualis A2

Título Português: QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ATUANTES EM SETOR DE HEMODIÁLISE DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NA REGIÃO AMAZÔNICA

Título em Inglês:

Título resumido: QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ATUANTES EM SETOR DE HEMODIÁLISE.

Palavras chaves: Qualidade de vida. Unidades hospitalares de hemodiálise. Profissionais de enfermagem.

Autores:

Diogo Amaral Barbosa¹

Danila Nunes da Silva²

Paulo Ricardo dos Santos³

Douglanes Gomes de Melo⁴

Ruhena Kelber Abrão⁵

1- Universidade Federal do Tocantins. Mestrando em ensino em ciência e saúde. Palmas - TO, Brasil.

2 – Graduanda em Enfermagem na Faculdade de Ensino Superior da Amazônia Reunida.

3 - Graduando em Enfermagem na Faculdade de Ensino Superior da Amazônia Reunida.

4 - Graduanda em Enfermagem na Faculdade de Ensino Superior da Amazônia Reunida.

5- Universidade Federal do Tocantins. Docente no Mestrado em ensino em ciência e saúde. Palmas - TO, Brasil.

Autor correspondente: (Diogo Amaral Barbosa) Enf. Esp. em Nefrologia - HRPA Coord. Adj. Enfermagem – FESAR, Universidade Federal do Tocantins. Discente do Mestrado em ensino em ciência e saúde. Quadra 109 Norte, Avenida NS-15, ALCNO-14Plano Diretor Norte | 77001-090 | Palmas/TO. Fone: (94) 99215-8188. E-mail: diogons2@hotmail.com

Autor correspondente: (Danila Nunes da Silva) Graduanda em Enfermagem na Faculdade de Ensino Superior da Amazônia Reunida. Coordenação de Enfermagem. Avenida Brasil nº1435, Alto Paraná | 68550-325 | Redenção/PA. Fone: (94) 99184-3826. E-mail: danila_ceu@gmail.com.

Autor correspondente: (Paulo Ricardo dos Santos) Graduando em Enfermagem na Faculdade de Ensino Superior da Amazônia Reunida. Coordenação de Enfermagem. Avenida Brasil nº1435, Alto Paraná | 68550-325 | Redenção/PA. Fone: (94) 99138-9595. E-mail: pauloexpeliarmos@hotmail.com.

Autor correspondente: (Douglanes Gomes de Melo) Graduanda em Enfermagem na Faculdade de Ensino Superior da Amazônia Reunida. Coordenação de Enfermagem. Avenida Brasil nº1435, Alto Paraná | 68550-325 | Redenção/PA. Fone: (94) 99144-1408. E-mail: douglanes_melo@hotmail.com.

Autor correspondente: (Ruhena Kelber Abrão) Docente Doutor na Universidade Federal do Tocantins. Docente do Programa de Mestrado em ensino em ciência e

saúde. Quadra 109 Norte, Avenida NS-15, ALCNO-14Plano Diretor Norte | 77001-090 | Palmas/TO. Fone: (63) 99277-2896. E-mail: kelberabrao@gmail.com

Participação dos autores na elaboração do artigo

Diogo Amaral Barbosa - Concepção do projeto; Análise e interpretação dos dados; Revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; Aprovação final da versão a ser publicada.

Danila Nunes da Silva – Aplicação dos questionários e tabulação de dados.

Paulo Ricardo dos Santos - Aplicação dos questionários e tabulação de dados.

Douglanes Gomes de Melo - Aplicação dos questionários e tabulação de dados.

Ruhena Kelber Abrão - Análise e interpretação dos dados; Revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; Aprovação final da versão a ser publicada.

Colocar o Agradecimento as Instituições

Agradecimentos: Agradecemos o apoio Universidade Federal do Tocantins e Faculdade de ensino Superior da Amazônia Reunida por acreditar na relevância deste estudo.

Financiamento

Programa Bolsa em Produtividade em Pesquisa PROPESQ, UFT;

Programa de Auxílio a publicação de Artigos, PROPESQ, UFT.

Conflito de interesse: Não há conflitos de interesses por parte dos autores.

Número protocolo de aprovação do comitê de ética: Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética em Pesquisa (CEP) do Sul do Pará-FESAR, por meio do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética n.º 67271617.6.0000.8104 e parecer n.º 2.310.819.

Desde já agradecemos a oportunidade de submeter nosso trabalho a esta revista.

RESUMO

A qualidade de vida vem sendo uma temática de significativa relevância, considerando os profissionais de enfermagem que atuam em serviços de hemodiálise, neste sentido torna-se importante observar as peculiaridades no ambiente de trabalho dessa equipe para que estes profissionais possam obter uma melhor qualidade de vida. Sendo assim esta pesquisa teve como objetivo analisar a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem que atuam em setor de hemodiálise de um hospital de referência no Sul do Pará. Trata-se de um estudo quantitativo com abordagem descritiva exploratória, realizado com 14 profissionais de enfermagem atuantes no setor de hemodiálise, onde estes aceitaram participar voluntariamente do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Aplicou-se como instrumento de coleta de dados o questionário genérico de qualidade de vida SF-36. Entre os 14 profissionais de enfermagem, 12 eram técnicos em enfermagem (85,71%), 2 eram enfermeiros (14,29%), sendo a faixa etária prevalente de 20 a 30 anos (38%). Na avaliação geral da qualidade de vida, o domínio que apresentou menor valor foi o de limitações por aspectos físicos 67,86, em contrapartida obteve-se melhor resultado o domínio saúde mental 80,29. Portanto faz-se relevante avaliar a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem que atuam em serviço de hemodiálise por se tratar de um setor hospitalar crítico, devido ao cuidado contínuo prestado à pacientes portadores de doença renal crônica.

Palavras chaves: Qualidade de vida. Unidades hospitalares de hemodiálise. Profissionais de enfermagem.

ABSTRACT

INTRODUÇÃO

A Qualidade de Vida (QV) é definida pelo The WHOQOL Group da Organização Mundial de Saúde (OMS) como a "percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" ¹. Já a QV no ambiente de trabalho é definida como a "busca do equilíbrio psíquico, físico e social onde são respeitadas as necessidades e limitações do ser humano resultando num crescimento pessoal e profissional" ².

No decorrer dos anos a QV no ambiente de trabalho vem sendo um assunto de notável discussão. Na área da saúde, a enfermagem tem merecido destaque, por ser uma profissão inerente ao cuidado e a assistência direta ao paciente, notando-se que as mudanças relacionadas a jornada de trabalho somada ao avanço constante

de tecnologias presentes na rotina dos profissionais de enfermagem sobrecarregam esta equipe, podendo afetar a saúde física e mental dos mesmos.³

Os fatores e atividades intrínsecas exercidas na atuação da equipe de enfermagem ocasionam elevado nível de estresse psíquico, principalmente entre as equipes que atuam em determinados setores hospitalares que exigem maior esforço psicológico e físico, como a unidade de terapia intensiva, centro cirúrgico e setor de hemodiálise.⁴

A escolha de verificar a QV dos profissionais de enfermagem no setor de hemodiálise se deu devido a grande atuação desta equipe no setor, além de compor a maior parcela de pessoal, em um ambiente fechado e com atendimento ambulatorial de pacientes renais crônicos que são acompanhados por muito tempo.⁵

O ambiente de trabalho da equipe de enfermagem no setor onde são realizados os procedimentos de hemodiálise traz a estes profissionais diversos fatores que desencadeiam o estresse, deixando-os mais susceptíveis à ocorrência de iatrogenia, acidentes de trabalho, além de promover o surgimento de patologias relacionadas ao trabalho, podendo fazer com que estes profissionais desenvolvam suas atividades e atribuições de forma ineficaz. Isso pode afetar negativamente tanto a saúde dos profissionais quanto a assistência ao paciente.⁶

De modo geral, o enfermeiro é responsável pelas atividades gerenciais e assistências de enfermagem das unidades (Lei 7.498 de 1986), devendo estar presente um enfermeiro assistencial e um gerencial. O enfermeiro gerencial tem atribuições relacionadas com questões logísticas e burocráticas, enquanto o enfermeiro assistencial lida diretamente com o paciente.⁷

Um dos desafios deste século, tanto na gestão dos recursos humanos quanto na preocupação a respeito da QV de profissionais de enfermagem reflete no estresse psíquico, sendo este um dos fatores que afetam a QV dos mesmos, sendo considerada uma doença da modernidade.⁸

Por ser muito relativo, o estresse psíquico é um assunto que gera discussão quando associado a lesões por esforços repetitivos e dores corporais ocasionadas por complicações osteomusculares, considerando a ergonomia no ambiente de trabalho. O setor de hemodiálise é um ambiente no qual os profissionais de enfermagem na maioria das vezes estão propícios a realizar elevado esforço físico, somando a isso também as longas jornadas de trabalho, além de manusear máquinas e equipamentos que podem estar, possivelmente, dispostos de forma

inadequada, levando a possíveis lesões osteomusculares, o que pode dificultar o desempenho profissional e/ou até mesmo no afastamento de suas funções.⁹

É relevante ressaltar que o estresse está intimamente relacionado com o grau de responsabilidade e comprometimento que o profissional de enfermagem está submetido. Neste caso pode ser observado no setor de hemodiálise o surgimento de estresse, interferindo na QV dos profissionais de enfermagem.¹⁰

No estudo de Silva *et al*¹¹, relatam sobre a QV na Região Norte, onde a maioria dos profissionais apresentaram um bom nível de atividade física e são indiferentes ao turno de trabalho, entretanto, a QV apresentou escores médios inferiores quando comparadas a estudos semelhantes. Considerando a QV dos profissionais de enfermagem do setor de hemodiálise, o problema norteador para esta pesquisa foi: Qual a situação da Qualidade de Vida dos profissionais de enfermagem atuantes no setor de hemodiálise de um hospital de referência na região do Sul do Pará?

A presente pesquisa teve como objetivo analisar a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem nessa área, de um hospital de referência na região Sul do Pará com base na aplicação do questionário SF-36 (*The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey*), e mais especificamente verificar qual domínio que possivelmente pode interferir na qualidade de vida dos profissionais e comparar os conjuntos físico e mental referente aos domínios presentes no questionário SF-36.

A análise proposta pelo presente estudo pode contribuir para que se estabeleçam posteriormente medidas de prevenção de problemas que atingem estes profissionais, podendo assim colaborar para a diminuição de danos pessoais, das sobrecargas física e mental impostas à equipe de trabalho.

Este estudo apresentou em seu embasamento bibliográfico definições relacionadas ao tema, bem como os procedimentos realizados no mesmo, as legislações e contextos histórico pertinentes a este serviço e equipe de enfermagem, definições de qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho, o conhecimento das patologias físicas e psíquicas que podem acometer estes profissionais e a descrição do questionário SF-36 usado como instrumento de pesquisa deste estudo.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo do tipo quantitativo com abordagem descritivo exploratório de corte transversal, realizado no setor de hemodiálise de um hospital de média e alta complexidade, referência para o atendimento de pacientes de 15 municípios da região Sul do Pará, com população estimada de 521.027 habitantes.¹² O mesmo está em funcionamento desde 2008, contando com 22 aparelhos possibilitando o atendimento de aproximadamente 150 pessoas, atendidas três vezes por semana, dividida em três turnos.

Como amostra populacional foram recrutados 14 profissionais de enfermagem que aceitaram participar voluntariamente do estudo mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram considerados como critérios de inclusão os profissionais de enfermagem atuantes no setor de hemodiálise há mais de um ano. Foram excluídos os que estavam de férias e/ou atestado médico, os que se recusaram a participar desta pesquisa e os ausentes no momento da aplicação do questionário SF-36.

A coleta de dados foi realizada no mês de outubro de 2017, por meio da aplicação do questionário SF-36 no consultório de enfermagem da unidade individualmente, um local reservado, claro e bem arejado, contendo 11 perguntas fechadas descritivas a respeito da qualidade de vida.

O SF-36 é formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e de um ano atrás. Os domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde juntos compõem o conjunto físico da escala (SF-36), enquanto os domínios vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, juntos, constituem o conjunto mental da escala, este instrumento tem sido utilizado largamente em todo o mundo.¹³

Após a aplicação do questionário SF-36, os dados coletados foram avaliados a partir da transformação das respostas em escores escala de 0 a 100, de cada componente, resultando em um estado geral de saúde. A tabulação de dados foi feita por meio do software da Microsoft Excel 2013®.

Após tabulação dos dados no software, para obter os resultados do questionário SF-36, realizou-se o cálculo do escore, detalhado no Anexo C. Além disso, após obter os valores dos escores, foram calculados média, desvio padrão e mediana, após os cálculos foram confeccionadas as tabelas no mesmo software.

A coleta dos dados foi feita pelos pesquisadores de forma a preservar a integridade ética e moral dos participantes da pesquisa, respeitando a confidencialidade e privacidade dos mesmos. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética em Pesquisa (CEP) do Sul do Pará-FESAR, por meio do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética n.º 67271617.6.0000.8104 e parecer n.º 2.310.819.

1 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados 14 profissionais de enfermagem que atuam no setor de hemodiálise de ambos os sexos, destes, 7 atuam no turno matutino e 7 no turno vespertino. A tabela 1 mostra os dados sociodemográficos dos participantes do estudo.

Tabela I: Características sociodemográficas da população de profissionais de Enfermagem(n=14) no setor de hemodiálise do Hospital de referência no Sul do Pará, 2017.

Característica	n.	%	
Sexo			
Masculino	2	14,29%	
Feminino	12	85,71%	
Idade (anos)			
Faixa etária			
20-30	6	38,00%	
30-40	4	31,00%	
40-50	3	23,00%	
50-60	1	8,00%	
Estado conjugal			
Casado ou em união consensual	9	64,29%	
Outros	5	35,71%	
Função			
	F	M	
Enfermeiros	1	1	14,29%
Técnicos de Enfermagem	11	1	85,71%
F – feminino	M – masculino		

Foi constatado que a maior parte dos profissionais era do sexo feminino (85,71). Entre os dois homens participantes do estudo, um era enfermeiro e o outro técnico de enfermagem (Tabela 1).

Com base na observação desses resultados, o estudo realizado no estado da Paraíba por Pereira *et al*¹⁴, houve também a predominância do sexo feminino no setor de hemodiálise, o que pode ser relacionado à origem histórica da enfermagem.

Garcia *et al*¹⁵, afirmaram que existe uma prevalência crescente do sexo feminino na formação da equipe de enfermagem. No entanto Diniz¹⁶, com base na análise do quadro dos profissionais de enfermagem no Brasil disponibilizado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em conjunto com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) revela que o sexo masculino vem adquirindo gradativamente espaço na profissão.

Em relação à faixa etária dos mesmos, foi observado a prevalência da idade entre 20 a 30 anos (38%). Contudo, 31% tem entre 30 a 40 anos e entre 40 a 50 anos representa 23%. A análise das faixas etárias dos profissionais de enfermagem demonstra que apenas 8% têm idade maior que 60 anos, portanto a maior parcela deste estudo encontra-se em idade produtiva.

Estudo realizado em Pombal na Paraíba por Pereira *et al*¹⁷, constatou a predominância dos profissionais de enfermagem na hemodiálise entre 21 e 30 anos, representando 37,5%, e idade máxima entre 41 e 50 anos representando 25% do total, fato observado também em outros estudos.

De acordo com o cálculo de escore do questionário SF-36, a questão de n.º 2 não é atribuída ao cálculo dos domínios avaliados pelo questionário. A questão descreve como o profissional de hemodiálise se encontra no momento da aplicação do questionário, comparando sua saúde no presente com a de um ano atrás. Dos 14 profissionais, 14% estavam muito melhor, 7% um pouco melhor, 72% quase a mesma coisa, 7% um pouco pior e 0% muito pior.

Tabela II: Média geral dos escores do instrumento SF-36, por domínio (profissionais de enfermagem) n=14 no setor de hemodiálise do Hospital de referência no Sul do Pará, 2017.

Domínio do SF-36		0-100 (M)	DP	MD
Mental	Saúde mental	80,29	16,9	88
			3	
	Limitação por aspectos emocionais	73,79	35,1	100
			1	
	Aspectos sociais	74,14	19,2	75
		6		
	Vitalidade	74,29	22,2	85
			6	
	Estado geral de saúde	70,86	22,9	72
			9	
Físico	Dor	69,57	14,8	66,50
			9	
	Limitação por aspectos físicos	67,86	31,6	75
			7	
	Capacidade funcional	75,00	19,8	77,50
			1	

M= média DP= desvio padrão MD= mediana

A tabela 2 representa a média geral da qualidade de vida dos participantes da pesquisa, mostrando os oitos domínios do escore do instrumento SF-36, onde a mesma está subdividida em conjunto mental e físico, sendo assim observa-se de forma geral o escore da qualidade de vida dos mesmos, onde o domínio saúde mental apresentou maior média, enquanto o domínio limitações por aspectos físicos apresentou valor inferior comparando aos outros domínios.

Em relação à saúde mental, foi verificado que este domínio comparado aos outros domínios, representou um aspecto positivo na qualidade de vida dos mesmos. Estudo realizado por Prestes¹⁸ no Rio Grande do Sul com 51 profissionais de enfermagem atuantes em hemodiálise, onde foi revelado que em relação aos danos psicológicos (80,4%) destes profissionais consideraram estes danos como toleráveis, não sendo um fator que afetasse consideravelmente a qualidade de vida

dos mesmos. Além disso, verificou-se que estes profissionais possuem uma satisfatória saúde mental no ambiente de trabalho, estando de acordo com o estudo de Vieira¹⁹, que obteve como resultado (82,67), ao verificar este domínio descreveu em seu estudo a preservação deste nos profissionais de enfermagem estudados.

No que diz respeito às limitações por aspectos emocionais, observou-se que estes aspectos mostraram significativo valor quanto à qualidade de vida relacionada a este domínio, tendo em vista a ansiedade e depressão associada ao ambiente de trabalho destes profissionais de enfermagem.

Barreto²⁰, em seu estudo realizado em Brasília, no setor de pediatria evidenciou que os profissionais de enfermagem atuantes deste setor, apresentando um resultado satisfatório quanto aos aspectos emocionais (82,2), estando de acordo também o estudo de Zanellato²¹ onde foi analisada a qualidade de vida da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico obstétrico e ginecológico apresentando resultado similar ao do presente estudo quanto aos aspectos emocionais (76,18).

Considerando ainda os aspectos emocionais, os profissionais de enfermagem que atuam em um setor de hemodiálise desenvolvem certa aproximação com o paciente por estarem constantemente atendendo os mesmos pacientes, neste sentindo a equipe de enfermagem dispõem de compromisso na oferta de um cuidado contínuo e humanizado. Sendo assim, estes profissionais centralizam suas experiências, sentimentos e emoções, o que se associa ao presente domínio no ambiente de trabalho, observado diariamente na assistência a esses pacientes.¹⁴

Ao verificar os domínios aspectos sociais e vitalidade, estes apresentaram média superior a 70, superando os resultados esperados, em consonância com o Estudo realizado no Distrito federal por Barreto²⁰ no setor de pediatria, onde foi verificado que a média do domínio aspectos sociais é de 78,3, porém o domínio vitalidade ficou abaixo de 70 com média de 57,8. Outro estudo empreendido na Paraíba pelos autores Costa *et al*²², nos mostra que o domínio aspectos sociais 22.5 obteve média menor em relação ao domínio vitalidade 62,5 e ambos os domínios inferiores aos resultados da presente pesquisa levando a interpretar que a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem é menor em um hospital no Distrito Federal do que a este realizado no sul do Pará.

Quanto ao domínio estado geral de saúde observou-se também um valor satisfatório. Estando em semelhança com este resultado o estudo de Silva²³,

realizado em um hospital universitário em Campo Grande, onde os domínios encontravam-se satisfatórios em especial o estado geral de saúde (72,37).

Ainda sobre este domínio, Pelliciotti e Kimura²⁴, realizaram um estudo no estado de São Paulo em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com 119 profissionais de enfermagem, onde obtiveram um resultado aproximado (69,8). Estando de acordo também, o estudo realizado por Freire *et al*²⁵ no Pernambuco, com 59 profissionais de enfermagem onde foi constatado um adequado estado geral de saúde (83,2), considerado ótimo.

Com base na análise do domínio referente a dor obteve-se um valor significativo (69,57) e satisfatório comparado ao estudo realizado pelos autores Capela *et al*²⁶, em São Paulo, onde estes obtiveram o resultado com valor menor (36,7) referente ao domínio da dor.

O domínio limitações por aspectos físicos apresentou o menor valor entre os outros domínios(67,9). Serra²⁷, em estudo realizado no Mato Grosso do Sul, com 247 profissionais atuantes em serviço móvel de urgência e emergência, onde estava inclusa a equipe de enfermagem, esta apresentou um valor elevado (70,4), em relação ao resultado do nosso estudo. Prestes²⁸ evidenciou em seu estudo que os fatores físicos representavam considerável risco de adoecimento de profissionais de enfermagem que atuam em hemodiálise.

Quanto o domínio capacidade funcional verificou-se um valor satisfatório, tendo em vista a produtividade física, capacidade do profissional de exercer suas atividades e atribuições com uma adequada aptidão física. Em conformidade com este resultado, estão os autores Raffone e Hennington²⁹, que em seu estudo realizado no Rio Grande do Sul, com 465 profissionais de enfermagem atuantes de 7 unidades hospitalares, revelaram que os participantes da pesquisa destes possuíam capacidade funcional adequada. Estando também em consonância com o autor Pelliciotti e Kimura²⁴, que realizou um estudo em São Paulo, com profissionais de enfermagem atuantes em unidades de terapia intensiva onde o valor encontrado da capacidade funcional encontrava-se também satisfatório (82,13).

Com base no entendimento dos resultados obtidos referente ao domínio descrito anteriormente, observa-se a rotina destes profissionais de enfermagem que atuam no setor de hemodiálise, onde os mesmos realizam diversas atividades decorrentes da movimentação física podendo-se citar: o manuseio de equipamentos e materiais para instalação dos sistemas de hemodiálise nos respectivos pacientes,

a pesagem seguida da verificação de sinais vitais dos pacientes, além disso, realização de punções das fístulas arteriovenosas e manipulações dos cateteres de hemodiálise, seguido da instalação dos sistemas de hemodiálise e configuração dos parâmetros dos dialisadores. Vale ressaltar que os procedimentos citados anteriormente na maioria das vezes são os mesmos para todos os pacientes.²⁸

Os domínios descritos nesta pesquisa englobam dois conjuntos sendo o mental e o físico. O conjunto mental é constituído dos seguintes domínios: saúde mental, limitações por aspectos emocionais, aspectos sociais e vitalidade, enquanto o conjunto físico abrange os domínios: estado geral de saúde, dor, limitação por aspectos físicos e capacidade funcional. Para comparar a qualidade de vida de ambos os conjuntos, foi observado a coluna média na tabela 2, onde os valores das médias dos domínios que englobam o conjunto mental são maiores que os valores das médias dos domínios que englobam o conjunto físico.

Diante da observação e análise geral dos resultados obtidos nesta pesquisa, evidenciou-se que, a qualidade de vida dos profissionais atuantes no setor de hemodiálise encontra-se satisfatória.

Consideramos como possíveis limitações deste estudo a desigualdade do tamanho da amostra, sendo que somente dois profissionais do sexo masculino participaram do estudo, o que não nos possibilitou fazer uma comparação adequada da qualidade de vida entre os sexos. Além disso, notou-se a insuficiência de estudos realizados a respeito da qualidade de vida de profissionais de enfermagem que atuam em serviços de hemodiálise, fazendo assim com que houvesse a limitação de comparação entre estudos similares a este.

Por outro lado, mesmo havendo estas limitações, conseguimos obter por meio desta pesquisa os resultados esperados, onde os mesmos podem contribuir para estabelecer medidas de prevenção e posteriormente colaborar para diminuição de fatores que afetam a qualidade de vida destes profissionais de enfermagem levando em consideração as sobrecargas físicas e mentais.

2 CONCLUSÃO

Diante da observação e verificação panorâmica dos resultados obtidos nesta pesquisa evidenciou-se que, a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem

que atuam neste setor de hemodiálise da unidade hospitalar de média e alta complexidade estudada, apresenta-se satisfatória, neste sentindo constatou-se que a qualidade de vida destes profissionais encontra-se acima da média com base na aplicação do questionário SF-36.

O conjunto mental apresentou um índice de qualidade de vida maior comparado às médias apresentadas no conjunto físico sendo este com valores menores, porém ambos os conjuntos com valores satisfatórios. Salienta-se ainda que a presente pesquisa nos revelou que o domínio limitações por aspectos físicos apresentou menor média, entendendo-se assim como o domínio que pode possivelmente interferir na qualidade de vida destes profissionais.

Após a comparação dos conjuntos físico e mental, constatou-se que referente aos domínios que compõe o conjunto físico, apresentou menor média referente a qualidade de vida dos participantes do estudo, no entanto o conjunto mental apresentou uma média elevada verificando-se assim uma qualidade de vida satisfatória.

Com base nos resultados encontrados, sugerimos como medida de prevenção de fatores que podem afetar saúde física dos profissionais participantes desta pesquisa, a realização de terapia ocupacional enfatizando a ergonomia, sugere-se ainda que apesar da qualidade de vida relacionada ao conjunto mental estar com uma média satisfatória, para que a mesma permaneça satisfatória, ou aumente, deve-se realizar de rodas de conversa para melhoria da qualidade no relacionamento interpessoal destes profissionais de enfermagem.

Por tanto se faz importante avaliar a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem na hemodiálise por se tratar de um setor hospitalar crítico, devido ao cuidado continuo à pacientes portadores de doença renal crônica e suas peculiaridades, decorrente deste cuidado podendo afetar a qualidade de vida destes profissionais.

O investimento na qualidade de vida do profissional de enfermagem contribui não somente para a redução de custos, mas também para a motivação e autoestima colaborando para uma assistência de enfermagem mais humana, diminuindo assim riscos para o paciente e próprio trabalhador.

REFERÊNCIAS

- 1- THE WHOQOL GROUP. WHOQOL-OLD MANUAL ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [Internet]. 2005 [cited 2018 Nov 30]. Available from: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/WHOQOL-OLD Manual PORTUGUES.pdf>
- 2- Gonçalves FN, Miranda AS, Neves AI, Santos LDC, Conceição MG, Barreira MC *et al.* A importância da qualidade de vida no trabalho e sua influência nas relações humanas. Rev. SIPE, Goiânia, v. 2, p.,2-15 [Internet]. 2013 [Acesso em: 20 Fev. 2017]. Disponível em: <http://www.fara.edu.br/sipe/index.php/anuario/article/view/144/128>.
- 3- Lima GO. Hemodiálise. Portal da Enfermagem [internet]. 2012 [Acesso em: 04 nov. 2017]. Disponível em: http://www.portaldafenmagem.com.br/entrevistas_read.asp?id=82.
- 4- Oliveira LBM. Absenteísmo-doença na equipe de enfermagem em um hospital público. Belo Horizonte, p. 32-40 [Internet]. 2014 [Acesso em: 15 mai. 2017]. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/841M.PDF>.
- 5- Silva MKD, Zeitone RCG. Riscos ocupacionais em um setor de hemodiálise na perspectiva dos trabalhadores da equipe de enfermagem. Esc. Anna Nery Rev Enf. Rio de Janeiro, v.13 n.2, p. 279-286, 2009.
- 6- Correa RA, Souza NVDO. Riscos ocupacionais enfrentados pelo trabalhador de enfermagem no setor de hemodiálise. Rio de Janeiro, v. 4, p. 2755-2764 [Internet]. 2012 [Acesso em: 20 Fev. 2017]. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1973/pdf_614.
- 7- BRASIL. Parecer COREN-SP 042/2013- CT. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Competência do profissional de Enfermagem para punção de fistula arteriovenosa. São Paulo [Internet]. 2013 [Acesso em: 26 set. 2017]. Disponível em: http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2013_42.pdf.
- 8- Almeida MAB, Gutierrez GL, Marques R. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. São Paulo, p. 90-95 [Internet]. 2012 [Acesso em: 27 fev. 2017]. Disponível em: http://www.each.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf.
- 9- Oliveira LB, Guimaraes MSO, Silva WC, Silva GB, Sousa AFL, Moura MEB. Saúde e segurança do enfermeiro: riscos ergonômicos nos setores críticos do ambiente hospitalar. Recife, v. 8, p. 2633-2637 [Internet]. 2014 [Acesso em: 15 mai. 2017]. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9965/10294>.

- 10- Silva, MKD. Estresse da equipe de enfermagem no contexto da hemodiálise. Rio de Janeiro, 2010, 143 f. Dissertação (Mestrado - Enfermagem) – Programa de pós-graduação em Enfermagem, Escola Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro [Internet]. 2010 [Acesso em: 09 nov. 2017]. Disponível em: http://objdig.ufrj.br/51/dissert/EEAN_M_MicheleKarlaDamascenoDaSilva.pdf.
- 11-Silva B, Zica M, Barbosa T, Quaresma F, Sonati J, Maciel E. Percepção da Qualidade de Vida, Estresse, Nível de Atividade Física e Cronotipo em Grupo de Enfermeiros das Unidades de Pronto Atendimento do Brasil. Revista da UIIPS, v. 4, n. 2. [Internet]. 2016 [Acesso em: 17 dez. 2017]. Disponível em: <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS/article/view/170>.
- 12-IBGE-
- 13- Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)”. 1997. 120 f. Tese (doutorado). Universidade Federal de São Paulo (EPM). São Paulo. [Internet]. 1997 [Acesso em: 17 de nov. 2017]. Disponível em: <http://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/15360/Tese-3099.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- 14-Pereira MRS, Bispo AO, Ramalho LP, Teixeira SLSP, Rodrigues JA. Papéis da enfermagem na hemodiálise. REBES. Pombal, v. 3, n. 2, p. 26-36. [Internet]. 2013 [Acesso em: 18 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/2186/1670>.
- 15-Garcia CC, Solano-Ruíz MC, Martínez-Roche ME, Gómez-García CI. Influência do gênero e da idade: satisfação no trabalho de profissionais da saúde. Rev. Latino-Am de Enfermagem. Espanha, v. 21 n.6, p.1314-1320 [Internet]. 2013 [Acesso em: 19 nov. 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/pt_0104-1169-rlae-21-06-01314.pdf.
- 16-Diniz E. Como é ser homem em uma profissão historicamente feminina? Blog Papo de Homem. [Internet]. 2017 [Acesso em: 19 nov. 2017]. Disponível em: <https://papodehomem.com.br/como-e-ser-homem-em-uma-profissao-historicamente-feminina/>.
- 17- Pestes FC. Danos à saúde dos trabalhadores de enfermagem em hemodiálise. Santa Maria, 2011, 218 f. Dissertação (Mestrado – Enfermagem) – Programa de pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria – RS [Internet]. 2011 [Acesso em: 18 out. 2017]. Disponível em: http://coral.ufsm.br/ppgenf/images/Mestrado/Dissertacoes/2010_2011/Dissertacao_Francine_Cassol_Prestes_2011.pdf.
- 18-Vieira, PT. Cuidando do doente renal crônico: qualidade de vida de profissionais de enfermagem. Araçatuba, 2006, 27 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação – Psicologia) – Instituto de ciências humanas,

- Universidade Paulista, São Paulo. [Internet]. 2006 [Acesso em: 25 nov. 2017]. Disponível em: <http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/182.pdf>.
- 19-Barreto, DG. Qualidade de vida da equipe de enfermagem do setor de Pediatria. Ceilândia - DF, 2013, 46 f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Curso de Enfermagem, Brasília. [Internet]. 2013 [Acesso em: 23 de Novembro de 2017]. Disponível em: <http://bdm.unb.br/handle/10483/5920>.
- 20- Zanellato MA. Efeitos do ruído e das demandas de atenção dirigida, na qualidade de vida da equipe de enfermagem do centro cirúrgico obstétrico e ginecológico de um hospital universitário. Curitiba, 2-013, 83 f. Dissertação (Mestrado – distúrbios da comunicação) – Programa de Pós-Graduação, Universidade Tuiuti do Paraná – UTP. Curitiba. [Internet] 2013 [Acesso em: 23 nov. 2017]. Disponível em: <http://tede.utp.br:8080/jspui/bitstream/tede/358/1/EFEITOS%20DO%20RUIDO%20E%20DAS%20DEMANDAS%20DE%20ATENCAO.pdf>.
- 21- Costa, KNFM, Costa TF, Marques DRF, Viana LRC, Salviano GR, Oliveira MS. Qualidade de vida relacionada à saúde dos profissionais de enfermagem. Rev. Enferm. UFPE. Recife, v. 11, n. 2, p. 881-9, fev. [Internet]. 2017 [Acesso em: 23 nov. 2017]. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13456/16143>.
- 22- Silva, AM. Estresse ocupacional e qualidade de vida dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário da cidade de campo grande/MS. Dissertação (Mestrado - Psicologia) – Programa de pós-graduação de mestrado em Psicologia, Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande – MS. [Internet] 2014 [Acesso em: 23 nov. 2017]. Disponível em: <http://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/14425-via-final.pdf>.
- 23-Pelliciotti, JSS, Kimura M. Erros de medicação e qualidade de vida relacionada à saúde de profissionais de enfermagem em unidades de terapia intensiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem. São Paulo. [Internet]. 2010 [Acesso em: 23 nov. 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_04.pdf.
- 24-Freire, CB, Dias RF, Schwinge PA, França EET, Andrade FMD, Costa EC *et al*. Qualidade de vida e atividade física em profissionais de terapia intensiva do sub médio São Francisco. Rev Bras Enferm. Recife-PE, p. 26-31. [Internet]. 2015 [Acesso em: 23 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0026.pdf>.
- 25-Capela C, Marques AP, Assumpção A, Sauer JF, Cavalcante AB, Chalot SD. Associação da qualidade de vida com dor, ansiedade e depressão. Fisioterapia e Pesquisa. São Paulo, v.16, n.3, p.263-8. [Internet]. 2009 [Acesso em: 23 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v16n3/13.pdf>.

- 26-Serra RA. Dor, qualidade de vida e saúde dos profissionais do samu-192. Campo Grande, 2014, 169 f. Dissertação (Mestrado – Psicologia) - Programa de pós-graduação de mestrado em Psicologia, Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande – MS. [Internet]. 2014 [Acesso em: 23 nov. 2017]. Disponível em: <http://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/15021-final.pdf>.
- 27-Prestes FC, Beck CLC, Magnago TSBS, Silva RM, Tavares JP. Contexto de trabalho em um serviço de hemodiálise: avaliação dos trabalhadores de enfermagem. Florianópolis, v. 3. [Internet]. 2015 [Acesso em: 20 mai2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00637.pdf.
- 28- Raffone AM, Hennington EA. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. Rev. Saúde Pública. São Leopoldo, v. 39, n. 4, p. 669-676. [Internet]. 2005 [Acesso em: 01 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n4/25542.pdf>.
- 29-Borges T, Bianchin MA. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário do interior de São Paulo. Arq. Ciênc. Saúde. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 53-58. [Internet]. 2015 [Acesso em: 24 de Novembro de 2017]. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/29/23>.

ANEXO - A – Versão brasileira do questionário de qualidade de vida SF – 36

QUESTÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade:

Estado civil: () casado(a)/união estável () solteiro(a) () viúvo(a)

Grau de Instrução:

() Analfabeto sem escolaridade

() Fundamental completo () Fundamental Incompleto

() Ensino Médio completo () Ensino Médio incompleto

() nível superior completo () nível superior incompleto

() Pós graduação

Data do Transplante:

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

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

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

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

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

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

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

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

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

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

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

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

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

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

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

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

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou	1	2	3	4	5	6

abatido?						
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

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

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

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

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