



QUALIDADE DE VIDA E CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE

Felipe Gutierrez Moreira¹, Jaqueline Benatto Cardoso², Willian Augusto de Melo³

RESUMO: A doença renal crônica leva a lesão dos rins com perda irreversível de suas funções sendo as principais causas a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, mas quando diagnosticada rapidamente, a conduta adequada reduz os custos e o sofrimento dos pacientes, sendo a diálise o tratamento de escolha. As doenças crônicas são um grupo de patologias que provocam modificações no estilo de vida das pessoas e interferem em sua qualidade de vida. Este estudo teve como objetivo verificar a qualidade de vida de pacientes portadores de IRC submetido ao tratamento de hemodiálise. Trata-se de um estudo descritivo e transversal onde participaram 85 pacientes, de ambos os sexos, em tratamento de hemodiálise no município de Maringá-PR. Os dados foram obtidos por meio de dois instrumentos, o primeiro com dados sociodemográficos e o segundo é o WHOQOL-BREF que contém 26 questões estruturadas sobre a vida cotidiana do paciente renal crônico divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Com o questionário WHOQOL-BREF, permitiu observar que os domínios físicos e psicológicos são os que mais interferem na qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise. Observou-se que os pacientes com IRC em hemodiálise sofrem mais limitações no seu estado físico e psicológico. Apesar das limitações, estes pacientes em tratamento hemodialítico, terapia considerada inevitável e inadiável, não podem abandonar a luta e a busca por uma melhor qualidade de vida, e a atuação do enfermeiro auxilia no suprimento de suas necessidades transmitindo uma relação de confiança e proporcionando maior segurança no tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Hemodiálise; Insuficiência renal crônica; Qualidade de vida.

1 INTRODUÇÃO

A doença renal crônica é doença não transmissível que leva a lesão do órgão com perda progressiva e irreversível da função dos rins. Em sua fase mais avançada é definida como Insuficiência Renal Crônica (IRC), quando os rins não conseguem manter o equilíbrio do meio interno do paciente. Se diagnosticada precocemente, e com condutas terapêuticas apropriadas, serão reduzidos os custos e o sofrimento dos pacientes. As principais causas da IRC são a hipertensão arterial e o diabetes mellitus (ROMÃO, 2004).

No Brasil, a incidência de novos casos tem crescido em torno de 7% ao ano. Os dados mais recentes da Sociedade Brasileira de nefrologia (SBN, 2008) apontam que existem 92.091 pacientes em tratamento dialítico, sendo que 57% são do sexo masculino e 43% do sexo feminino. A faixa etária de 19 a 64 anos contempla a maior parte de pacientes em diálise (67,7%); e o tratamento com hemodiálise é predominante (89,4%). O procedimento hemodialítico é de alta complexidade e também de elevado custo, pois envolve assistência à saúde especializada e tecnologia avançada (KUSUMOTO et al.; 2008).

A realização deste estudo teve por objetivo verificar a qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica submetidos ao tratamento de hemodiálise, conhecer as principais complicações e sintomas na vida dos clientes que realizam hemodiálise, bem como que estratégias de enfrentamento são utilizadas pelos mesmos para adaptação ou pelo menos para adesão ao novo estilo de vida.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, transversal com abordagem quantitativa. Este estudo se deu início com o levantamento de informações através de livros no contexto da doença renal crônica e artigos científicos no que se refere a qualidade de vida, disponíveis em pesquisa eletrônica na base de dados da *Scielo* e *Bireme*.

Após definir o assunto e os locais da coleta de dados, foram realizadas as solicitações para o desenvolvimento da pesquisa nas clínicas, sendo que as mesmas assinaram a Declaração de autorização do local. Após apreciação do Projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de

¹ Discente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR), Campus Paranavaí. Paranavaí-PR. Orientando do Programa de Iniciação Científica (PIC/UNESPAR).

² Enfermeira. Egressa do curso de Enfermagem do Centro Universitário Cesumar (UniCesumar).

³ Orientador. Docente do Curso de Enfermagem da UNESPAR, Paranavaí-PR. Doutorando em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). profwill@yahoo.com.br



Maringá obteve-se a aprovação com parecer N 344.015/2013, foram então obedecidos todos os preceitos éticos e legais regulamentados pela Resolução nº196/96 do CNS-MS.

Os critérios de inclusão foram pacientes renais crônicos, maiores de 18 anos, em tratamento dialítico nas unidades privadas e os que concordaram em participar, todas as informações de esclarecimento foram oferecidas, assinando livremente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram pacientes incapacitados de compreender ou responder as questões da pesquisa e não concordância em participar, onde ocorreu com dois pacientes, os motivos indagados foram a não apreciação em responder perguntas e observou-se timidez de ambos.

Para a coleta dos dados foi utilizado o instrumento estruturado de avaliação, WHOQOL-ABREVIADO ou BREF, elaborado pela Organização Mundial de Saúde no ano de 1998 onde é composto por 26 itens, que na sua estrutura baseia-se em 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente onde avaliou a qualidade de vida do paciente em hemodiálise. E suas respectivas facetas (sendo a pergunta número 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. Foi considerado em relação aos domínios as questões correspondentes as facetas, nesta mesma ordem: Domínio I (físico)-3, 10, 16, 15, 17, 4, 18 que corresponde aos seguintes aspectos, 3. Dor e desconforto, 10. Sono e repouso, 16. Atividades da vida cotidiana, 15. Mobilidade, 17. Dependência de medicação ou de tratamentos, 4. Energia e fadiga, 18. Capacidade de trabalho; Domínio II (psicológico) – 5, 7, 19, 11, 26, 6; correspondem a 5. Sentimentos positivos, 7. Auto-estima, 19. Sentimentos negativos, 11. Imagem corporal e aparência, 26. Espiritualidade/religião/crenças pessoais, 6. Pensar, aprender, memória e concentração; Domínio III (relações sociais) – 20, 22, 21; sendo, 20. Relações pessoais, 22. Atividade sexual, 21. Suporte (Apoio) social e Domínio IV (meio ambiente) – 8, 23, 12, 24, 13, 14, 9, 25, correspondendo, 8. Segurança física e proteção, 23. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer, 12. Recursos financeiros, 24. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima), 13. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, 14. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, 9. Ambiente no lar e 25. Transporte.

Para as análises do WHOQOL-ABREVIADO compreende que as perguntas possuem quatro tipos de escalas de resposta: intensidade, capacidade, avaliação e frequência. A escala de intensidade será utilizada para exemplificar a metodologia utilizada. Entre as âncoras “nada”(0%) e extremamente (100%) listam-se palavras que descrevem diferentes graduações entre estes dois extremos. Para as escalas de avaliação, capacidade e frequência utilizaram-se a mesma metodologia (FLECK, 2000).

O escore para cada domínio pode ser transformado em uma escala que varia de 0-100, sendo zero o pior e 100 o melhor resultado. Os dados foram analisados estatisticamente e determinados o Escore Bruto e os Escores Transformados 4-20 e 0-100, todos estes escores foram calculados para cada domínio.

As questões 1 – como você avalia sua qualidade de vida? E 2 – Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?, como não estão incluídas nas equações, foram analisados separadamente.

Em relação as informações sociodemográficas referentes ao respondente, foi por meio de um instrumento elaborado pela própria pesquisadora contendo os seguintes dados como idade, sexo, raça, estado civil, escolaridade, religião, profissão, número de filhos, tempo de tratamento, meio de transporte utilizado até a clínica, se vai acompanhado, se o tratamento é feito pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ou se por convênio e qual a doença de base que o levou a ser um portador de insuficiência renal crônica.

Para melhor transcrever os dados obtidos, foram arquitetadas as tabelas utilizando os programas de *Microsoft Office Excel*[®], como também *Microsoft Office Word*[®]. O *Excel* possibilita a análise, o gerenciamento e o compartilhamento de informações, onde possui ferramentas de análise e de visualização ajudam a controlar e realçar importantes tendências de dados. Para as variáveis quantitativas foram verificadas as medidas de tendência central e de dispersão como média, mediana moda e desvio padrão.

Para a análise dos dados das variáveis qualitativas, foi utilizada a estatística descritiva a fim de verificar as frequências absolutas e relativas, além do Teste Exato de Fisher para correlacionar algumas variáveis de interesse. Para este teste estatístico foi considerado o nível de significância de 5% e intervalo de confiança 95%. Para análise estatística das variáveis foi utilizado o software *Statistica*[®].

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Das três clínicas de hemodiálise existente no município de Maringá-PR, duas aceitaram participar deste estudo. Participaram 85 pacientes portadores de Insuficiência Renal Crônica em tratamento de hemodiálise de ambos os sexos, sendo 43 pacientes de uma das clínicas e 42 de outra.

A maior parte dos pacientes pertenceu ao sexo masculino (58,8%) e observou-se que adultos menores de 60 anos compuseram a maioria dos sujeitos estudados, sendo 56 (65,8%) enquanto os idosos tiveram a menor proporção (Tabela 1), destaca-se que a idade média foi 54,3 com desvio padrão de $\pm 13,71$.

O desvio padrão elevado para a idade é explicado devido a variabilidade existente entre o paciente mais jovem que tinha 22 anos e o mais idoso com 80 anos de idade. No que se refere à raça/cor 69,4% pacientes eram brancos enquanto 30,6% negras e pardas (Tabela 1).



Com relação as demais variáveis sociodemográficas, 62,4% eram casados, 41,2% não tinham filhos, sendo que a quantidade média de filhos encontrada foi de 2,48 sendo o mínimo zero e o máximo nove filhos. Quanto a ocupação 87,1% recebe o benefício público Auxílio Doença ou são aposentados (Tabela 1).

Quanto ao grau de escolaridade, 63,5% tinham mais que 8 anos de estudo sendo 36,5% com menos de 8 anos e 67,1% são católicos (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos dados sociodemográficos de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. Maringá- PR. 2013.

Variáveis sociodemográficas	N	%
Sexo		
Masculino	50	58,8
Feminino	35	41,2
Idade		
20 - 39 anos	15	17,6
40 - 59 anos	41	48,2
60 anos ou mais	29	34,1
Raça		
Branca	59	69,4
Negra	14	16,5
Parda	12	14,1
Estado civil		
Solteiro	16	18,8
Casado	53	62,4
Viúvo	10	11,8
Divorciado	5	5,9
União Estável	1	1,2
Número de Filhos		
Nenhum	16	18,8
1 ou 2	35	41,2
3 ou 4	21	24,7
5 ou mais	13	15,3
Profissão		
Aposentado	18	21,2
Benefício	56	65,9
Comerciante	3	3,5
Operador de Máquinas	1	1,2
Nenhum	7	8,2
Escolaridade		
Analfabeto	8	9,4
Fundamental Completo	12	14,1
Fundamental Incompleto	23	27,1
Médio Completo	16	18,8
Médio Incompleto	22	25,9
Superior Completo	4	4,7
Religião		
Adventista	4	4,7
Católica	57	67,1
Evangélica	20	23,5



Nenhum	4	4,7
Total	85	100,0

Em se tratando do tempo de hemodiálise dos participantes a maior parte se enquadraram de até 3 anos de tratamento (56,5%), 9,4% tratavam-se a mais de 10 anos. O meio de transporte de escolha foi o sistema público (71%) e durante a sessões de hemodiálise somente 11,8% eram acompanhados por algum familiar ou responsável até a clínica (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos dados sociodemográficos de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. Maringá- PR. 2013.

Variáveis	N	%
Tempo de Tratamento		
< 1 ano	9	10,6
1 à 3 anos	39	45,9
4 à 6 anos	22	25,9
7 à 10 anos	7	8,2
10 anos ou mais	8	9,4
Meio de Transporte		
Particular	24	28,2
Via Prefeitura	48	56,5
Transporte Coletivo	13	15,3
Acompanhante		
Sim	10	11,8
Não	75	88,2
Encaminhado para a clinica		
Convênio	12	14,1
SUS	73	85,9
Doença de Base		
Calculo renal	4	4,7
Cisto Renal	4	4,7
Diabetes	2	2,4
Hipertensão	41	48,2
Hipertensão/Calculo renal	3	3,5
Hipertensão/Diabetes	20	23,5
Nefrite	4	4,7
Não sabe informar	7	8,2
Total	85	100,0

Em relação ao tipo do sistema de saúde utilizado pelos pacientes, 85,9% eram usuários do sistema único de saúde (SUS) e 14,1% dos convênios de saúde complementar. A principal causa da insuficiência renal crônica encontrada foi a hipertensão arterial sistêmica que isoladamente abrangeu 48,2% dos casos e quando associada a outras causas como diabetes e cálculo renal soma-se a 75,3% dos casos (Tabela 2).

Ao avaliar a qualidade de vida por meio do instrumento WHOQOL-BREF observou-se que de acordo com a escala de valores (0-100) que o domínio físico e psicológico recebeu o menor escore 60%, quando comparado aos demais domínios; o de relações sociais obteve o maior valor com 77,5%; e meio ambiente 75% (Tabela 3).

Tabela 3 - Análise dos domínios do questionário WHOQOL BREF segundo escore bruto, desvio padrão e conversão para escore de 100. Maringá-PR, 2013.

Domínios "Whoqol-Bref"	Escore Médio Bruto	Desvio Padrão	Escore de 100
------------------------	--------------------	---------------	---------------



1.Domínio Físico	3,4	1	60
2.Domínio Psicológico	3,4	0,8	60
3.Domínio Relações Sociais	4,1	0,9	77,5
4.Domínio Meio Ambiente	4	0,8	75

Ao serem questionados sobre a avaliação da qualidade de vida apresentou maior escore 67,6% em relação a satisfação pessoal sobre a própria saúde com 65,3% (Tabela 4).

Tabela 4 - Análise dos domínios do questionário WHOQOL BREF segundo escore bruto, desvio padrão e conversão para escore de 100. Maringá-PR, 2013.

Questões	Escore Médio Bruto	Desvio Padrão	Escore de 100
1. Como você avalia sua qualidade de vida?	3,7	0,8	67,6
2. Quão satisfeito (a) você está com sua saúde?	3,6	0,8	65,3

O modo como cada paciente vive e se relaciona com a IRC é sempre único e pessoal, dependente de vários fatores, como o perfil psicológico, as condições ambientais e sociais, o apoio familiar e as respostas das organizações de saúde (SBN, 2008).

No presente estudo dois pacientes em hemodiálise não aceitaram participar. Com relação aos dados sociodemográficos observou-se que a maioria dos pacientes em estudo eram do sexo masculino (58,8%), dado também encontrado em estudo com uma população de 184 pacientes, em que a predominância do sexo masculino foi de 63%, todavia, até o momento, não há justificativas plausíveis para tal fenômeno (GULLO, 2000). No estudo de Noblat et al, (2004) sobre as complicações da hipertensão em homens e mulheres, verificou-se maior conscientização das mulheres nos cuidados à saúde e maior aderência ao tratamento em relação aos homens, sendo que, também houve maior prevalência de insuficiência renal nos homens em relação às mulheres.

Ao verificar a faixa etária prevalente estava abaixo de 60 anos (65,8%), como revelou a Tabela 1, retrata uma população majoritariamente de adultos. Segundo um estudo realizado em Fortaleza-CE em 2007 a maioria possuía idade inferior a 60 anos (78%), estando de acordo com o Censo 2008 da Sociedade Brasileira de Nefrologia, o qual aponta que a maioria (63,7%) das pessoas em tratamento hemodialítico tem idade inferior a 60 anos de idade (SBN, 2008).

No que se refere à raça/cor o presente estudo encontrou baixo número de pacientes negros que, mesmo somados aos da raça parda, não ultrapassou os 30,6% do total dos pacientes (Tabela 1). Este fato pode ser explicado pelos baixos índices de pessoas não-brancas residentes na cidade de Maringá-PR, quando comparadas aos dados da população brasileira (IBGE; 2000).

Com que se diz respeito ao estado civil, mais da metade encontravam-se casados com 62,4% como pode ser observado na Tabela 1. Esses resultados vão ao encontro da literatura, pois, entre os pacientes submetidos à hemodiálise, há maior número de casados (TERRA, COSTA, 2007).

Em relação à ocupação, 95,2% não trabalhavam no momento, como mostrou a Tabela 1. Segundo a literatura, cerca de 2/3 dos pacientes em diálise não retornam para o emprego que exerciam antes do diagnóstico. Sabe-se que, para realizar atividades funcionais, a condição física do cidadão é essencial, entretanto, está bastante comprometida nessa população. A não realização das atividades remuneradas gera conflitos psicológicos que interferem na evolução clínica dessas pessoas (THOMÉ, GONÇALVES, MANFRO, BARROS, 2006).

Quanto aos anos de estudo, obteve-se 63,5% da população com 8 anos ou mais de estudo (Tabela 1). O resultado encontrado não é concordante com os da literatura, revelando que a maioria dos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico possui apenas o 1º grau incompleto (TERRA, COSTA, 2007).

Apontando à crença religiosa, 95,3% revelaram ter religião, como está em evidência na Tabela 1. Membros e participantes de crenças religiosas têm uma vida psicossocial mais saudável, pois essas pessoas ficam menos tempo sozinhas, diminuindo a ansiedade, tensão, agressividade (TERRA, COSTA, 2007).

O maior tempo de tratamento hemodialítico foi de até 3 anos com 56,5%. O estudo realizado num hospital em Recife, mostrou que, 39,4% dos pacientes realizavam o tratamento haviam menos de um ano, já 60,6% realizavam o tratamento num período igual ou maior que 12 meses (FRAZÃO et al., 2011).

Respondendo ao objetivo principal deste estudo, foram levantados as informações relacionados a qualidade de vida do paciente em hemodiálise com o instrumento WHOQOL BREF, apresentando 4 domínios sendo, o domínio físico, o domínio psicológico, o domínio das relações sociais e o domínio do meio ambiente.

No que se refere ao domínio físico, verificou-se o menor escore (60) mesmo valor também encontrado para o domínio psicológico. O domínio físico avalia o desempenho nas atividades diárias e capacidade de trabalho



e que sensação de desânimo e falta de energia são sintomas frequentes em pacientes renais crônicos (CASTRO et al., 2003). O estudo de Castro et al. (2003) avaliou a QV usando o instrumento SF-36 e encontrou menores escores (63) na dimensão aspecto físico, o que também vai ao encontro dos nossos achados.

Os pacientes com IRC podem apresentar diminuição do desempenho funcional e prejuízo na prática de atividades físicas. Exercícios físicos têm sido aplicados a renais crônicos e todos têm demonstrado efeitos benéficos sobre o controle pressórico. Associada a todos os benefícios que um programa de exercício proporciona para pacientes em diálise, destaca-se a melhora na qualidade de vida (REBOREDO, HENRIQUE, BASTOS, PAULA, 2007).

O domínio psicológico, relaciona-se ao sofrimento psíquico que se dá as condições de saúde em que o paciente se encontra. Pacientes em HD são submetidos a inúmeras pressões psicológicas e limitações como, a dependência e restrições impostas pelo tratamento, o medo da morte, as complicações físicas da doença e as mudanças da imagem corporal. A situação de dependência gera desgaste tanto para o paciente, quanto para os amigos e familiares. A inatividade por parte do paciente causa sentimento de inutilidade e desvalorização (CARREIRA, MARCON, 2003).

O domínio relações sociais encontrado na Tabela 3, apresentou maior valor de escore com 77,5 dos pacientes tinham muito bom relacionamento social. Estes domínios incluem-se relações com a família, vizinhos e amigos, integrantes que podem ajudar no enfrentamento da doença e de suas consequências, uma vez que ela agrega o contexto no qual o paciente está inserido. Muitas vezes, a experiência do adoecimento leva ao fortalecimento destas relações, principalmente familiares. Destaca-se que este apoio recebido, traduz em qualidade do suporte emocional nas relações sociais e interfere na saúde das pessoas.

Entretanto, mostrou-se no estudo um resultado satisfatório relacionado com o domínio meio ambiente, com escore de 75 que retrata, dificuldades financeiras devido à restrição de atividades profissionais, poucas oportunidades de lazer, acesso a meios de transporte, bem como reduzidas oportunidades para adquirir novas competências. Déficits nesta área de QV também podem estar associados ao tratamento, já que este impõe sérias restrições à vida do paciente devido à dependência da máquina de diálise. Além disso, deve-se considerar condições estressantes durante o procedimento de HD, como possíveis intercorrências e o prolongado tempo de espera (GINIERI C., THEOFILOU, SYNODINOU, TOMARAS, SOLDATOS, 2008)

A satisfação com a própria saúde apresentou menor escore (65,3) comparado com a avaliação com a própria qualidade de vida (67,6) (Tabela 4).

A qualidade de vida é indicada a partir da capacidade de reconhecer a verdade sobre nós mesmos, compreender quem somos, como lidamos com os desafios da vida, como reagimos com as perdas e frustrações, como lidamos com o sucesso. Ainda que para conquistá-la seja necessário o comprometimento pessoal com a valorização da vida e do viver, encarando a realidade sem camuflar crenças e opiniões, defendendo seu ponto de vista sem desistir do que se acredita. Não esperar pelo governo ou por padrões bondosos, que “poderão quando muito providenciar infraestrutura para se viver com mais saúde (SUCESSO, 2005).

É fundamental o apoio dos profissionais da enfermagem para que o indivíduo em tratamento e sua família possam assimilar e responder melhor à vivência da doença crônica.

4 CONCLUSÃO

Constatou-se neste estudo quanto a caracterização social que a maioria dos entrevistados eram do sexo masculino, possuíam idade superior a 18 anos, em grande parte de raça branca, casados e recebendo auxílio doença ou aposentados, tinham de 8 anos de estudo ou mais, tinham filhos e uma crença religiosa onde buscavam apoio espiritual para prosseguir com o tratamento, e com até 3 anos de HD onde seu meio de transporte de escolha era disponibilizado pela prefeitura das cidades onde residiam, e constatou-se que a doença de base que predomina é a pressão arterial sistêmica e também associada com a diabetes em alguns casos.

No questionário de qualidade de vida OMS- WHOQOL- BREF observou-se que as dimensões que apresentam valores médios acima de 60 em todos os domínios. O domínio relações sociais obteve o valor mais significativo logo em seguida destaca-se o domínio meio ambiente. Já os domínios físico e psicológico mostraram o mesmo valor sendo os mais baixos do escore com 60 dos casos, fatores que mais prejudicam a qualidade de vida dos pacientes hemodialisados segundo o estudo.

A maioria dos sujeitos encara o tratamento como uma modalidade necessária para o estabelecimento da saúde, para o alívio de sintomas que impedem a realização de atividades diárias prejudicam a sua QV. Os pacientes demonstraram suas esperanças na crença em um ser superior e na realização do transplante renal.

Apesar das limitações, os indivíduos portadores de IRC em tratamento hemodialítico, terapia considerada inevitável e inadiável, não podem abandonar a luta e a busca por uma melhor QV, mesmo que a superação dos sinais e sintomas não seja possível. Neste contexto, a atuação do profissional de saúde como médicos, enfermeiros, psicólogos e demais trabalhadores sociais no dia a dia de tais sujeitos é de extrema importância.

Identificou-se que cuidar para profissionais da equipe de enfermagem ultrapassa a dimensão técnica, passando como uma relação terapêutica de confiança entre paciente e profissional. Para os clientes em



tratamento hemodialítico, ser cuidado significou estabelecer relacionamento interpessoal, aderir ao tratamento e ter sua vida prolongada, sendo evidente a relevância do papel de cada componente da tríade, cliente-profissionais-máquina, para a eficácia do tratamento.

REFERÊNCIAS

CARREIRA, L, MARCON, S.S. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 2003; 11:823-31.

CASTRO M.D.E, CAIUBY, A.V.S., DRAIBE, S.A., CANZIANICAST R.O, M.E.F. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise, 2003.

FLECK Marcelo P.A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.5 no.1 Rio de Janeiro , 2000.

FRAZÃO, CECÍLIA M.F.Q; RAMOS, VÂNIA P.; LIRA, ANA LUISA B.C. *Revista. enfermagem. UERJ*; tab. Artigo em Português | BDEFN - enfermagem (Brasil) v.19, n. 4, p. 577, 2011.

GINIERI, C. M., THEOFILOU, P., SYNODINOU, C., TOMARAS, V., SOLDATOS, C. Quality of life, mental health and health beliefs in hemodialysis and peritoneal dialysis patients: Investigating differences in early and later years of current treatment. *BioMed Central Nephrology*, v. 9, n. 1, p. 14, 2008.

GULLO Aline B.M.; LIMA Antônio F. C.; SILVA Maria J.P. Reflexões sobre comunicação na assistência de enfermagem ao paciente renal crônico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo*, v. 34, n. 2, p. 209 – 212, jul. 2000.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000: características da população e dos domicílios - resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.

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*.21 (número especial): 152-9, 2008.

NOBLAT, A. C. B.; LOPES, M.B.; LOPES, G.B.; LOPES, A.A. Complicações da hipertensão arterial em homens e mulheres atendidos em um ambulatório de referência Arq Bras Cardiol v.83n.4 São Paulo out. 2004.

REBOREDO, M.M., HENRIQUE, D.M.N, BASTOS, M.G., PAULA, R.B. Exercício físico em pacientes dialisados. *Revista Brasileira Medicina Esporte*. V. 13, n. 6, p. 427-30, 2007.

ROMÃO, J. E. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. *J. Bras. Nefrol*.26(3):1-3, 2004.

SUCCESSO EB. Qualidade de Vida: sonho ou possibilidade? [texto na Internet]. São Paulo: ABQV – Associação Brasileira de Qualidade de Vida. Disponível em: <http://www.abqv.org.br/artigos.php?id=42>, 2005.

SBN. Sociedade Brasileira De Nefrologia. Censo de Diálise SBN 2008. Disponível em: http://www.sbn.org.br/censos/censos_anteriores/censo.

TERRA FS, COSTA AMDD. Avaliação da qualidade de vida de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. *Revista de enfermagem UERJ*. V. 15, p. 430-6, 2007.

THOMÉ FS, GONÇALVES LFS, MANFRO RC, BARROS E. Doença renal crônica. In: Barros E, Manfro RC, Thomé FS, Gonçalves LFS. *Nefrologia: rotinas, diagnósticos e tratamento*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas Sul; v. 3 p. 381-404, 2006.