

Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Curso de Enfermagem

Kamilla Grasielle Nunes da Silva

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS PORTADORES DE
INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA SUBMETIDOS AO
TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE**

Ceilândia-DF
2013

Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Curso de Enfermagem

Kamilla Grasielle Nunes da Silva

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS PORTADORES DE
INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA SUBMETIDOS AO
TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora da Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Ms. Diane Maria Scherer Kuhn Lago

Ceilândia-DF

2013

Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Curso de Enfermagem

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS PORTADORES DE
INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA SUBMETIDOS AO
TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE**

Kamilla Grasielle Nunes da Silva

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora da Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Data de aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Ms. Diane Maria Scherer Kuhn Lago

Prof^a. Ms. Janaína Meirelles Sousa

Prof^a. Dra. Márcia Cristina da Silva Magro

Dedico este trabalho,

A minha mãe Lúcia e minha avó Gisela, que nunca pouparam esforços para realizar os meus sonhos e sempre estiveram ao meu lado. Sem vocês eu não seria nada!

Aos meus queridos irmãos David e Matheus que são minha fonte de inspiração.

E aos meus eternos anjos, meu pai Hélio, minha madrinha Ednalva e minha tia Ednéia, que infelizmente partiram durante esses anos de graduação, mais que foram extremamente importantes na construção do que sou hoje, e com quem aprendi a dar valor à vida nas suas coisas mais simples.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por tudo que me proporciona na vida, pela luz e força para superar as dificuldades, e permitir esta conquista.

Aos meus familiares, por todo amor, carinho e incentivo.

As minhas amigas e companheiras de curso Daniele, Drielle, Géssica, Julisse e Thainara, pela amizade e carinho, vocês foram sem dúvidas essenciais durante esses anos.

A minha orientadora a Professora Diane Maria Scherer Kuhn Lago não somente pelos ensinamentos, mas também pela confiança, paciência e apoio durante a elaboração deste trabalho.

Aos profissionais da Unidade de Hemodiálise do Hospital Regional de Taguatinga, pela disposição em me ajudar e orientar na coleta de dados.

Aos idosos participantes da pesquisa, por dividirem suas histórias de vida comigo.

E a todos aqueles que de alguma forma torceram ou contribuíram nessa conquista.

Muito Obrigada!

Conheça todas as teorias,
domine todas as técnicas, mas ao
tocar uma alma humana, seja apenas
outra alma humana.

Carl Jung

RESUMO

Introdução: O crescimento da população idosa torna-se cada vez mais relevante. E o aumento progressivo da expectativa de vida implica no aumento da morbidade por doenças crônicas. Dentre estas doenças a Insuficiência Renal Crônica – IRC, com tratamento renal substitutivo, figura entre as que geram maior impacto na qualidade de vida do paciente. **Objetivo:** avaliar a qualidade de vida e modos de enfrentamento à doença em idosos com IRC submetidos ao tratamento de hemodiálise em um Hospital Público do Distrito Federal. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de natureza qualitativa e de corte transversal. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário sociodemográfico, escala de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-BREF) e (WHOQOL-OLD), Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP), além da Escala de Depressão geriátrica (EDG). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES/DF e aprovado mediante CAAE 05876012.5.0000.5553 e parecer favorável 192.803/2013. **Resultados:** Foram entrevistados 7 idosos, entre 60 e 69 anos, com tempo de tratamento entre 15 dias a 3 anos e meio. Foi verificado que todos apresentam comprometimento da qualidade de vida e formas individualizadas de enfrentamento doença, não sendo verificado um modo predominante de enfrentamento. **Considerações finais:** A avaliação da qualidade de vida do idoso em tratamento é de grande importância na orientação para a formulação de intervenções que priorizem os aspectos afetados na qualidade de vida individualmente de cada idoso, e na manutenção daqueles quesitos que não apresentam comprometimento.

Palavras chaves: Enfermagem; Idosos; Insuficiência Renal Crônica; Hemodiálise; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Introduction: Growth of the elderly population becomes increasingly relevant and the progressive increase in life expectancy implies increased morbidity from chronic diseases. Among these diseases, Chronic Kidney Disease - CKD with renal replacement therapy is among those that generate the greatest impact on quality of life of the patient. **Objective:** Evaluating the quality of life and coping of elder people with chronic kidney disease undergoing renal replacement therapy in a public hospital of Distrito Federal. **Methodology:** This was a qualitative cross-sectional study. Data collection was performed by sociodemographic questionnaire, rating scale of quality of life (WHOQOL-BREF) and (WHOQOL-OLD), Scale Modes of Coping troubles (EMEP), and Geriatric Depression Scale (GDS). The project was submitted to the Research Ethics - Ethics of the State Health Department of Distrito Federal - SES/DF and approved by CAAE 05876012.5.0000.5553 and assent 192,803. **Results:** There were 7 respondents aged between 60 and 69 years with treatment time from 15 days to 3 ½ years. It was found that all have compromised quality of life, and individualized forms of coping with the disease not been a predominant type. **Final Thoughts:** Evaluation of the quality of life of the elderly in treatment is really important in guiding the formulation of interventions that focus on the aspects affected the quality of life of each individual elderly, and the maintenance of those questions that have no commitment.

Keywords: Nursing, Elderly, Chronic Kidney Disease, Hemodialysis, Quality of Life.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo Geral	11
2.2 Objetivos Específicos	11
3. REFERENCIAL TEÓRICO	12
3.1 Envelhecimento Humano e Doenças Crônicas	12
3.2 Insuficiência Renal Crônica.....	12
3.3 Terapia Renal Substitutiva	13
3.4 Qualidade de vida do idoso submetido a hemodiálise	14
3.5 Mudanças Psicossociais	15
3.6 Estratégias de Enfrentamento.....	16
3.7 O enfermeiro junto ao paciente renal crônico.....	18
4. METODOLOGIA.....	20
4.1 Tipo de Estudo	20
4.2 Local.....	20
4.3 Sujeitos da pesquisa	20
4.4 Etapas de investigação	21
4.5 Limitações da Pesquisa	23
4.6 Ética na pesquisa	23
4.7 Análise de Dados	23
5. RESULTADOS	26
5.1 Qualidade de Vida	27
5.2 Enfrentamento de Problemas.....	31
5.3 Escore de Depressão.....	32
5.4 Mudanças na vida na visão do paciente após o início do tratamento	33

6. DISCUSSÃO	36
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICES	45
APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	45
APÊNDICE B- Questionário Sociodemográfico e Clínico.....	46
ANEXOS	48
ANEXO A- Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-BREF.....	48
ANEXO B- Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-OLD.....	52
ANEXO C- Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP)	55
ANEXO D- Escala de Depressão Geriátrica (EDG).....	57
ANEXO E- Parecer Consubstanciado do CEP	57

1. INTRODUÇÃO

O Brasil se depara com um declínio rápido e acentuado da fecundidade que, combinado com a queda da mortalidade, ocasionou um processo de envelhecimento populacional e de aumento da expectativa de vida. Espera-se que no ano de 2025 o país seja a sexta maior população mundial com pessoas maiores de 60 anos, com aproximadamente 32 milhões de idosos (BORNARDI, 2007; JACOBI, 2011).

O aumento progressivo da expectativa de vida implica no aumento da morbidade por doenças crônicas não transmissíveis, que podem levar a limitações físicas ou incapacidades, deteriorando, assim, no idoso, a capacidade de manter-se independente (RIBEIRO, 2009).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) as doenças crônicas são definidas como permanentes, que podem causar incapacidades ou deficiências residuais e são causadas por alterações patológicas irreversíveis. Também exigem uma formação especial do doente para a sua reabilitação, pois podem estabelecer longos períodos de supervisão, observação ou cuidados (JACOBI, 2011).

A Insuficiência renal crônica- IRC se comparada com outras doenças crônicas está entre as que geram maior impacto na qualidade de vida- QV do indivíduo. Com o tratamento e progressão da doença a ocorrência de limitações e prejuízo no estado mental, físico, funcional, assim como no bem estar geral e nas interações sociais é cada vez mais frequente na vida do paciente. Fato decorrente de fatores como, modificação alimentar e de hábitos, esquema terapêutico, convívio com doença incurável, dependência a uma máquina, modificação da aparência corporal devido à presença da fistula arteriovenosa, além de exercer efeito negativo sobre os níveis de energia e vitalidade (KUSUMOTA, 2008; PILGER, 2010; SILVEIRA, 2010).

A IRC geralmente decorre de uma patologia crônica progressiva e irreversível, e na maioria dos casos, é decorrente de complicações de doenças como a Hipertensão Arterial Sistêmica-HAS e Diabetes Mellitus-DM, principalmente nos pacientes não aderentes ao tratamento destas doenças (RIBEIRO, 2009; JACOBI, 2011).

Os rins são órgãos fundamentais para a manutenção da homeostase do corpo humano e a diminuição progressiva da sua função implica em

comprometimento de essencialmente todos os outros órgãos. Sinais de alerta como urinar muito à noite; pressão alta; fraqueza; anemia; inchaço nos pés e no rosto são os principais indícios de um funcionamento incorreto dos rins (RIBEIRO, 2009; BASTOS, 2010; JACOBI, 2011).

A hemodiálise é a terapia mais utilizada no tratamento de pacientes com IRC. Esta consiste na remoção de substâncias tóxicas como creatinina, uréia e excesso de líquido que necessitam ser eliminadas da corrente sanguínea. É realizada por meio de uma máquina. Esse procedimento possibilita a filtração sanguínea adotando como mecanismo a circulação extracorpórea em que o sangue permanece imerso em uma solução eletrolítica havendo perda de toxina e líquido por diferença de concentração e de pressão (THOMAS, 2005; KUSUMOTA, 2008).

O tratamento hemodialítico é visto como uma grande fonte de estresse e pode gerar problemas como: isolamento social, perda do emprego e conseqüentemente dependência previdenciária, parcial ou total impossibilidade de locomoção, diminuição da atividade física, necessidade de adaptação à perda da autonomia e, ainda, um sentimento ambíguo entre medo de viver e de morrer, tornando o paciente frágil e debilitado emocionalmente (RIBEIRO, 2009).

É de responsabilidade da equipe de enfermagem conhecer as peculiaridades desta população incluindo seus múltiplos aspectos como os familiares, sociais e comportamentais e lidar com essa demanda que chega à terapia e/ou que vai envelhecendo nesse tratamento continuado (KUSUMOTA, 2004; FORTES, 2006).

Estudos relacionados às doenças crônicas como a IRC devem ser desenvolvidos para impulsionar políticas adequadas em relação aos cuidados prestados para estes idosos, para que possa proporcionar uma melhor qualidade de vida para esta população. Partindo deste pressuposto, este estudo pretendeu conhecer o modo de enfrentamento e qualidade de vida dos idosos com IRC submetidos ao tratamento de hemodiálise em um Hospital Público do Distrito Federal.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Conhecer o modo de enfrentamento e qualidade de vida dos idosos, com Insuficiência Renal Crônica, submetidos ao tratamento de Hemodiálise em um Hospital Público do Distrito Federal.

2.2 Objetivos Específicos

- Traçar perfil sociodemográfico e clínico dos idosos;
- Identificar a percepção de qualidade de vida;
- Identificar estratégias de enfrentamento dos idosos ao processo de doença e tratamento;
- Identificar sinais e sintomas de depressão.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Envelhecimento Humano e Doenças Crônicas

Envelhecer é uma etapa inerente à vida, um processo complexo que afeta cada indivíduo de forma particular. O envelhecimento causa a diminuição das funções orgânicas próprias da idade e predis põem a doenças crônicas (JACOBI, 2011).

As doenças crônicas são consideradas de evolução lenta, de longa duração e normalmente recorrentes. O número de casos apresenta um crescimento acelerado elevando o número de mortes. No Brasil, as mortes relacionadas às doenças crônicas superam os 60%, acarretando enormes custos econômicos e sociais (MALDANER, 2008).

O tratamento é constante, e dessa forma é preciso que o portador da patologia desenvolva consciência para o autocuidado e para a adesão ao tratamento. Esta última relaciona-se diretamente com fatores comportamentais, como as maneiras com que enfrentam os problemas, sejam esses externos, como as redes de apoio e a vida pessoal, internos, ou dificuldades relacionadas à patologia (MALDANER, 2008).

3.2 Insuficiência Renal Crônica

A função renal é avaliada pela filtração glomerular - FG e a sua diminuição é observada associada à perda das funções regulatórias, excretórias e endócrinas do rim. Quando a FG atinge valores muito baixos, inferiores a 15 mL/min/1,73m², estabelece-se o que denominamos falência funcional renal – FFR(BASTOS, 2010).

De acordo com BASTOS et. al. (2010) a Sociedade Brasileira de Nefrologia referendou a definição de insuficiência renal crônica proposta pela *National Kidney Foundation American- NKF*, em seu documento *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative - K/DOQI*, que se baseia nos seguintes critérios: Lesão presente por um período igual ou superior a três meses,

definida por anormalidades estruturais ou funcionais do rim, com ou sem diminuição da FG, evidenciada por anormalidades histopatológicas ou de marcadores de lesão renal, incluindo alterações sanguíneas ou urinárias, ou ainda de exames de imagem; e FG <60 mL/min/1,73 m² por um período igual ou superior a três meses com ou sem lesão renal.

Os múltiplos sinais e sintomas decorrentes da incapacidade do rim de manter a homeostasia do organismo resultam da intensidade e do grau de comprometimento da função renal, além de condições como, por exemplo, a presença de outras doenças crônicas e/ou redução da função renal decorrente de alterações anatômicas e fisiológicas próprias do envelhecimento (KUSUMOTA, 2008; RIBEIRO, 2009).

Uma vez instalada a IRC, é necessário um tratamento contínuo de substituição da função renal, e para tal, os tratamentos disponíveis são a diálise peritoneal, hemodiálise e o transplante renal. Pacientes idosos, geralmente, não possuem perspectiva de transplante renal e quando a doença chega num estágio em que é necessário iniciar com a terapia renal substitutiva-TRS adota-se como modalidade de tratamento, a diálise peritoneal ou a hemodiálise (KOSOMOTA, 2004; JACOBI, 2011; RIBEIRO, 2009).

O idoso com IRC, submetido à TRS, vivencia uma grande mudança no seu estilo de vida, pois é um tratamento que demanda uma quantidade de tempo maior dispensado a ele e apresenta um comprometimento funcional mais significativo, levando a uma maior dependência (RIBEIRO, 2009; PILGER, 2010).

3.3 Terapia Renal Substitutiva

No Brasil, em 2011, 27,2% dos usuários em terapia renal substitutiva possuíam 65 anos a 80 anos e 4,3% de idosos acima dos 80 anos (SBN, 2011). Pode-se afirmar que o envelhecimento populacional é um dos fatores que justificam o aumento de pacientes que realizam este tipo de tratamento (JACOBI, 2011). Verifica-se que além dos avanços no tratamento da IRC, o crescimento contínuo de idosos neste grupo se deve a grande taxa de usuários

que iniciam o tratamento entre 50 a 59 anos e que logo passarão a ser analisados como idosos (KUSUMOTA, 2008; JACOBI, 2011).

Na hemodiálise, a transferência de soluto ocorre entre o sangue e a solução de diálise através de uma membrana semipermeável artificial do dialisador (filtro de hemodiálise ou capilar) que é formado por um conjunto de pequenos tubos e que ocorre por três mecanismos: a difusão, que é o fluxo de soluto de acordo com o gradiente de concentração; a ultrafiltração que consiste na remoção de líquidos através de um gradiente de pressão hidrostática e a convecção que é a perda de solutos durante a ultrafiltração. É realizada em ambiente hospitalar por meio de sessões, em média de três vezes semanais, com duração de três a cinco horas cada uma, variando de acordo com as necessidades de cada paciente (THOMAS, 2005; KUSUMOTO, 2008; SANTOS, 2011).

Esta circulação extracorpórea é realizada através de uma fistula arteriovenosa, que é uma ligação entre uma artéria e uma veia, feita através de uma pequena cirurgia. A alteração no fluxo sanguíneo aliado ao uso contínuo e prolongado deixa o vaso dilatado e com paredes mais fortes e resistentes, permitindo então um fluxo de sangue rápido e a realização de várias punções (UNIFESP, 2012).

3.4 Qualidade de vida do idoso submetido a hemodiálise

A vida do idoso com IRC gira em torno de seu tratamento e acarreta dificuldades que afetam a qualidade de vida - QV. As demandas da doença fazem com que muitos dos pacientes tenham problemas em se adaptar (BARBOSA, 2007). O enfrentamento da doença é influenciado pelas percepções da QV de cada indivíduo; as positivas estão relacionadas a estratégias, como traçar uma meta ou buscar conhecimento sobre a patologia; e as negativas, à negação da mesma, agindo como se ela não existisse (FERREIRA, 2011).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, QV é definida 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” (FERREIRA, 2011 p. 134). Esse conceito é considerado subjetivo e multidimensional por envolver vários aspectos da vida humana tais como: relações sociais, saúde, família, trabalho, meio-ambiente, dentre outros. É dinâmico e pode ser influenciado por aspectos culturais, religiosos, éticos e valores pessoais (FLECK, 2000).

O tratamento vem cercado de diversas limitações, principalmente físicas, que tendem a aumentar com o avançar da idade, além de vir acompanhado de diversas exigências, como manutenção de dieta e horário específico associado à restrição hídrica e a modificação da aparência corporal devido à presença da fistula arteriovenosa (KUSUMOTA, 2008; PILGER, 2010).

De acordo com KUSUMOTA (2004) o tratamento hemodialítico é responsável por um cotidiano monótono e restrito, e as atividades passam a ser mais limitadas após o início do tratamento, favorecendo o sedentarismo e a deficiência funcional, fatores que refletem negativamente na QV.

As queixas constantes dentre os pacientes com IRC em hemodiálise são a falta de energia, sensação de desânimo e fadiga, podendo ser justificadas as modificações na condição de saúde decorrentes do próprio processo de envelhecimento, associadas à doença e ao tratamento (KUSUMOTA, 2008).

3.5 Mudanças Psicossociais

O tratamento hemodialítico é um grande gerador de estresse e pode trazer problemas que interfira de forma negativa a vida do paciente. Sabe-se que com o tratamento o tempo dispensado a ele e as consultas médicas, adaptação aos hábitos alimentares e hídricos, a rotina tanto do paciente quanto dos familiares é modificada (RIBEIRO, 2009).

O fato de estar cronicamente doente pode gerar conflito, frustração e culpa, sendo difícil para o paciente, cônjuge e família expressar seus sentimentos negativos e de raiva. Por sua vez, provavelmente necessitem em maior grau da presença e apoio de familiares e/ou amigos para o cuidado, e o envolvimento da família é imprescindível, para o suporte informal ao idoso no seu tratamento (RIBEIRO, 2009; PILGER, 2010).

A presença de comorbidade psiquiátrica em pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis tem diversas implicações negativas para os pacientes, os familiares e para o sistema de saúde. Do ponto de vista psicológico a hemodiálise é também um tratamento que causa sofrimento, tornando o paciente frágil e debilitado emocionalmente (THOMAS, 2005; BARBOSA, 2007; RIBEIRO, 2009; FERREIRA, 2011).

A depressão é a complicação de humor mais comum entre pacientes com IRC, com um enorme impacto na QV e adesão ao tratamento, e geralmente significa uma resposta a alguma perda, na qual se configura um estado depressivo persistente autoimagem prejudicada, presença de sentimentos pessimistas, ou ainda apresentar distúrbio como o do sono, alterações de apetite e peso corporais, diminuição da libido, entre outros. Conseqüentemente pode haver um aumento no número de consultas médicas, internações, custos de saúde e morbimortalidade, dificultando a adaptação do paciente à nova condição de vida. Em pacientes renais, seria uma resposta subjetiva ao que a doença física desperta, relacionando-se com características da personalidade, situação socioeconômica e cultural, forma de incidência da doença, entre outros aspectos (THOMAS, 2005; BARBOSA, 2007; RIBEIRO, 2009; FERREIRA, 2011).

Episódios recorrentes de depressão poderão influenciar de forma negativa na evolução da doença, chegando a desencadear o seu agravamento e até mesmo a diminuição do tempo de vida do paciente (MACUGLIA, 2010). Devem ser desenvolvidas com estes idosos habilidades de enfrentamento necessárias para o ajustamento social e psicológico (RIBEIRO, 2009).

3.6 Estratégias de Enfrentamento

O modelo teórico de estresse e enfrentamento denominado de Modelo Interativo do Estresse define enfrentamento como "esforços cognitivos e comportamentais voltados para o manejo de exigências ou demandas internas ou externas, que são avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais" (SANTOS, 2010, p. 138).

A mobilização das estratégias de enfrentamento se desenvolve a partir de um contínuo de avaliação e reavaliação que divididas em três etapas, têm-se: avaliação primária onde, o indivíduo identifica a situação, dando um significado a ela, que podem trazer três possibilidades: estímulo irrelevante, positivo ou negativo; avaliação secundária, onde o indivíduo considera as possibilidades de enfrentamento e seleciona o que lhe parece mais adequado frente à situação; e por fim a reavaliação onde é analisado se a estratégia utilizada foi eficaz. A partir disto esta pode ser modificada levando a um novo processo de enfrentamento (SANTOS, 2010).

No modelo interacionista as respostas ou estratégias de enfrentamento são vistas de acordo com suas funções, destacando duas como as principais. Primeiramente tem-se o enfrentamento focalizado no problema caracterizado pelo manejo ou modificação da situação causadora do estresse, com o objetivo de controlar ou lidar com determinada situação. E o enfrentamento focalizado na emoção que tem como função primordial regular a resposta emocional causada pela situação-problema, podendo apresentar atitudes de afastamento ou paliativas, como a negação ou esquiva (FARIA, 2005). O enfrentamento focalizado na emoção denota, em geral, associação com piores níveis de saúde e também mostra um impacto leve a moderado no estado final (SANTOS, 2010)

Em 1984 os pesquisadores Lazarus e Folkman (apud FARIA, 2005), destacaram quatro aspectos a fim de diferenciar as estratégias de enfrentamento de outros recursos adaptativos: 1- o enfrentamento é um processo situacional; 2- é uma atitude orientada e não um automatismo; 3- é uma ação afirmativa e não prediz o seu resultado; 4- o manejo da situação é que caracteriza o enfrentamento. Nessa concepção, uma pessoa pode apresentar diferentes estratégias de enfrentamento, em situações distintas.

Ainda em decorrência dessa teoria, Pargament (1997 apud FARIA, 2005) defende a existência de alguns pressupostos do processo de enfrentamento. Reafirma a importância de considerar que os eventos são interpretados pelas pessoas de acordo com os significados que têm para si. Além disso, são analisados também os recursos disponíveis e responsabilidades ao lidar com a situação. O autor defende que as pessoas lidam com os problemas da forma que é possível em determinado momento,

pois as opções de enfrentamento são limitadas pela pressão dos eventos, pelo sistema de crenças e pelas avaliações dos recursos disponíveis para enfrentá-los.

A religião é outro aspecto muito importante a ser considerado como estratégia de enfrentamento, é o que se denomina enfrentamento religioso. Em seus estudos Pargament (1990 apud FARIA, 2005) aponta que muitas pessoas atribuem a Deus o aparecimento ou a resolução de um problema de saúde e vão a busca dele frequentemente utilizando-se de um recurso cognitivo, emocional ou comportamental para enfrentá-los.

O enfrentamento pode ainda ser influenciado pela cultura, já que a mesma pode modelar o sistema de orientação das pessoas e as estratégias que podem ser ensinadas e privilegiadas em um contexto sociocultural, em detrimento de outras (FARIA, 2005).

Dentre tarefas adaptativas pode se citar: lidar com consequências fisiológicas da doença; lidar com o tratamento e o ambiente hospitalar; desenvolver e manter boas relações com a equipe de saúde; manter o equilíbrio emocional; manter um senso do eu; manter boas relações com família e amigos; e preparar-se para futuras exigências (FARIA, 2005).

3.7 O enfermeiro junto ao paciente renal crônico

Dado ao envelhecimento da população e o aumento de idosos portadores de doenças crônicas como a IRC, está ocorrendo um crescimento do preenchimento de vagas dentro de unidades de hemodiálise por estes. O enfermeiro deve estar capacitado para lidar com as peculiaridades desta população incluindo seus múltiplos aspectos como os familiares, sociais e comportamentais e lidar com essa demanda que chega à terapia e/ou que vai envelhecendo nesse tratamento continuado (FORTES, 2006; KUSOMOTA, 2004).

O idoso deve estar ciente do seu processo de doença e cabe à equipe de saúde, dar os devidos esclarecimentos ao paciente e sua família. O enfermeiro pode proporcionar meios necessários para que o idoso desenvolva mecanismos para enfrentar a doença e o tratamento, como por exemplo,

incentivar a família a participar efetivamente de todo o processo (FORTES, 2006).

Por estarem ligados ao hospital durante várias horas de sua semana os enfermeiros convivem diretamente com o cotidiano desses pacientes. Devido a esse contato prolongado, favorece o estabelecimento de um vínculo terapêutico enfermeiro-paciente, e isso ajuda ao enfermeiro na capacidade de observação, podendo detectar expressões verbais e não verbais indicativas de situações relevantes sobre as quais poderá interagir ou não (FORTES, 2006).

O enfermeiro precisa conhecer o sistema de cuidados necessários ao idoso renal crônico. Para tanto, necessita utilizar ferramentas como o processo de enfermagem, que constitui numa forma efetiva de aproximação com os clientes e que continua, inegavelmente, tornando-se o modelo de cuidado de enfermagem mais adequado em TRS direcionada ao idoso (FORTES, 2006).

Além disso, como o enfermeiro é o profissional que assiste mais de perto o paciente nas sessões, ele deve estar apto também a intervir prontamente no caso de eventuais complicações que podem surgir, e/ou evitar outras potenciais complicações. A atuação do enfermeiro deve ocorrer desde a monitorização, a detecção de anormalidades e a rápida intervenção para a garantia de um procedimento seguro e eficiente (FORTES, 2006; REZENDE, 2009).

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa e corte transversal. A pesquisa qualitativa, diferentemente da quantitativa não se preocupa com a quantidade numérica mais sim com uma realidade que não pode ser quantificada, valoriza todo o processo não somente o resultado. Trabalha de forma descritiva partindo do todo para o particular e específico, se preocupando em compreender o processo do objeto de estudo de forma integrada. Utiliza grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente. E para que a pesquisa seja considerada um verdadeiro modelo de pesquisa qualitativa deve possuir três objetos principais: a descrição, a compreensão e a explicação (GERHARDT, 2009).

4.2 Local

A pesquisa foi realizada na Unidade de Hemodiálise do Hospital Regional de Taguatinga – HRT. A unidade conta com uma clientela de aproximadamente 45 pacientes, sendo destes, 18 idosos e os demais, em sua maioria, com idade entre 50 a 59 anos. A unidade tem capacidade para 20 pontos de hemodiálise simultaneamente. E por dia estão sendo atendidos, em média, 24 pacientes (12 em cada turno). A equipe é composta por nefrologistas, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, técnicos de enfermagem e pessoal administrativo.

4.3 Sujeitos da pesquisa

A pesquisa foi realizada com idosos com 60 anos ou mais portadores de IRC, que realizam tratamento hemodialítico na referida instituição, e que atenderam os seguintes critérios de inclusão: idosos com idade igual ou maior a 60 anos; pacientes em hemodiálise cronicamente; pacientes com TFG <

15ml/kg/1.73 m²; níveis de consciência preservado e capacidade de estabelecer um diálogo; e após receber os esclarecimentos, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice-A), aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria de Saúde do Distrito Federal segundo resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. E como critérios de exclusão: pacientes que renunciaram o TCLE durante o desenvolvimento da pesquisa; pacientes com rebaixamento do nível de consciência e distúrbios da fala.

4.4 Etapas de investigação

Os pacientes foram abordados durante sessão de hemodiálise. Em média a entrevista durou cerca de 1 hora. A coleta de dados foi realizada entre os meses de março e abril de 2013, no período da manhã ou tarde dependendo do horário de tratamento de cada participante.

Utilizou-se para coleta de dados os seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico e clínico (Apêndice-B), escala avaliação de qualidade de vida (WHOQOL-BREF) (Anexo I) e (WHOQOL-OLD) (ANEXO II), a Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) (ANEXO III) e a Escala de Depressão geriátrica (EDG) (Anexo IV).

O questionário sociodemográfico e clínico é um instrumento de coleta de dados semiestruturado, onde se abordou perguntas referentes ao perfil socioeconômico, hábitos de vida, grau de informação sobre doença, antecedentes clínicos e tratamento. Além de uma pergunta aberta sobre o que mudou na vida do idoso após o início do tratamento.

O WHOQOL-BREF é um instrumento que avalia a qualidade de vida elaborado em 1998 por um grupo de estudos sobre qualidade de vida da OMS com o intuito de se obter um instrumento mais curto e que demandasse um tempo menor para ser preenchido. Esta versão consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. Se diferenciando assim do WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas a avaliação é feita a partir

de 4 questões. Ainda, o WHOQOL Abreviado resume-se em 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente (FLECK, 2000).

Em conjunto com a WHOQOL-BREF foi utilizado a WHOQOL-OLD. Ela teve início em 1999, com a cooperação científica de diversos centros. Surgiu com o intuito desenvolver e testar uma medida genérica da qualidade de vida em idosos. Comparando-a com o WHOQOL-100 e o WHOQOL-BREF sugere-se que este módulo seja empregado junto com o WHOQOL-100 ou com o WHOQOL-BREF. O módulo WHOQOL-OLD consiste em 24 itens da escala de Likert atribuídos a seis facetas: Funcionamento do Sensório; Autonomia; Atividades Passadas, Presentes e Futuras, Participação Social; Morte e Morrer; e Intimidade. Cada uma das facetas possui 4 itens; e pode variar de 4 a 20, desde que todos os itens de determinada faceta tenham sido preenchidos.

A Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP), uma tradução adaptada para o português da escala de Vitaliano e Cols. (1985), posteriormente desenvolvida e validada por Seidl (2001), visa medir e identificar fatores psicossociais que provocam o estresse por meio de quarenta e cinco itens como possibilidade de respostas 0= eu nunca faço isso; 1= eu faço isso um pouco; 2=eu faço isso às vezes; eu faço isso muito; 4= eu faço isso sempre. Para a pontuação da escala, orienta-se que se separe os itens em 4 fatores que são eles estratégias de enfrentamento focalizadas no problema (18 itens), estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção (15 itens), práticas religiosas/pensamento fantasioso (17 itens) e busca de suporte social e divida estes pelos valores estipulados para cada fator (5 itens) (SEIDL, 2001).

E por fim, a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) descrita por Yesavage et. al., (1983) validada no Brasil por Almeida e Almeida (1999) e Paradela; Lourenço e Veras (2005), é a mais frequentemente utilizada para o rastreamento de depressão em idosos. A escala original possui 30 itens desenvolvidos para rastrear transtornos de humor nesta população. A EDG com 15 itens (EDG-15) é uma versão curta da escala original foi elaborada por Sheikh & Yesavage (1986), a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. As perguntas são divididas em negativas/afirmativas e os resultados variam de acordo com a quantidade de respostas negativas/afirmativas quanto maior o número de respostas

negativas maior será probabilidade da existência de uma depressão (PARADELA, 2005).

4.5 Limitações da Pesquisa

A pesquisa apresentou algumas limitações como a falta de um local reservado para realização da entrevista, que foi feita na sala de hemodiálise. Os pacientes foram em menor número, devida à caracterização da unidade que tem como prioridade de atendimento de pacientes em condições mais graves, o que limitou a amostra. A maioria dos idosos da unidade não tinha condições de saúde para participar da pesquisa, além disso, houve durante o período de coleta, a transferência de dois pacientes para uma clínica de hemodiálise conveniada com a secretaria de saúde.

4.6 Ética na pesquisa

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) sendo aprovado mediante CAAE 05876012.5.0000.5553 e com número de parecer 192.803/2013 (Anexo V). Foram cumpridos os princípios éticos dispostos na Resolução Nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL,1996). Os participantes da pesquisa foram esclarecidos quanto ao sigilo dos dados e a sua utilização apenas para fins científicos e possíveis publicações. Informações adicionais como desistência da participação na pesquisa e esclarecimentos diante de dúvidas apresentadas. O consentimento de participação na pesquisa se deu por meio da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que, após concordar com a participação, houve o registro da assinatura.

4.7 Análise de Dados

Os dados do questionário sociodemográfico foram analisados de forma descritiva. Já a avaliação da questão aberta se deu por meio da técnica de

análise de conteúdo. Este tipo de análise é uma categoria utilizada para fazer inferências através da identificação objetiva e sistemática, buscando as características específicas da mensagem (BARDIN, 2004). As falas dos entrevistados foram transcritas e divididas em categorias e subcategorias. Após esta análise, foram descritos trechos das respostas que pertenciam às diferentes unidades de significado.

A análise foi dividida em duas categorias, pontos positivos e pontos negativos, e ainda, subcategorias, sendo elas: melhora do quadro clínico, e tempo de hemodiálise como determinante para uma percepção diferenciada, perda da autonomia e diminuição da vitalidade, e desesperança.

A análise dos instrumentos se deu da seguinte forma:

WHOQOL-BREF: O resultado é a média (1 a 5) de cada domínio e faceta. É necessário recodificar primeiramente o valor das questões 3, 4, 26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1) as perguntas 1 e 2 aparecem da seguinte forma. 1 – percepção da qualidade de vida (resultado em média 1 a 5); 2 – satisfações com a saúde (resultado em média 1 a 5). Depois de realizada a soma de cada faceta é necessária dividir pelo número total delas em cada domínio. As facetas pertencentes ao Domínio físico são: 3. Dor e desconforto; 4. Energia e fadiga; 10. Sono e repouso; 15. Mobilidade; 16. Atividades da vida cotidiana; 17. Dependência de medicação ou de tratamentos; 18. Capacidade de trabalho. No Domínio psicológico: 5. Sentimentos positivos; 6. Pensar, aprender, memória e concentração; 7. Autoestima; 11. Imagem corporal e aparência; 19. Sentimentos negativos; 26. Espiritualidade/religião/crenças pessoais. No Domínio de Relações sociais: 20. Relações pessoais; 21. Suporte (Apoio) social; 22. Atividade sexual. E no Domínio de Meio ambiente: 8. Segurança física e proteção; 9. Ambiente no lar; 12. Recursos financeiros; 13. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; 14. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; 23. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer; 24. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima); 25. Transporte. E por fim, para se ter a classificação deve-se considerar os resultados: necessita melhorar (quando for 1 até 2,9) ; regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5) (FLECK, 2000).

WHOQOL-OLD: Aqui temos 4 perguntas para cada uma dos 6 domínios cada facetas que variam suas respostas entre 4 a 20 pontos. WHOQOL-OLD

consiste em 24 itens da escala de Likert atribuídos a seis facetas: Funcionamento do Sensório (01, 02,10,20). Autonomia (03,04,05,11); Atividades Passadas Presentes e Futuras(12,13,15,19); Participação Social (14,16,17,18); Morte e Morrer(facetas 06,07,08,09); e Intimidade (21,22,23,24). Cada uma das facetas possui 4 itens; e pode variar de 4 a 20, desde que todos os itens de determinada faceta tenham sido preenchidos. As formas de apresentarem os dados são as seguintes: forma de total (de 4 a 20); a média (1 a 5) aqui somou e dividiu por 4; outra é percentual (0 a 100) utilizando a formula $\text{média} \cdot 100 =$ (para uso de tabelas foi utilizada somente as duas últimas). Algumas perguntas os itens são expressos negativamente, assim o escore teve de ser recodificado de modo que os valores numéricos atribuídos sejam invertidos: 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 =1. Esta recodificação é feita nos itens 1, 2,6 ,7,8,9,10 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1). E por fim para obter a qualidade de vida geral é necessário fazer a apresentação dos dados com todas as facetas juntas. E para a classificação devem-se considerar os resultados: necessita melhorar (quando for 1 até 2,9) ; regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5) (FLECK, 2003).

Escala de modos de enfrentamento de problemas (EMEP): para obter o resultado do EMEP é necessário somar as perguntas correspondentes a cada tipo de enfrentamento e depois fazer a média de cada um. O tipo de enfrentamento de cada individuo se dará através do maior resultado das médias (SANTOS,2010)

Escala Depressão Geriátrica (EDG): para analisar esta escala foi feita atribuindo o valor N (normal)= 0 e D (deprimido)= 1 e no final somar quantos D foram encontrados. Depois da soma obteve a classificação do entrevistado como Normal (0-4); com Depressão leve (5-9) ou Depressão (10-15) (YESAVAGE, 1983).

5. RESULTADOS

Foram convidados para participar da pesquisa os 18 idosos que realizavam tratamento na referida unidade no período de coleta de dados. Destes somente 7 foram entrevistados. Dos demais, 2 foram transferidos de unidade, 2 se recusaram a participar e 7 não tinham condições clínicas favoráveis para a realização da entrevista, devido a fatores como sequelas de Acidente Vascular Encefálico, problemas de dicção, confusão mental ou piora clínica geral.

A amostra foi composta por 4 idosos do sexo masculino e 3 do feminino, com idade entre 60 e 69 anos. Todos os idosos do sexo masculino são casados, sendo 2 idosas solteiras e 1 viúva.

Quanto ao grau de escolaridade, 2 são analfabetos, 1 o primário completo, 3 o Ensino médio completo e 1 o Superior completo. Dos idosos entrevistados 5 são aposentados e 2 estão afastados do trabalho recebendo auxílio doença.

Dentre o histórico de doenças, 3 já foram submetidos à procedimentos cirúrgicos, 5 tem Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 3 Diabetes Mellitus (DM) e 1 relata alergia. Os Fatores de risco apresentados foram: 3 ex-tabagistas, 4 ex-etilistas, todos sedentários, 2 histórias de neoplasia, obesidade e hipercolesterolemia. Entre os antecedentes familiares citaram: a doença renal, o Câncer, o DM, a HAS e a hipercolesterolemia.

O tempo em que os participantes estão em tratamento na hemodiálise varia de 15 dias a 3 anos e meio, sendo que as idosas apresentam o maior tempo de tratamento 2 estão com 1 ano e 1 com 3 anos e meio, 2 dos idosos no início do tratamento com 15 dias e 1 mês e 2 idosos com 3 e 4 meses de tratamento.

Quanto aos hábitos de vida: 5 dizem ter insônia, todos não realizam exercício físico, 5 deles citaram a TV como principal atividade de lazer e 2 citaram os passeios, se alimentam de 3 a 6 refeições diariamente, e ingerem de 1,5 a 3 copos de água. Em relação à religião 4 são católicos e 3 evangélicos.

5.1 Qualidade de Vida

A respeito dos escores de qualidade de vida dos idosos, as tabelas 1 e 2 trazem os resultados de acordo com cada domínio ou faceta e sua soma total.

Tabela 1- Escala de qualidade de vida WHOQOL-BREF de idosos submetidos ao tratamento de hemodiálise em Hospital Público do DF nos meses de março e abril de 2013.

WHOQOL- BREF			
Domínios	Entrevistados	Média	Escala de respostas
Percepção da Qualidade de vida	E1	4,00	0 a 5
	E2	1,00	0 a 5
	E3	2,00	0 a 5
	E4	2,00	0 a 5
	E5	3,00	0 a 5
	E6	3,00	0 a 5
	E7	2,00	0 a 5
Satisfação com a Saúde	E1	2,00	0 a 5
	E2	3,00	0 a 5
	E3	3,00	0 a 5
	E4	3,00	0 a 5
	E5	4,00	0 a 5
	E6	4,00	0 a 5
	E7	3,00	0 a 5
Físico	E1	2,71	0 a 5
	E2	1,42	0 a 5
	E3	2,85	0 a 5
	E4	2,28	0 a 5
	E5	3,28	0 a 5
	E6	2,85	0 a 5
	E7	1,57	0 a 5
Psicológico	E1	2,83	0 a 5
	E2	3,00	0 a 5
	E3	3,50	0 a 5
	E4	4,50	0 a 5
	E5	4,00	0 a 5
	E6	3,66	0 a 5
	E7	3,85	0 a 5
Relações Sociais	E1	3,33	0 a 5
	E2	2,66	0 a 5
	E3	3,00	0 a 5
	E4	4,30	0 a 5
	E5	4,00	0 a 5
	E6	4,66	0 a 5
	E7	3,66	0 a 5
Meio Ambiente	E1	3,62	0 a 5
	E2	3,50	0 a 5

Tabela 1- Continuação

WHOQOL-BREF			
	E3	3,37	0 a 5
	E4	2,75	0 a 5
	E5	3,87	0 a 5
	E6	3,62	0 a 5
	E7	3,25	0 a 5
Total	E1	3,11	0 a 5
	E2	2,50	0 a 5
	E3	3,15	0 a 5
	E4	3,19	0 a 5
	E5	3,42	0 a 5
	E6	3,50	0 a 5
	E7	2,73	0 a 5

Classificação: necessita melhorar (1 a 2,9); regular (3 a 3,9); boa (4 a 4,9) e muito boa (5)

O resultado dos escores do questionário WHOQOL-BREF foi relevante, e mostra que a qualidade de vida global de todos os entrevistados está comprometida, pois dois apresentaram classificação “necessita melhorar” e os demais “regular”. O domínio físico e de meio ambiente apontou no instrumento o maior comprometimento global. Porém, todos os domínios apresentaram se no geral comprometidos.

Outro ponto a se destacar sobre a percepção de qualidade de vida dos entrevistados e de que apenas o E1 está satisfeito com sua qualidade de vida. E apenas 2 entrevistados (E5 e E6) dizem estar satisfeitos com sua saúde.

Alterações físicas associadas ao tratamento dialítico constituem fatores limitantes das atividades diárias e rotineiras. A classificação “necessita melhorar” foi observada em 6 idosos, e 1(E5) idoso com classificação “regular”, esta diferenciação pode ser justificada pelo fato de ser o idoso com menor tempo de tratamento. Vale ressaltar que este domínio tem relação com algumas necessidades humanas básicas como dor física, energia para o dia a dia, locomoção, sono e desempenho de atividades diárias (PILGER, 2010).

Já o meio ambiente foi classificado como “regular” por 6 entrevistados e “necessita melhorar” por 1. O ambiente físico em que o idoso está inserido pode determinar a dependência ou não deste indivíduo.

Tabela 2- Escala de qualidade de vida WHOQOL-OLD de idosos submetidos ao tratamento de hemodiálise em Hospital Público do DF nos meses de março e abril de 2013.

WHOQOL- OLD				
Facetas	Entrevistados	Média	Porcentagem (%)	Escala de respostas
Funcionamento Sensório	E1	4,25	81,25	0 a 5
	E2	2,50	37,50	0 a 5
	E3	3,50	62,50	0 a 5
	E4	2,50	37,50	0 a 5
	E5	3,00	50,00	0 a 5
	E6	4,75	93,75	0 a 5
	E7	4,75	93,75	0 a 5
Autonomia	E1	2,50	37,50	0 a 5
	E2	1,50	12,50	0 a 5
	E3	3,50	62,50	0 a 5
	E4	2,00	25,00	0 a 5
	E5	3,50	62,25	0 a 5
	E6	3,25	56,25	0 a 5
	E7	2,75	43,75	0 a 5
Atividades Passadas Presentes e futuras	E1	2,75	43,75	0 a 5
	E2	2,50	37,50	0 a 5
	E3	3,50	62,50	0 a 5
	E4	2,50	37,50	0 a 5
	E5	3,75	68,75	0 a 5
	E6	3,50	62,50	0 a 5
	E7	3,75	68,75	0 a 5
Participação Social	E1	2,50	37,50	0 a 5
	E2	1,50	12,50	0 a 5
	E3	2,50	37,50	0 a 5
	E4	2,00	25,00	0 a 5
	E5	3,00	50,00	0 a 5
	E6	3,50	62,50	0 a 5
	E7	2,25	31,25	0 a 5
Morte e Morrer	E1	3,25	56,25	0 a 5
	E2	2,50	37,50	0 a 5
	E3	4,00	75,00	0 a 5
	E4	5,00	100,0	0 a 5
	E5	4,25	81,25	0 a 5
	E6	3,25	56,25	0 a 5
	E7	3,00	50,00	0 a 5

Tabela 2- Continuação

WHOQOL-OLD				
Intimidade	E1	4,00	75,00	0 a 5
	E2	3,50	62,25	0 a 5
	E3	3,75	68,75	0 a 5
	E4	4,00	75,00	0 a 5
	E5	4,00	75,00	0 a 5
	E6	4,50	87,50	0 a 5
	E7	4,50	87,50	0 a 5
Qualidade de vida	E1	3,12	53,12	0 a 5
	E2	2,30	33,30	0 a 5
Total	E3	3,45	61,25	0 a 5
	E4	3,00	50,00	0 a 5
	E5	3,41	65,62	0 a 5
	E6	3,79	69,78	0 a 5
	E7	3,50	62,50	0 a 5

Classificação: necessita melhorar (1 a 2,9); regular (3 a 3,9); boa (4 a 4,9) e muito boa (5)

O WHOQOL-OLD também apresentou comprometimento na qualidade de vida dos entrevistados. Tendo sido 6 entrevistados classificados com qualidade de vida global “regular” e 1 (E2) “necessita melhorar”. Em todos os domínios os entrevistados apresentaram índices diminuídos, porém, os menores escores apresentados foram nas facetas autonomia em que 4 apresentaram classificação “necessita melhorar” e 3 “regular”. E na faceta participação social em que 5 apresentam “necessita melhorar” e 2 “regular”. Estes 2 domínios estão intimamente ligados com a condição vivenciada por um paciente renal crônico.

Outro ponto a se destacar no WHOQOL-OLD é a faceta de atividades passadas, presentes e futuras, onde também se observa um escore “regular” como respostas de todos os entrevistados. Este domínio diz respeito aos sentimentos dos idosos quanto ao que ele realizou durante sua vida, como sente este reconhecimento dos seus atos, e ainda do que ele espera para o futuro. Observa-se, então, que existe um receio dos idosos em falar dessas atividades.

No WHOQOL-OLD a faceta com menor comprometimento foi o intimidade, apenas 2 entrevistados (E2 e E3) classificaram como “regular”. Este domínio se refere ao relacionamento íntimo com alguém próximo com quem divide as coisas. O paciente renal crônico, por se tornar mais

dependente, geralmente possui alguém que o acompanha no tratamento e isso pode justificar este menor comprometimento.

No resultado dos dois instrumentos, pode se constatar que a qualidade de vida destes idosos está comprometida. Destacando o E2 que é a idosa com maior tempo de tratamento e com os menores escores de qualidade de vida global e na maior parte dos domínios e facetas nos 2 instrumentos.

5.2 Enfrentamento de Problemas

O modo de enfrentar problemas é inerente a cada indivíduo. A tabela 3 apresenta as estratégias que os entrevistados utilizam para lidar com o agente estressor.

Tabela 3- Escala de modos de enfrentamento de problemas de idosos submetidos ao tratamento de hemodiálise em Hospital Público do DF nos meses de março e abril de 2013.

Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP)				
Tipos de Enfrentamento	Entrevistados	Média	Escala de respostas	
Focado no Problema	E1	2,27	0 a 4	
	E2	2,50	0 a 4	
	E3	2,94	0 a 4	
	E4	2,22	0 a 4	
	E5	2,66	0 a 4	
	E6	3,11	0 a 4	
	E7	3,22	0 a 4	
Focado na Emoção	E1	1,53	0 a 4	
	E2	1,72	0 a 4	
	E3	1,06	0 a 4	
	E4	0,86	0 a 4	
	E5	0,73	0 a 4	
	E6	1,46	0 a 4	
	E7	1,00	0 a 4	
Focado na Religião	E1	2,71	0 a 4	
	E2	2,85	0 a 4	
	E3	2,00	0 a 4	
	E4	3,00	0 a 4	
	E5	2,28	0 a 4	

Tabela 4- Continuação

Escala de Depressão Geriátrica (EDG)								
3. O senhor sente que a vida está vazia?	D	D	D	D	N	D	N	5
4. O senhor geralmente se sente aborrecido?	N	N	D	N	N	D	N	2
5. O senhor se sente animado a maior parte do tempo?	N	N	N	N	N	N	N	0
6. O senhor tem medo que algo ruim possa lhe acontecer?	D	D	N	D	D	D	D	6
7. O senhor se sente feliz a maior parte do tempo?	N	D	N	N	N	N	N	1
8. O senhor se sente frequentemente desamparado?	N	N	N	N	N	N	N	0
9. O senhor prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	N	D	D	D	D	D	D	6
10. O senhor acha que tem mais problemas de memória que a maioria das pessoas?	D	N	N	N	N	N	N	1
11. O senhor acha que é bom estar vivo?	N	N	N	N	N	N	N	0
12. O senhor se sente inútil ou incapaz do jeito que está agora?	D	D	D	N	D	D	N	5
13. O senhor se sente cheio de energia?	N	N	N	N	D	N	D	2
14. O senhor se sente desesperançoso?	N	N	N	N	N	N	N	0
15. O senhor acha que a maioria das pessoas é melhor que o senhor?	D	N	N	N	N	N	N	1
Total	6	6	5	4	5	6	4	-

D= deprimido; N= normal

Apesar de apenas 3 idosos apresentaram escore levemente deprimido, pode se observar que, ao analisar determinadas perguntas isoladamente, percebe-se interligação ao processo de saúde doença e conseqüentemente à qualidade de vida do indivíduo. Para estes idosos, deixar de realizar suas atividades causa frustrações, insatisfações, medo de que algo possa lhes acontecer, sentimentos de perda e incapacidade com relação a sua vida, o que pode ser observado nas respostas em destaque na Tabela 4.

5.4 Mudanças na vida na visão do paciente após o início do tratamento

Nos idosos, sujeitos dessa pesquisa, o tratamento gerou impactos positivos e negativos:

Como pontos positivos pode-se destacar:

1- Melhora do quadro clínico, como segue a fala transcrita abaixo:

“Minha vida melhorou... eu era muito inchado, muito mesmo... o que é ruim é que não pode sair mais eu me sinto bem melhor agora, nem to mais inchado... só me sinto preso.” (E1)

Este idoso começou o tratamento no período de coleta de dados havia três meses, e ele destaca uma percepção comparativa em como ele estava antes de iniciar o tratamento relacionando entre o fato de a terapêutica ter melhorado sua qualidade de vida, o que para este idoso é um significado de bem estar, pois com o tratamento se sente melhor. Em contrapartida percebe a vivência de ser portador de uma doença crônica, em que depende de uma máquina e se sente assim preso e limitado.

2- Tempo de hemodiálise como determinante para uma percepção diferenciada:

“Mudou assim porque eu já não saia de dentro de casa... agora que não saio mesmo... Só isso mesmo.” (E 5)

“Não mudou praticamente nada, só este castigo que tenho que fazer sempre”. (E3)

Pode se observar aqui que o tempo de hemodiálise (são os idosos com o menor tempo de início de tratamento) é um fator importante para a percepção de mudanças no estilo de vida diário do idoso com IRC.

E como pontos negativos há:

1- Perda de autonomia e diminuição da vitalidade:

“Ah mudou tudo, fiquei muito diferente, decepcionada, chateada... depressiva, eu era dona de mim, agora eu não saio e dependo dos outros”. (E2)

Pode se observar na fala dessa idosa que, ela tem muito claro a perda de sua autonomia e do comprometimento que a doença trouxe a sua vida e a desesperança quanto ao tratamento.

“Nossa mudou tanta coisa... toda hora a gente não pode fazer nada... sei lá... tem que ficar o tempo todo deitada”. (E6)

“Muita coisa... parou tudo... não posso fazer nada... mudou tudo, não posso trabalhar, não posso fazer nada”. (E7)

Nestas falas observa-se a presença clara que o idoso tem da sua perda da autonomia, e diminuição da vitalidade, o não poder possuir uma atividade empregatícia, o não poder fazer nada, e ficar em uma condição que apresenta um cansaço constante e ficar deitado sem realizar nenhuma atividade.

2- Desesperança:

“Mudou muita coisa... acho que tinha saúde... derrepente to desse jeito... ninguém fala nem em transplante comigo... nunca pensei que depois do câncer que eu tive ia ter uma doença dessas.” (E4)

Aqui podemos observar que a desesperança é predominante, o fato dela já passar por um processo de doença grave que é o câncer, a IRC veio como impacto extremo para ela. Sem contar que ela tem uma falta de informação, aqui pode-se observar um papel importante da enfermagem em passar essas informações sobre o tratamento e suas possibilidades.

6. DISCUSSÃO

É sabido que o envelhecimento, por si só, já influencia a qualidade de vida do idoso refletindo em sua percepção e necessidades. Diferentes contextos em relação ao envelhecimento e o envelhecer padecendo de uma doença crônica surgem ao falar de QV e, através de instrumento como WHOQOL BREF/OLD, pode ser feita uma análise da qualidade de vida global do idoso bem como, individualmente analisando cada domínio que os compõem.

Neste estudo o domínio físico na escala WHOQOL-BREF apresentou maior comprometimento. Outros estudos como os de PEREIRA et. al (2006), trazem que o domínio físico tem sido um fator determinante para a caracterização da QV do idoso. Fator este que foi observado fortemente na classificação dos idosos entrevistados.

O domínio físico mostrou se com grande influência na QV, e faz refletir que a capacidade funcional é um importante fator de impacto na QV destes idosos. RAMOS (2003) em seu estudo destaca que a capacidade funcional surge hoje como um novo paradigma de saúde para o idoso o envelhecer saudável é visto como uma interação entre saúde física e mental, independência na vida diária, integração social, familiar e independência econômica.

O domínio físico (WHOQOL-BREF) está interligado com a autonomia (WHOQOL-OLD), que também apresenta neste estudo níveis aumentado de comprometimento. Isto pode ser justificado, pelo próprio tratamento que traz um aumento do comprometimento funcional, físico (sedentarismo) e diminuição da interação social (isolamento social), necessidade de adaptação e perda da autonomia (necessidade de ajuda nas atividades cotidianas e dependência a máquina de diálise), alterações da imagem corporal (presença de fístula arteriovenosa), tendo o paciente renal crônico a tarefa de aprender a conviver com várias mudanças que irão afetar consequentemente sua qualidade vida diária (PILGER, 2010).

Vale ainda destacar, que para o idoso ter uma QV satisfatória, é necessário que haja um equilíbrio multidimensional de todos estes quesitos

para que ele possa encarar o seu processo de envelhecimento e adoecimento, de forma que seja preservada a sua independência. É observado que este equilíbrio está extremamente inadequado, nos indivíduos da pesquisa, o que justifica seus escores baixos.

Associado ao comprometimento físico e autonômico está o suporte social e psicológico dos idosos renais crônicos, que costumam sofrer alterações no desempenho de seus papéis sociais e dos aspectos psicológicos decorrentes da situação do adoecimento e tratamento em que são submetidos.

Outra dimensão a ser considerada deve ser a do ambiente físico em que o idoso está inserido, uma vez que o domínio ambiental apresentou uma influência importante na diminuição da QV no WHOQOL- BREF. Ter um ambiente físico saudável interfere diretamente no processo saúde doença do idoso, e pode ainda determinar a dependência ou não do indivíduo, pois, ele passa a ter algumas limitações ao envelhecer e que muitas vezes estas são exacerbadas quando este se encontra enfermo. Dessa forma, o idoso que tem um ambiente físico limitado, tem maiores chances de ter problemas de isolamento social, piora em sua mobilidade física e, ainda, uma maior propensão para desenvolver quadros depressivos (PEREIRA, 2006).

O idoso renal crônico, geralmente evolui para a IRC a partir de outras doenças preestabelecidas como é o caso dos pacientes deste estudo. Estes pacientes muitas vezes iniciam o tratamento dialítico com grande diminuição das condições de saúde e um comprometimento renal importante causado principalmente por conta de um controle inadequado dos níveis pressóricos ou insulínicos. Ou ainda, por doenças, observadas neste estudo, como neoplasias, que levam a um maior comprometimento de sua capacidade funcional (RIBEIRO, 2009; JACOBI, 2011).

O impacto do diagnóstico pode levar a um progressivo desgaste emocional devido ao tratamento e as limitações que o acompanham, além das mudanças do estilo de vida. As respostas emocionais são inerentes a todos os seres humanos, porém, ao se depararem com episódios desagradáveis, que tem uma maior gravidade e duração, podem passar a ser maiores que a capacidade de adaptação do indivíduo e gerarem um processo patológico (THOMAS, 2005).

Sentimentos como desesperança, prisão, aborrecimento e chateação são identificados na fala desses entrevistados e é clara a diminuição de sua autonomia e vitalidade. A depressão no idoso deve ser vista como uma questão multidimensional, considerando todas as mudanças decorrentes do envelhecimento e nas alterações causadas pelas doenças crônicas. E ainda deve se considerar a depressão como um agente potencializador da diminuição da qualidade de vida e da incidência de morte (SOUZA , 2005).

Por isso, a importância da investigação de processos depressivos, nestes idosos, pois estas mudanças, juntamente com o envelhecer, podem trazer processos patológicos graves. Ao analisar ao EDG percebe-se que mesmo não tendo apresentado um resultado quantitativo importante, as perguntas em destaque que tiveram maiores números de respostas negativas, são aquelas ligadas, as questões que já foram vistas anteriormente nas escalas de QV e EMEP e que evidenciam o seu comprometimento. Tem-se então uma necessidade de avaliação cuidadosa a estes idosos com IRC que são mais propensos a desenvolver quadros depressivos graves, por conta do grande impacto do tratamento em suas vidas (SOUZA, 2005).

O enfrentamento à doença é outra questão relacionada com a QV. Cada indivíduo, ao passar pelo processo de doença, passa por adaptações, e encara de maneiras diferentes essa condição que enfrentam. Os resultados do EMEP trazem claramente, a maneira individualizada de cada indivíduo de encarar a doença e suas complicações.

O enfrentamento focado no problema predominou nos dois entrevistados (E3 e E5) que iniciaram o tratamento há menos tempo, entre 15 dias e 1 mês respectivamente. Esses dois idosos possuem, dentre os resultados, escores mais altos de qualidade de vida nos dois instrumentos, e a autonomia, o físico e suporte social menos prejudicado, além do 'morte e morrer' com escores altos, ou seja, a morte ainda não está em seu foco de pensamento. O EDG normal além de apresentar em suas falas, expressões sobre o fato de o tratamento ter introduzidos poucas mudanças em suas vidas.

Outro ponto importante a se considerar é que antes do início do tratamento para a IRC eles já estavam sendo submetidos a tratamentos de doenças crônicas como a DM e a HAS, que podem ter contribuído neste momento inicial para uma melhor aceitação da evolução para a IRC. Pois, já

estavam vivenciando um processo de doença em que tiveram que se adaptar a uma nova rotina de vida diária.

Em sua tese, SANTOS (2010) apresenta a relação entre as estratégias de enfrentamento e saúde, e, diversos trabalhos que trazem como resultados que o foco no problema se associa a melhores perfis, e com um significativo impacto positivo sobre a adaptação do idoso ao estresse.

Os demais idosos apresentaram os focos de suporte social e religião/fantasia. Esses tipos de enfrentamento estão relacionados da seguinte forma: o primeiro a busca de apoio instrumental, emocional ou de caráter informativo, e o segundo por pensamentos e comportamentos que representam o enfrentamento por meio da fé, ou ainda de pensamentos fantasiosos (SEIDL, 2001).

Falar da busca de um suporte social, diz respeito à tendência de utilizar fontes externas para lidar com os problemas. Ou seja, a uma busca maior e, conseqüentemente, mais dependente de consultas médicas bem como apoio familiar ou de pessoas próximas. Já a busca na religião vem como uma forma de conforto e esperança a partir de que uma força maior, possa trazer melhora ou até mesmo a cura de sua doença (SEIDL, 2001).

Quando se avalia todos os pontos discutidos na pesquisa, percebe-se que, por traz de oferecer o tratamento, tem que haver um comprometimento com o paciente pela equipe responsável. A IRC é uma doença crônica que requer muitos cuidados e mudanças tanto na vida do paciente como na de sua família. Fazendo-se necessário um suporte que abranja o indivíduo como um todo para que, se evite maiores danos em sua QV, que ele enfrente de forma positiva o processo de doença, e que não surjam outras patologias associadas.

Além de padecer de um processo de doença crônica o idoso encara a etapa do envelhecer doente. Sendo assim, o papel da enfermagem no cuidado gerontológico é o de realizar a vinculação do processo de cuidar da pessoa idosa de acordo com os contextos que surgem, utilizando dos potenciais que elas apresentam, e contribuindo para seu desenvolvimento contínuo. Além de prover apoio ao paciente e seus familiares sempre que necessário, coordenar e articular toda a equipe, juntamente com a família para que o trabalho seja sempre realizado de forma interdisciplinar (MARTINS, 2007).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O paciente renal crônico tem uma maior dependência em relação a seus familiares e ao próprio serviço de saúde. Conhecer e avaliar o modo de enfrentamento e qualidade de vida do idoso em terapia renal substitutiva é de grande importância na orientação para a formulação de intervenções que priorizem os aspectos afetados na qualidade de vida individual de cada idoso e na manutenção daqueles quesitos que não apresentam comprometimento.

O envelhecimento traz menos habilidades de enfrentamento adequadas, que refletem diretamente na qualidade de vida. Pois, diversas são as mudanças que os idosos se deparam, acrescentados com as consequências da terapia renal substitutiva. Às vezes, eles podem se encontrar despreparados para enfrentar os fatores que causam estresse, sendo então necessárias, que os profissionais de saúde que os acompanham em seu tratamento, lhes deem as orientações para o desenvolvimento de novos modos de enfrentamento. Métodos de enfrentamento podem mudar os objetivos ou redirecionar de forma a promover estratégias positivas que promovam equilíbrio biopsicossocial.

O Enfermeiro é pilar no estabelecimento de medidas preventivas e restauradoras da saúde, e cabe a ele, através de estratégias de educação em saúde atuando como educador, ser agente de oportunidades para que os idosos aprendam a lidar com sua nova etapa no ciclo de vida e consiga aplicar em seu cotidiano medidas que visem diminuir ou cessar os riscos a saúde que surgem concomitantes ao envelhecimento e ao seu processo de adoecimento, melhorando assim sua qualidade de vida.

Estudos como estes devem ser incentivados, pois, com o aumento da expectativa de vida, e o aperfeiçoamento de tecnologias, o idoso tem tido a oportunidade de conviver com tratamentos de doenças crônicas não transmissíveis e comuns nessa faixa etária. Porém, a maioria dos profissionais de saúde ainda não está preparado para lidar com o idoso adoecido e o processo complexo que eles vivenciam de envelhecimento e nos casos de portadores de doenças crônicas do processo de saúde doença.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, L. M. M.; et al. Preditores de Qualidade de Vida em Pacientes com Doença Renal Crônica em Hemodiálise. **J. Bras. Nefrol.**, v. 29, n. 4,out./dez., 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70. 2004.

BASTOS, M. G.; RACHEL BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: frequente e Grave, Mas também prevenível e tratável. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.56, n.2, p. 248-53,2010.

BONARDI, G., SOUZA, V.B.A., MORAES, J.F.D. Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. **Scientia Médica.**, v.17, n.3, p.138-144,jul./set., 2007.

BRASIL. **Hospital Regional de Taguatinga**. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCDCHAVE=165256>>. Acesso em: 10 mai. 2012.

BRASIL, **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996.

FARIA, J. B.; SEIDL, E. M. F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. **Psicol. Reflex. Crit. [online]**., v.18, n.3. p. 381-389, 2005.

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

FLECK, M. PA et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**. v.34, n.2, p. 178-183,2000.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E. ; TRENTINI, C. M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Rev. Saúde Pública [online]**, vol.37, n.6, pp. 793-799,, 2003.

FORTES, V.L. F.; GREGGIANIN, B. O.; LEAL, S.C. O cuidado de enfermagem ao idoso em terapia renal substitutiva. **Estud. interdiscip. envelhec.**, Porto Alegre, v. 10, p. 91-104, 2006.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2009. 120p.

JACOBI, C. J.; et al. Qualidade de vida de idosos em hemodiálise: Um Relato de Experiência. **Revista Contexto & Saúde**, v.10, n. 20, p. 1265-1270,jan./jun., 2011.

KOHLSDORF, M.; JUNIOR, A. L.C. Enfrentamento entre Cuidadores de Pacientes Pediátricos em Tratamento de Leucemia. **Interação em Psicologia**, 13(2), p. 263-274, 2009.

KUSUMOTA, L.; RODRIGUES, R. A. P.; MARQUES, S. Idosos com insuficiência renal crônica: alterações do estado de saúde. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.12, n.3,p.525-32, mai./jun., 2004.

KUSUMOTA, 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, p.152-159,2008.

MACUGLIA, G. R.; et. al. Qualidade de vida e depressão de pacientes em hemodiálise. **Rev. Bras. de terap. Cogn.**,v. 6, n.2, jul./dez., 2010.

MALDANER, C.R.; BEUTER, M.; BRONDANI, C.M.; BUDÓ M.L.D.; PAULETTO M.R. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.29, n.4, p.647-53,2008.

MARTINS, J.J.; BARRA, D.C.C.; SANTOS, T.M.; HINKEL, V; NASCIMENTO, E.R.P.; ALBUQUERQUE, G.L.; ERDMANN, A.L.; Educação em saúde como

suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade. **Rev. Eletr. Enf.** v.9, n.2, p.443-56. 2007.

PARADELA, E. M. P; ROBERTO ALVES LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.6, p.918-2,2005.

PEREIRA, R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [online]**. 2006, vol.28, n.1, p. 27-38.

PILGER, C.; RAMPARI, E. M.; WAIDMAN, M. A. P.; CARREIRA, L. Hemodiálise: seu significado e impacto para a vida do idoso. **Esc. Anna Nery**, v.14, n.4, p.677-683, 2010.

RAMOS, LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**. 2003; 19(3): 793-8.

REZENDE RC, PORTO IS. Cuidado de enfermagem para clientela em hemodiálise: suas dimensões instrumentais e expressivas. **Rev. Eletr. Enf.**, v.11, n.2, p.266-74,2009.

RIBEIRO, R.C. H. M.; SANTIAGO E.; BERTOLIN D. C.; RIBEIRO, D. F.; CESARINO, C. B.; BURDMANN, E. A.; Depressão em idosos portadores de insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. **Acta Paul Enferm.**,v.22, p.505-8, 2009.

SANTOS, A. F. **Determinantes psicossociais da capacidade adaptativa: um modelo teórico para o estresse.**2010. 318 p. Tese (Doutorado)- Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador 2010.

SANTOS, I. ; ROCHA, R. P. F.; BERARDINELLI, L. M. M. Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise. **Rev. bras. enferm.**, v.64, n.2, p.335-342, 2011.

SEIDL, E. M. F., TRÓCCOLI, B. T. & ZANNON, C. M. L. C.. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 17(3), 225- 234,2001.

SILVEIRA, C. B. et al. 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.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo de Diálise SBN 2011**. Disponível em:< http://www.sbn.org.br/pdf/censo_2011_publico.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2012.

SOUZA, F.F.; CINTRA, A. F.; GALLANI, M. C. J. Qualidade de vida e severidade da doença em idosos renais crônicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**. vol. 58, núm. 5, setembro-outubro, 2005, pp. 540-544.

THOMAS, C. V.; ALCHIERI, J.C. Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à Hemodiálise. **Avaliação Psicológica**,v.4, n.1, p. 57-64, 2005.

UNIFESP. ASSOCIAÇÃO DE PACIENTES TRANSPLANTADOS DA UNIFESP. **Insuficiência Renal: Escolhendo o tratamento adequando para você**. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/assoc/atx/dossie.html>>. Acesso em: 10 mai. 2012.

YESAVAGE, J.A.; BRINK, T.L.; ROSE, T.L.; LUM, O.; HUANG, V.; ADEY, M. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **Journal of Psychiatric Research**, v. 17, n.1, p. 37-49, 1983.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: Qualidade de vida de idosos que submetidos ao tratamento de hemodiálise .

Pesquisador responsável: Diane Maria Scherer Kuhn Lago

O (a) Senhor(a) está sendo convidada a participar do projeto: Qualidade de vida de idosos que submetidos ao tratamento de hemodiálise que tem como objetivo Avaliar a qualidade de vida dos idosos com Insuficiência Renal Crônica submetidos ao tratamento de hemodiálise em um Hospital Público do Distrito Federal. Esclarecemos que sua participação ocorrerá de forma voluntária, não havendo ressarcimento ou indenização e que será assegurado o sigilo de seus dados pessoais. Os resultados desta pesquisa serão utilizados apenas para fins científicos e possíveis publicações. O senhor (a) pode desistir de sua participação na pesquisa se considerar conveniente não ocasionando dano pessoal e/ou profissional para si próprio ou para a instituição. Se o senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para o pesquisador (a) responsável Diane Maria Scherer Kuhn Lago pelo telefone (61) 8138 0348.

A sua participação acontecerá por meio de um questionário, que contém questões referentes aos seus hábitos e rotinas diárias, bem como suas condições de saúde, e perguntas através de três escalas, em que um avalia a qualidade de vida, a outra para rastreamento de depressão em idosos, e por último a que avalia as estratégias de enfrentamento a doença. O tempo estimado de entrevista é de 40 minutos. Informamos que a Senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo.

Este documento foi elaborado em duas vias. Uma ficará com o (a) pesquisador(a) responsável e a outra com o senhor(a).

Nome / assinatura

Assinatura do Pesquisador (a)

Brasília, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE B- Questionário Sociodemográfico e Clínico

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Idade: _____ anos Sexo: ()M ()F

Situação conjugal: _____

Possui filhos? Sim () Não () Quantos? _____

Procedência: _____

Mora atualmente com: _____

Quantidade de pessoas na residência: _____

Nº de cômodos: _____

Possui quarto próprio: Sim, individual () Sim, divide com parceiro () Não ()
divide com quantas pessoas? _____

Grau de Escolaridade: _____

Trabalha? ()Sim ()Não

Se sim, qual o seu trabalho? _____ h/dia

Renda familiar: () < 1 S.M. () 1 a 3 S.M. () 4 a 5 S.M. () 6 a 10 S.M. ()
> 10 S.M.

Suporte financeiro: () Renda suficiente para manter a família () Renda
insuficiente para manter a família

História de Doença Atual: _____

Há quanto tempo realiza tratamento
hemodialítico? _____

Toma alguma medicação? Qual? _____

ANTECEDENTES PESSOAIS

Doenças Pré-existentes: () HAS () DM ()Cardiopatias ()

Doenças respiratórias () Cirurgias () Alergias () Outros

FATORES DE RISCO

() Tabagismo () Etilismo () Sedentarismo () Câncer ()

Obesidade () Hipercolesterolemia () Triglicerídeos elevados

ANTECEDENTES FAMILIARES

() Doença Renal () Cardiopatias () Câncer () HAS () DM
 () Hipercolesterolemia () Outros

HÁBITOS DE VIDA

SONO E REPOUSO: () Insônia () Dificuldade em conciliar o sono ()
 () Acorda várias vezes à noite() Sonolência durante o dia () Dorme
 durante o dia () Acorda cansado () Acorda descansado () S/
 alterações

Dorme _____/h por noite.

EXERCÍCIO FÍSICO: Qual? _____ x/
 semana

RECREAÇÃO E LAZER: () Passeios () TV () cinema ()
 Outros

ALIMENTAÇÃO:

Nº de refeições por dia: _____

Alimentação preferida: () Carne vermelha () Aves () Peixe
 () Laticíneos () Verduras/legumes () Frutas () Massas () Frituras
 () Cereais () Sucos

Tem restrição alimentar? () S () N

Se sim, a qual alimento? _____

Quantos copos de água bebe por dia? _____

Obs.: _____

ESPIRITUALIDADE

Qual a sua religião? _____

Praticante () Sim () Não

Participa de algum grupo religioso? () Sim () Não

Qual? _____

Pergunta aberta: O que mudou na sua vida após a descoberta da IRC?

ANEXOS

ANEXO A- Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-BREF

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
2. Quanto satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5

5. O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7. O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
--	------------	------	------------------	-----	-----------

15. Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16. Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19. Quão satisfeito você consigo mesmo?	1	2	3	4	5
Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21. Quão satisfeito você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22. Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23. Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5

24. Quanto satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25. Quanto satisfeita (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO B- Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-OLD

Por favor, tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida nas duas últimas semanas. As seguintes questões perguntam sobre o quanto você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1. Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato), afetam a sua vida diária?	1	2	3	4	5
2. Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?	1	2	3	4	5
3. Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?	1	2	3	4	5
4. Até que ponto você sente que controla o seu futuro?	1	2	3	4	5
5. O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?	1	2	3	4	5
6. Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?	1	2	3	4	5
7. O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?	1	2	3	4	5
8. O quanto você tem medo de morrer?	1	2	3	4	5
9. O quanto você	1	2	3	4	5

teme sofrer dor antes de morrer?					
----------------------------------	--	--	--	--	--

As seguintes questões perguntam sobre quão completamente você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

	Nada	Muito pouco	Mais menos	ou	Bastante	extremamente
Q.10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?	1	2	3		4	5
Q.11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	1	2	3		4	5
Q.12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?	1	2	3		4	5
Q.13. O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?	1	2	3		4	5
Q.14. Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?						

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu satisfeito, feliz ou bem sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

	Nada	Muito pouco	Mais menos	ou	Bastante	Extremamente
Q.15. Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?	1	2	3		4	5
Q.16. Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu	1	2	3		4	5

tempo?					
Q17. Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?	1	2	3	4	5
Q18. Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?	1	2	3	4	5
Q19. Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?	1	2	3	4	5
Q20. Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?	1	2	3	4	5

As seguintes questões se referem a qualquer relacionamento íntimo que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	extremamente
Q21. Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?	1	2	3	4	5
Q22. Até que ponto você sente amor em sua vida?	1	2	3	4	5
Q23. Até que ponto você tem oportunidades para amar?	1	2	3	4	5
Q24. Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?	1	2	3	4	5

ANEXO C- Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP)

Instruções: As pessoas reagem de diferentes maneiras a situações difíceis ou estressantes. Para responder a este questionário, pense sobre como você está lidando, no momento atual, com dificuldades e problemas que podem estar ocorrendo na sua vida. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar situações deste tipo, no momento atual de sua vida.

Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre
0	1	2	3	4

1. Eu levo em conta o lado positivo das coisas.	
2. Eu me culpo.	
3. Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação.	
4. Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo.	
5. Procuro um culpado para a situação.	
6. Espero que um milagre aconteça.	
7. Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite.	
8. Eu rezo/ oro.	
9. Converso com alguém sobre como estou me sentindo.	
10. Eu insisto e luto pelo que eu quero.	
11. Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo.	
12. Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer.	
13. Desconto em outras pessoas.	
14. Encontro diferentes soluções para o meu problema.	
15. Tento ser uma pessoa mais forte e otimista.	
16. Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida.	
17. Eu me concentro nas coisas boas da minha vida.	
18. Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto.	

19. Aceito a simpatia e a compreensão de alguém.	
20. Demonstro minha raiva para quem causou minhas dificuldades.	
21. Pratico mais a religião desde que começaram meus problemas.	
22. Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim.	
23. Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema.	
24. Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem Sucedido.	
25. Eu acho que as pessoas estão sendo injustas comigo.	
26. Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou.	
27. Tento esquecer o problema todo.	
28. Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente.	
29. Eu culpo os outros.	
30. Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores.	
31. Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema.	
32. Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira ideia.	
33. Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo.	
34. Procuo me afastar das pessoas em geral.	
35. Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer.	
36. Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez.	
37. Descubro quem mais é ou foi responsável pelas minhas dificuldades.	
38. Penso em coisas fantásticas ou irreais (como achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor.	
39. Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela.	
40. Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui.	
41. Eu desejaria poder mudar o que me conduziu a esta situação.	
42. Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo.	
43. Converso com alguém para obter informações sobre a situação.	
44. Eu me apego à minha fé para superar esta situação.	
45. Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema.	

ANEXO D- Escala de Depressão Geriátrica (EDG)

Escala de Depressão em Geriatria (EDG)

Escolha a melhor resposta de como se sentiu na última semana

1. O(a) senhor(a) está satisfeito com sua vida?

Sim (N) Não (D)

2. O(a) senhor (a) diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?

Sim (D) Não (N)

3. O senhor sente que a vida está vazia?

Sim (D) Não (N)

4. O senhor geralmente se sente aborrecido?

Sim (D) Não (N)

5. O senhor se sente animado a maior parte do tempo?

Sim (N) Não (D)

6. O senhor tem medo que algo ruim possa lhe acontecer?

Sim (D) Não (N)

7. O senhor se sente feliz a maior parte do tempo?

Sim (N) Não (D)

8. O senhor se sente frequentemente desamparado?

Sim (D) Não (N)

9. O senhor prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?

Sim (D) Não (N)

10. O senhor acha que tem mais problemas de memória que a maioria das pessoas?

Sim (D) Não (N)

11. O senhor acha que é bom estar vivo?

Sim (N) Não (D)

12. O senhor se sente inútil ou incapaz do jeito que está agora?

Sim (D) Não (N)

13. O senhor se sente cheio de energia?

Sim (N) Não (D)

14. O senhor se sente desesperançoso?

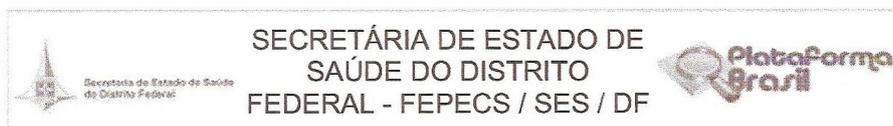
Sim (D) Não (N)

15. O senhor acha que a maioria das pessoas é melhor que o senhor?

Sim (D) Não (N)

D= Deprimido **N=** Normal Total (contar as respostas **D**): _____

ANEXO E- Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS SUBMETIDOS AO TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE

Pesquisador: DIANE MARIA SCHERER KUHN LAGO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 05876012.5.0000.5553

Instituição Proponente: HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA - HRT

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 192.803

Data da Relatoria: 21/01/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa aborda a importância de se avaliar a qualidade de vida de idosos submetidos à hemodiálise como forma de impulsionar políticas adequadas em relação aos cuidados prestados a esta população.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a qualidade de vida dos idosos com Insuficiência Renal Crônica submetidos ao tratamento de hemodiálise em um Hospital Público do Distrito Federal.

Objetivo Secundário:

Traçar perfil socioeconômico e epidemiológico dos idosos;

Avaliar a condição de vida e de saúde dos idosos;

Identificar sinais e sintomas de depressão;

Identificar estratégias de enfrentamento dos idosos ao processo de doença e tratamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos decorrentes da participação na pesquisa se referem aos psicossociais, pois serão

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

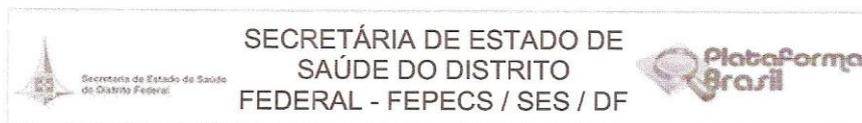
UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: cepesedf@saude.df.gov.br



discutidos temas que envolvem os sentimentos individuais e podem gerar ansiedade.

Benefícios:

Como benefício, os participantes terão a oportunidade de refletir sobre as questões envolvidas na pesquisa como qualidade de vida e estratégias de enfrentamento das condições que a doença lhe impõe, trazendo melhor compreensão dos aspectos positivos e das dificuldades do processo do tratamento contínuo. Após a entrevista, os participantes serão orientados sobre os diversos tipos de enfrentamento existentes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo analítico, descritivo e qualitativo com 30 idosos em hemodiálise na Unidade de Nefrologia do HRT.
Instrumento de coleta de dados: questionário estruturado, WHOQOL-bref da OMS e Escala de Depressão Geriátrica.
TCLE readequado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto: apresentada.
Termo de Concordância: apresentada.
TCLE: apresentado.
Currículos dos pesquisadores: apresentados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas.

Situação do Parecer:

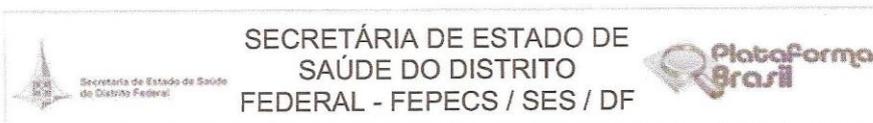
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: cepsesdf@saude.df.gov.br



BRASILIA, 04 de Fevereiro de 2013

Assinador por:
Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: cepesdf@saude.df.gov.br