

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO
NORTE
CURSO DE NUTRIÇÃO

JOANA D'ARC SILVA

QUALIDADE DE VIDA DE PORTADORES DOENÇAS RENAI CRÔNICOS EM
TRATAMENTO DE HEMODIALISE: REVISÃO DE LITERATURA.

JOANA D'ARC SILVA

QUALIDADE DE VIDA DE PORTADORES DE DOENÇAS RENAIS CRÔNICAS EM
TRATAMENTO DE HEMODIALISE: REVISÃO DE LITERATURA**QUALIDADE DE VIDA DE PORTADORES DE DOENÇAS RENAIS CRÔNICAS EM
TRATAMENTO DE HEMODIALISE: REVISÃO DE LITERATURA.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação de nutrição da faculdade Natalense para o desenvolvimento do Rio Grande do Norte como requisito obrigatório para obtenção do grau de Nutricionista.

Orientadora: Prof. Célia Regina B. de Araújo

RB-35.278

FARN
BIBLIOTECA
Nº Reg. M001760
11/01/12

M

612.39

S 5789

2011

ex. 01

Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Silva, Joana D'arc

Qualidade de Vida de Portadores de Doenças Renais Crônicas em
tratamento de Hemodiálise: revisão de literatura / Joana D'arc Silva. –
Natal, 2011.

30f.

Orientador: Célia Regina B. de Araújo. QUALIDADE DE VIDA DE
PORTADORES DOENÇAS RENAI CRÔNICOS EM TRATAMENTO DE
HEMODIALISE: REVISÃO DE LITERATURA.

Monografia (Bacharel em Nutrição) – Faculdade Natalense para o
Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Nutrição - Monografia. 2. Qualidade de Vida - Monografia. 3.
Doenças Renais Crônicas - Monografia. 4. Hemodiálise - Monografia.
I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 612.39

JOANA D'ARC SILVA

**QUALIDADE DE VIDA DE PORTADORES DE DOENÇAS RENAI CRÔNICOS EM
TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE: REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação de nutrição da Faculdade Natalense para o desenvolvimento do Rio Grande do Norte, como requisito obrigatório para obtenção do grau de Nutricionista.

Data da Aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Célia Regina B. de Araújo
Orientadora

MEMBRO DA BANCA

MEMBRO DA BANCA

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus**, pela minha existência, principalmente por ter me dado coragem, força, saúde e disposição para não desistir nos momentos de fraqueza.

Agradeço especialmente aos padrinhos **Maria Madalena Jácome e Marcos Lacerda Almeida** pela motivação do meu sucesso profissional, oportunidade e confiança durante toda a minha faculdade.

Aos meus **pais** que recebi o dom mais precioso do universo.

Agradeço a **Marquinhos** e aos demais membros da diretoria do DCE pelo apoio.

Ao meu namorado **Rodrigo Otávio**, que me ajudou e ajuda com paciência e muito carinho.

A minha **irmã Jane**, que esteve presente durante o meu curso.

Agradeço a minha orientadora **Célia Regina** pelo apoio e dedicação.

A todos os **professores** pelo carinho, dedicação e entusiasmo demonstrado ao longo do curso.

Aos **colegas de classe** pelas informações e matérias numa rara demonstração de amizade e solidariedade, especialmente a Ana Paula Pignataro, Juliana Sales, Natália Bruna.

Agradeço a todos pelo carinho e amor que me oferecem, retribuo esse carinho e amor com a simples frase: VOCES SÃO ESPECIAS NA MINHA VIDA.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
CAPD	DIALISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTINUA
CCPD	DIALISE PERITONEAL CICLICA CONTINUAL
CDL	CATETER DE DUPLO LÚMEN
DP	DIALISE PERITONEAL
DPAI	DIALISE PERITONEAL AGUDA INTERMITENTE
FAV	FISTURA ARTERIOVENOSA
HD	HEMODIALISE
HLA	ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO
IAM	INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO
IR	INSUFICIENCIAL RENAL
IRA	INSUFICIENCIAL RENAL AGUDA
IRC	INSUFICIENCIAL RENAL CRÔNICA
IRCT	INSUFICIENCIAL RENAL CRÔNICA TERMINAL
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
QV	QUALIDADE DE VIDA
QVRS	QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE
SBN	SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TR	TRANSPLANTE RENAL
TRS	TRANSPLANTE RENAL SUBSTUTIVA

RESUMO

O termo qualidade de vida é de difícil definição por seu caráter subjetivo, sendo atribuído ao mesmo o significado de bem-estar, incluindo aspectos de felicidade e satisfação com a vida, como um todo. No mundo ocidental atual, é possível dizer também que desemprego, exclusão social e violência são, objetivamente, reconhecidos como fatores de prejudicam a qualidade de vida, tratando-se de componentes passíveis de mensuração e comparação, mesmo levando-se em conta a sua relatividade cultural no tempo e no espaço. A vida do portador de doença renal crônica submetido a tratamento dialítico sofre várias mudanças tanto no âmbito social quanto emocional. De acordo com a presente pesquisa ficou claro a importância da intervenção da nutrição em busca de solução nas limitações provocadas pela IRC e o tratamento, sendo necessário um reaprender a viver, de uma maneira mais humana. O estudo foi realizado utilizando a metodologia descritiva de caráter exploratório.

Palavras-Chave: Qualidade de Vida. Doença Renal Crônica. Hemodiálise.

ABSTRACT

The term "quality of life" is difficult to define deal to its subjective characteristic, and being atributed to the meaning of well being, including aspects of happiness and life satisfaction as a hole. In nowadays world it is also possible to say that unemployment, social exclusion and violence are , objectively, well known factors that damage the quality of life, treated as components of comparison and measurement, even thoght its cultural relativity to time and space. The life of the (("doença renal crônica"))patient submitted to dialitic treatment suffer several changes socialy as well as emotinaly. According to my research it was clear the importance of the nutritional intervention in the search of the solution of the limitations caused by the IRC and the treatment, being necessary to learn to live again in an humanitarian way.

Keywords: Quality of life; Chronical (Renal) Disease;(Hemodialise)

INTRODUÇÃO.....	08
2JUSTIFICATIVA.....	11
2.1OBJETIVOS.....	12
2.2 GERAL.....	12
2.3ESPECIFICOS.....	12
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
4.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA RENAL.....	13
4.2 MÉTODOS DE TRATAMENTOS.....	15
4.3 QUALIDADES DE VIDA.....	18
4.4 QUALIDADES DE VIDA RENAL.....	21
5 METODOLOGIA.....	26
6 CONCLUSÃO.....	27
REFERENCIA.....	28

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas representam a principal causa de morbidade e mortalidade no mundo, repercutindo um grave problema de saúde pública por afetar pessoas em plena fase produtiva da vida trazendo consequências de vida e pode levar o indivíduo a uma situação de incapacidade ou invalidez (MOURA 2007).

O crescente aumento das doenças crônico-degenerativas está intimamente relacionado com os fatores de risco decorrentes dos hábitos de vida modernos, como sedentarismo, obesidade, ingestão de álcool e o fumo. Em consequência, há o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, que representam a primeira causa de morte no Brasil, principalmente por acidente vascular cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), além de fatores predisponentes para insuficiência renal (IR) (MOURA 2007).

A doença renal crônica é uma lesão do órgão com perda progressiva irreversível da função dos rins. Em sua fase mais avançada é conhecida com insuficiência renal crônica (IRC), quando os rins não conseguem manter as normalidades do meio interno do paciente. (POLINA, 2007)

Segundo a sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), a região Nordeste é a terceira maior em novos casos de pacientes com insuficiência renal crônica totalizando 14.001(19%). (CENSO, 2007).

A IRC caracteriza-se pela diminuição rápida e parcial da função renal, podendo ser reversível ou não ocorre um acúmulo de substâncias tóxicas, que normalmente são excretadas através da urina, provocando alterações nos níveis séricos em nosso corpo. Em função de sua etiologia pode ser classificada em três categorias, são elas; a pré- renal, intra- renal e, pois- renal (RIELLA, 2003; MENDONÇA, 2006).

O avanço tecnológico tem proporcionado uma maior sobrevida aos pacientes portadores de doenças crônicas e o desenvolvimento de equipamentos de alta resolução permite prolongar cada vez mais a vida desse grupo de pacientes que cresce a cada dia (MENDONÇA, 2006).

No tocante a esse aspecto o Censo de 2007 da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), destaca a existência de 73. 605 pessoas em tratamento por alguma modalidade de diálise em nosso país, caracterizando um sério problema de

saúde, por sua significativa mortalidade e morbidade, sendo necessários recursos especializados para o atendimento desses pacientes (KUSEMOTO, 2005).

A insuficiência renal ocorre por diminuição ou paralisação da filtração glomerular, que pode ser classificada de acordo com seu caráter de reversibilidade e evolução clínica em insuficiência renal aguda (IRA) e insuficiência renal crônica (IRC) (RULLA, 2003).

Pelo fato de ser uma doença silenciosa, evolui de forma lenta e progressiva, em fase avançada da doença, geralmente associada com sinais clínicos de hipertensão arterial e diabetes mellitus, que são as principais doenças causadoras de danos renais. Com perda progressiva de nefros, as unidades remanescentes são capazes de adaptar-se de modo eficiente mantendo a hemóstase até os estágios terminais do processo, diante disso o rim gera um desequilíbrio, que a longo prazo contribui para debilitar o indivíduo, comprometendo a sua qualidade de vida (RIELLA, 2003).

Segundo Guyton e Hall (2002), o controle da pressão arterial é obtido através de mecanismos extremamente complexos e relacionado com os sistemas renais, endócrino e cardiovascular. Quando há um volume de líquido excessivo no espaço extracelular, ocorre um aumento do débito sanguíneo e elevação da pressão arterial, portanto a hipertensão pode exacerbar a lesão dos glomérulos e dos vasos sanguíneos dos rins, tornando-se a causa mais importante de insuficiência renal em fase terminal.

O diabetes mellitus é uma síndrome que compromete o metabolismo dos carboidratos, gorduras e proteínas e é causado pela ausência da secreção de insulina. Com a elevação crônica da concentração de glicose ocorrem alterações no sistema vascular, resultando em suprimento inadequado de sangue para os tecidos que, por sua vez, esta associada a um risco aumentado de comprometimento da doença renal em fase terminal. Em paciente diabético, observa-se o desenvolvimento de hipertensão secundária à lesão renal (GUYTON; HALL, 2002).

Entretanto, outras doenças como infecções, doenças obstrutivas, auto-imunes e malformações congênitas também contribuem para a progressão da IRC (SCHOR; AJZEN, 2005).

Hoje os pacientes que desenvolvem IR, dispõem do tratamento conservador, que visa manter por meio de dieta e medicamentos a manutenção do funcionamento renal. No entanto quando há diminuição da taxa de filtração glomerular abaixo de

10% deverão ser instituídas as modalidades de substituição renal, que são a diálise Peritoneal (DP), Hemodiálise (HD) e Transplante Renal (TR). Por serem tratamentos de longa duração e com possibilidades de complicações decorrentes dos mesmos, afetam significativamente a qualidade de vida desses pacientes (RIELLA, 2003).

O tratamento das doenças renais provoca várias mudanças na vida social e emocional dos pacientes, trazendo limitações em sua qualidade de vida (QV). A restrição hídrica rigorosa, o ganho de peso excessivo devido a formação de edema por retenção de sódio e água, as adaptações dietéticas, a inapetência e sintomas digestivos, como náusea, vômito e diarreia, são grandes obstáculos para a reabilitação e adesão ao tratamento. Essas limitações dificultam a manutenção do emprego, devido aos longos períodos que tem se ausentar para realizar o tratamento (MARTINS, 2005).

Campos (2002) reforçam que, o doente renal é submetido a inúmeras modificações em sua rotina diária, gerando impactos negativos em sua QV, que revela uma faceta geralmente despercebida pelos profissionais de saúde e, dependendo da intensidade, até por pessoas do convívio familiar.

O apoio da família no tratamento dialítico torna-se indispensável, promovendo compartilhamento do sofrimento e ajuda diante de tal doença incurável (KUNH et al, 2008).

Por identificar as reais necessidades dos mesmos, pretendemos despertar nos profissionais de saúde um novo olhar para a necessidade de buscar meios de minimizar o sofrimento e os desconfortos apontados como limitadores em suas rotinas de vidas, proporcionando assim uma melhor qualidade de vida ao paciente renal crônico em tratamento hemodialítico.

2- JUSTIFICATIVA

Diante disso esse estudo se propõe a fazer um levantamento bibliográfico buscando resgatar informações na literatura que subsidiem uma maior compreensão sobre a IRC bem como modelos terapêuticos que visem o alívio dessa doença e melhora d da sua sobrevida.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a fisiopatologia da doença renal crônica e suas complicações;
- Descrever as manifestações clínicas da doença renal crônica;
- Descrever as manifestações clínicas da doença renal crônica;

3- OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

Realizar uma revisão de literatura que aborde e descreva qualidade de vida de portadores de insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico;

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as alterações que ocorrem na doença renal crônica e os tipos de tratamentos.
- Discorrer as limitações na saúde e os efeitos da doença renal na vida de pacientes renais em hemodiálise;

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA RENAL

Os rins em número de dois, são órgãos que lembram a forma de um grão de feijão, de coloração marrom-avermelhada, situados no espaço retro peritoneal, um de cada lado da coluna vertebral. No adulto mede aproximadamente de 11 a 13 cm de comprimento, 5 a 7,5cm de largura e 2,5 a 3cm de espessura, pesando entre 125 a 172g, no homem e 115 a 155g, na mulher. Com o envelhecimento há uma diminuição do peso renal e em recém-nascidos esse peso varia de 13 a 44g (RIELLA, 2003).

São bem protegidos por vários tecidos e são envolvidos por uma cápsula fibrosa, internamente se divide em parênquima e pelve renais. O parênquima é dividido em córtex e medula. O córtex contém os glomérulos, os túbulos distais e proximais e os ductos coletores.

O nefro é a unidade funcional do rim, responsável pela formação da urina e cada rim contém aproximadamente um milhão de nefros (GUYTON; HALL, 2002).

A formação da urina ocorre no nefro por meio da filtração glomerular, reabsorção de substâncias dos túbulos renais para o sangue e secreção de substância do sangue para os túbulos renais, ou seja, a urina se inicia filtrando uma grande quantidade de líquido nos capilares glomerulares que são impermeáveis as proteínas em seguida ocorre uma reabsorção parcial do líquido nos túbulos renais porém as substâncias que devem ser depuradas do sangue, como uréia, creatinina ácido são pouco reabsorvidas, sendo, portanto excretadas em grande concentração na urina (SMITZER; BARE, 2006; GUYTON; HALL, 2006).

Os rins removem, ainda, os ácidos orgânicos não-metabolizáveis, como o glicurônico e o hipúrico, assim como os ácidos inorgânicos. (LEAL et al, 2008).

Os autores afirmam que, o fluxo de sangue que passa pelos rins corresponde a 22% do débito cardíaco, portanto, cerca de 1.100 ml/min. A partir dos 40 anos de idade o número de nefros funcionantes diminui em cerca de 10% a cada 10 anos.

De acordo com Romão Junior (2004), para efeitos clínicos, epidemiológicos, didáticos e conceituais, a IRC é dividida em seis estágios funcionais, de acordo com

o grau de filtração glomerular dos rins, mensurado pelo clearance de creatinina.

Fases de evolução a seguir.

Na fase pré-renal ocorre um aumento nos níveis de creatinina, que pode ser reversível causada por uma hipoperfusão com consequente diminuição da oferta de oxigênio e nutrientes ao órgão. Já a fase intra-renal é definida por uma lesão prolongada, ocasionando isquemia e morte celular (RIELLA, 2003; MENDONÇA, 2006).

A pós-renal é ocasionada pela interrupção do fluxo urinário, levando ao quadro de hidronefrose, que é a congestão e refluxo da urina produzida ao rim, sendo freqüentemente em idosos do sexo masculino, decorrente da hiperplasia, ou seja, aumento do tamanho da próstata. A presença de cálculos renais com consequente obstrução entabular também é causa comum de IRA pós-renal, em geral são formados por precipitação de cristais como o ácido úrico e oxalato de cálcio, dentre outros (RIELLA, 2003).

Segundo Riella (2003), a IRC é a paralisação lenta, progressiva e irreversível da função renal incapacitando o rim de manter homeostase ou equilíbrio interno, acarretando retenção hídrica, distúrbios eletrolíticos e elevação escoria nitrogenadas. Quando o rim não consegue filtrar adequadamente o sangue, é necessário iniciar uma terapia renal substitutiva (TRS), que pode ser realizada por meio de diálise ou transplante renal.

Inicialmente o paciente apresenta-se assintomático e com a evolução da falência renal há um aumento progressivo dos eletrolíticos, gerando anormalidades do meio interno por acidose metabólico sobrecarga de líquidos, doenças cardiovasculares e tardiamente ao heperparatiroídismo secundário que provoca descalcificação destruição óssea (RIELLA, 2003).

A anemia ocorre devido a uma deficiência na produção de eritropoetina, hormônio glicoprotéico que estimula a medula óssea na produção de hemácias. Na fase terminal com predominante quadro de uremia é indicada uma terapia de substituição renal (RIELLA, 2003).

- **Fase de filtração renal normal sem lesão renal**-importante do ponto de vista epidemiológico, pois inclui pessoas integrantes dos chamados grupos de risco para o desenvolvimento da doença renal crônica (hipertensos, diabéticos parentes de hipertensos e portadores de IRC, etc) que ainda não desenvolveram lesão renal.

- **Fase lesão com função renal normal** – correspondem às fases iniciais de lesão renal com filtração glomerular preservada, ou está acima de 90 ml/min.1,73m².
- **Fase de insuficiência renal funcional ou leve** ocorre no início da perda de função dos rins. Nesta fase os níveis de uréia e creatinina plasmáticas ainda são normais, não há sinais ou sintomas clínicos importantes de insuficiência renal e somente métodos acurados de avaliação da função do rim. Os rins conseguem manter razoável controle do meio interno.
- **Fase de insuficiência renal laboratorial ou moderada-** nesta fase embora os sinais e sintomas da uremia possam estar presentes de maneira discreta, o paciente mantém-se clinicamente bem. Avaliação laboratorial simples já nos mostra, quase sempre, níveis elevados de uréia e de creatinina plasmáticas.
- **Fase terminal de insuficiência renal crônica-** como o próprio nome indica corresponde à faixa de função renal na qual os rins perderam o controle do meio interno, tornando-se este bastante alterado para ser compatível com a vida. Compreendendo um ritmo de filtração glomerular inferior a 15 ml/min./1,73m² (ROMÃO JUNIOR, 2004).

4.2 MÉTODOS DE TRATAMENTOS

O tratamento conservador consiste em uma posposta terapêutica, visando retardar o ritmo de progressão da doença que inclui terapia nutricional, controle da hipertensão arterial e profilaxia das complicações da uremia preparando o indivíduo para o início do tratamento dialítico (SOUZA et al,2004).

Diálise é o processo de remoção ou separação de solutos por meio de uma membrana semipermeável que permite a passagem do solvente onde ocorre uma transferência entre o sangue e a solução de diálise (RIELLA, 2004).

Diálise Peritoneal (DP) consiste na remoção de resíduos indesejáveis e líquido através do peritônio (membrana semipermeável) entre o sangue nos capilares peritoneais e solução de diálise dentro da cavidade peritoneal (SCHOR; AJZA, 2005). Esse tratamento é uma alternativa para os pacientes que não são capazes de realizar ou que não desejam submeter-se à hemodiálise. Existem três

tipos de diálise peritoneal; Diálise Peritoneal Aguda Intermitente (DPA), Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD); e Diálise Peritoneal Cíclica Contínua (CCPD) (SMELTZER; BARE, 2006).

Hemodiálise é o tipo de tratamento de diálise mais freqüentemente prescrito. No Brasil, de acordo com a SBN (2005) 89,53% dos nefros patas crônicos são submetidos à hemodiálise e o restante encontra-se em tratamento por meio da diálise peritoneal contínua. Embora o transplante tenha sido considerado o tratamento de melhor custo-efetividade (ARREDONDO et al., 1998), não é o procedimento mais realizado, devido à dificuldades relacionadas a captação de órgãos.

A hemodiálise é realizada a partir de um acesso vascular (fístula arteriovenosa ou cateter ligado a um vaso venoso) que permite um fluxo sanguíneo elevado, o sangue é transportado até um filtro capilar por meio de um circuito de circulação extracorpóreo onde é purificado, retornando do acesso vascular para o corpo.

O procedimento é realizado usualmente três vezes por semana por um período de três a quatro horas. Sua prescrição é feita por nefrologista e administrado por enfermeira ou técnico em clínica de pacientes ambulatoriais, centros de diálise ou unidades hospitalares.

Os benefícios se iniciam rapidamente com a melhora do edema generalizado, do bem-estar físico e controle de outros sintomas. Muitos dos riscos e efeitos adversos associados com a diálise são resultados combinados do tratamento e da condição física deficitária do paciente, como: anemia, câibras, náusea, vômito, dores de cabeça, hipotensão e risco de contágio de doenças infecciosas. Por isso, vigilância na assepsia dos locais de acesso e cateteres bem como aderência a dietas apropriadas, cuidados com a ingestão de líquidos e o uso de medicamentos de acordo com a prescrição são muito importantes (DAUGIRDAS, 2003).

Além disso, há também o impacto psicológico que o tratamento impõe como a perda da individualidade, mudanças na imagem corporal, diminuição ou perda da auto-estima e sentimento de menos valia. O impacto social inclui mudanças substanciais nas relações familiares e de amizades como também no trabalho. Com grande freqüência os quadros de depressão estão presentes neste contexto (LAZARETTI, 2002; ALMEIDA, 2003; HSIEH et al., 2007; ARENAS et al., 2007).

Segundo Guyton e Hall (2002), o sangue flui por minúsculos canais, limitado por uma membrana fina conhecida como rim artificial. A transferência é feita através do líquido de diálise, para o qual essas substâncias indesejáveis do sangue passam por difusão.

Durante a realização da HD, a quantidade total de sangue no rim artificial a qualquer momento é, em geral, inferior a 500 mililitros, a intensidade do fluxo pode ser várias centenas de mililitros por minuto, e a área de superfície total de difusão, entre 0,6 e 2,5 metros quadrados. (GUYTON; HALL, 2002).

Para a realização da diálise é necessário se estabelecer uma via de acesso ao sangue, com fluxo suficiente para filtração dialítica repetida vezes, que proporcione o mínimo de complicações para o paciente. (WOLOSKER; KUZNIEC, 2007).

Durante as sessões de HD podem ocorrer algumas complicações e o sintoma, mais comum é a cefaléia que pode estar relacionada à hipertensão arterial, hipotensão arterial e alterações do peso corporal (ANTONIAZZI, 2007; NASCIMENTO, 2005).

O transplante de órgãos (TX) é a substituição de um órgão doente por outro saudável, através da transferência do órgão de um doador para o corpo do receptor, uma das alternativas de tratamento da insuficiência renal crônica terminal (IRCT), portanto muitos pacientes renais escolhem o TX para que possam melhorar sua sensação de bem-estar e o desejo de levar uma vida normal (BITTENCURT, 2003).

No tocante ao transplante renal, podem ser classificados quanto a relação doador /receptor em: doador vivo parente, onde possui 50% de seu material genético em comum ao receptor, doador vivo não- parente, aquele que não tem ligação genética com o receptor e o doador falecido, com morte encefálica. Sendo este último considerando um doador vivo ideal para todo tipo de transplante e com possibilidades para doação de múltiplos órgãos (RIELLA, 2003).

Para isso seja possível é necessário que haja uma compatibilidade entre o doador vivo ou cadáver humano com a receptora combinação com o sistema OAB e Antígeno leucocitários Humanos (HLA), que são responsáveis pelas reações transfusionais e envolvidos nas rejeições após os transplantes (MENDONÇA, 2006).

Após o TX, o rim pode não funcionar e o paciente necessitar retornar a diálise. A fim de evitar que isso ocorra, após o transplante são iniciadas altas doses

de drogas imunossupressoras, recomendadas para diminuir o risco de rejeição aguda (SALOMÃO FILHO, 2004; MENDONÇA, 2006).

O TX é a melhor alternativa terapêutica para portador de IRC, garantindo quando bem sucedido, uma boa qualidade de vida a esses pacientes livrando-o da rotina desgastante da HD e possibilitando o retorno a sua rotina de vida diária. Além de ser menos oneroso aos cofres públicos quanto comparando às terapias dialíticas (SALOMÃO FILHO, 2004).

4.3 QUALIDADE DE VIDA

A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) tem sido uma prática cada vez mais freqüente na medicina atual. Esta avaliação objetiva monitorar a saúde de uma determinada população, diagnosticar a natureza, gravidade e prognóstico da doença, além de avaliar os efeitos do tratamento. (COSTA et al, 2010).

A prevenção e promoção à saúde são bastante importantes para que seja possível evitar ou retornar a evolução de algumas doenças graves, por meio da modificação de hábitos de vida da população, como também, por meio da utilização de tratamentos substitutivos, prolongando cada vez mais a expectativa e a qualidade de vida das pessoas (BITTENCOURT, 2003).

O termo qualidade de vida é de difícil definição por caráter subjetivo, sendo atribuído ao mesmo o significado de bem-estar, incluindo aspectos de felicidade e satisfação com a vida, como um todo, entretanto essa associação não tem necessariamente o mesmo significado, pois uma pessoa pode se sentir feliz e não estar satisfeita com determinados aspectos de sua vida (SOUZA, 2004).

Apesar de existirem vários significados para o termo qualidade de vida, em nosso estudo adotamos o conceito da organização Mundial de Saúde (OMS), que define qualidade de vida como " a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus, objetivos, expectativas, padrões e preocupações. "(WHOQOL GROUP, 1999 apud FLEK et al, 1999).

Um dos grandes desafios para os pesquisadores da área de qualidade de vida foi estabelecer as dimensões que devem compor este construto. Apesar de existirem diferenças na conceituação das dimensões de QV, alguns aspectos podem ser comuns, dentre eles a saúde física, relações interpessoais, desenvolvimento, segurança pessoal e situação econômica (SOUZA, 2004).

Os autores esclarecem que, a natureza abstrata do termo QV explica por que ele tem significados diferentes, para diferentes pessoas, em lugares e ocasiões. É por isso que há inúmeras conceituações de QV; talvez cada indivíduo tenha a sua própria definição. Ou seja, é um conceito que está submetido a múltiplos pontos de vista e que tem variado o longo do tempo, em vários países e em diferentes culturas. Podendo também ser afetada pelos estados emocionais e ocorrência de eventos cotidianos, sócio-históricos e ecológicos.

Para Kussumota (2005), a obtenção de informação sobre as condições de vida dos pacientes é necessária para avaliar os benefícios das intervenções terapêuticas, representando uma alternativa de quantificar as conseqüências das doenças e tratamentos, resultando em diferente nível de avaliação.

Em decorrência da valorização dos aspectos subjetivos da saúde, a saúde, a QV foi inserida no conceito de saúde e seus determinantes. Sendo esse compromisso assumido na 8a Conferencia Nacional de Saúde em 1986 e incorporado pela Constituição de 1988 (BRASIL, 1999), que define "saúde" como direito de todos e dever do estado, assegurando por políticas que visem á reprodução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário ás ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BITTENCOURT, 2003).

A legislação brasileira, por intermédio da lei 8080 – (Lei Orgânica da Saúde – 091990), (BRASIL, 1990) orienta a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e enfatiza os fatores determinantes da saúde:

Art 2o. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

& 1o. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

& 2o. O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

& 3o. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica dos pais.

Parágrafo único; dizem respeito também à saúde as ações que por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir as pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Segundo Bittencourt (2003), alguns parâmetros que incorporam o conceito de qualidade de vida dizem respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana; alimentação, acesso a água potável, habitação, trabalho, educação; saúde e lazer; elementos materiais que tem como referência noções relativas do conforto, bem-estar e realização individual e coletiva.

No mundo ocidental atual, é possível dizer também que desemprego, exclusão social e violência são, objetivamente, reconhecidas como fatores que prejudicam a qualidade de vida, tratando-se de componentes passíveis de mensuração e comparação, mesmo levando-se em conta a sua relatividade cultural no tempo e no espaço (BITTENCOURT, 2003).

4.4 QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE RENAL

A vida do portador de doença renal crônica submetido a tratamento dialítico sofre várias mudanças tanto no âmbito social quanto emocional trazendo limitações em sua qualidade de vida. Há ainda as restrições dietéticas e hídricas rigorosas, o ganho de peso excessivo e as adaptações á dieta, que são grandes obstáculos para a reabilitação a adesão ao tratamento. Frequentemente os pacientes renais crônicos não podem manter o emprego, devido aos longos períodos que tem que se ausentar para podem manter o tratamento (MARTINS, 2005; HIGA, 2008).

Em conformidade, Santos; Bandeira e Coiado (2008) afirmam que, a restrição dietética é um aspecto importante na vida do paciente renal, pois, existem as limitações de grupos de alimentos que antes eram consumidos normalmente, além da redução da quantidade de líquidos ser extremamente significativa após o início poucas opções de alimentos para compor seus cardápios diários.

A ingestão de proteína deve ser reduzida drasticamente, par minimizar o acúmulo de produtos de degradação nitrogenados, bem como o consumo de sódio devido aos riscos de hipervolemia e hipertensão (SANTOS, BANDEIRA; COIADO, 2008).

As incapacidades e as complicações decorrentes da IRC, e do tratamento por hemodiálise contribuem para o déficit da QV, principalmente nos aspectos de natureza biológica, psicológica e sociocultural, gerando momentos desestruturação tanto para ele quanto para sua família, levando-o a buscar um novo equilíbrio. O mesmo passa por um momento em que percebe inúmeras perdas; da condição saudável, de papeis e de responsabilidades, podendo levar há uma diminuição na sua qualidade de vida (KUSSUMOTA, 2005).

Para Campos (2002), o doente renal é submetido a inúmeras modificações em sua rotina de vida diária, gerando impactos negativos em sua QV, que revele uma faceta geralmente despercebida pelos profissionais de saúde e dependendo da intensidade, ate por pessoas que convivem com o doente.

Quando o paciente descobre que o rim não esta funcionando adequadamente e que precisa de cuidados mais sérios, a primeira reação é quase sempre de revolta e negação. Para ajudar essas pessoas o nutricionista passa a ter um papel

importante, pois ele atua continuamente e muito próximo do paciente e seus educador, mas, principalmente como educador incentivando-os a uma melhor aceitação do tratamento crônico e das complicações advindas das doenças (SANTOS; BANDEIRA; COIADO, 2008).

Após o diagnóstico da IRC, o paciente passa a depender dos cuidados de outras pessoas. Sendo então, o apoio familiar no tratamento dialítico indispensável, promovendo compartilhamento do sofrimento e ajuda (KUNH et al, 2008).

As reações emocionais e comportamentais que o paciente demonstra ao longo de sua doença e principalmente durante o tratamento de hemodiálise, muitas vezes só são percebidas quando estas começam de alguma, a mobilizar a hospitalar é que se tornam perceptíveis (CAMPOS, 2002).

Todos os pacientes em diálise encontram-se dependentes de um procedimento, de um recurso médico ou uma equipe de saúde, estando expostos também a outras situações estressantes, tais como, problemas psicológicos, dentre os quais se destaca a depressão, suicídio, demência, estados de delírio, comportamento não-cooperativo e disfunção sexual (DAUGIRDAS et al, 2003).

Santos, Bandeira e Coiado (2008), afirmam que, os sintomas depressivos podem ser manifestados em qualquer doença crônica durante a fase de adaptação, especialmente se forem instituídas terapias, como no caso dos pacientes renais que iniciam hemodiálise. Sendo o risco de desenvolver depressão muito grande, tornando-se necessário iniciar um tratamento pela melhor na qualidade de vida e revisar a terapêutica utilizada no paciente,

Alterações sexuais ocorrem com frequências, em decorrência de níveis elevados de hormônios como prolactina e folículo-estimulante, além de níveis baixos de testosterona nos homens e progesterona nas mulheres. A capacidade de reprodução de homem em tratamento dialítico diminui devido a um comprometimento na espermatogênese (RIELLA, 2003).

A importância sexual é uma complicação frequente de pacientes com IRC, que sofrem uma diminuição em sua qualidade de vida. Os homens com falência renal pioram seu desempenho sexual, quando passam a realizar tratamento por hemodiálise. A disfunção erétil está relacionada à hipertensão, diabetes mellitus, depressão e fumo. Após o transplante renal com resultado positivo, os pacientes apresentam uma melhora em seu desempenho sexual (SANTOS, 2008).

A qualidade de vida do indivíduo está ligada a fatores socioeconômicos como educação, moradia, trabalho, lazer, cultura e principalmente estado de saúde (CAMPOS, 2002; MENDONÇA, 2006).

A qualidade de vida é um construto de extrema relevância para todas as áreas do conhecimento, motivando pesquisadores em todo o mundo a buscarem meios para mensurá-la, daí o surgimento crescente de instrumentos de medida e pesquisas nessas áreas do conhecimento, visando identificar os aspectos da vida mais afetados e as intervenções para melhorá-los. Assim, passarei agora a apresentar alguns estudos desenvolvidos sobre a temática.

Mendonça (2006) realizou um trabalho de revisão bibliográfica sobre instrumentos de medida de pesquisa junto ao Lilacs e Scielo em busca de publicações de nos últimos 6 anos, sendo encontrados alguns instrumentos que já foram validados e adaptados para nossa língua e cultura, são utilizados na prática medidas freqüentemente, entre eles estão o Short Form-36 (SF-36), Questionário do Hospital Saint George (SGRQ), Airwys Questionnaire 20 (AQ 20), King's Healter Questionnaire (KHQ), Questionnaire- Short Form (ICIQ-SF), Kidener Disease and Q uality-of- life Short- Form (KDQOL-SF TM), Fecal Incontinence Quality of Life (FIQL) e Inflammatory Bowel Sisease Questionnaire (IBDQ).

Em 2007, realizou um estudo para avaliar os preceptores de QV em 114 pacientes com doença renal crônica em hemodiálise em Sergipe, utilizando o medical Outcomes Study Questionnaire 36-Item Short Form Health Survey4(SF-36), constituído de 36 itens fornecendo pontuações em 8 dimensões da QV.

No referido estudo foi detectado que a depressão é o mais forte preditor de QV entre pacientes renais crônico em diálise, estando associando a menores pontuações em todas as dimensões do SF-36, chamando atenção para importância de intervenções psicossociais e medicas específicas, especialmente no que diz respeito à avaliação e tratamento de depressão no sentido de melhorar a sensação de bem estar destes pacientes (BARBOSA et al,(2007).

Já Kusumota (2005), em outro estudo avaliou a QVRS de pacientes em hemodiálise com uma amostra de 194 pacientes renais de quatro serviços de diálise de Ribeirão Preto/SP, onde instrumentos utilizados para a coleta de dados foram; MEEM para avaliação do estado cognitivo e para avaliar a QV usou o questionário Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form (KDQOL-SF TM 1.3), específico para

pacientes renais, apresentou as dimensões; suporte social estimulo por parte da equipe da diálise e função cognitiva obtiveram menores escores.

Ainda Souza (2004) discorre outro trabalho com objetivo de comparar uma em QV com objetivo de comparar numa população de idosos entre 60 a 86 anos com IRCT em hemodiálise ambulatorial de duas clínicas de terapia renal substitutiva de Campinas e São Carlos, no interior de São Paulo, o desempenho de dois instrumentos genéricos de QV (SF-36 e WHOQOL-bref).

Ainda observou que o WHOQOL-bref obteve melhor desempenho, pois despendeu menos tempo de entrevista e foi preenchido integralmente por todos os sujeitos, o SF-36 demonstrou elevado nível de confiabilidade avaliado pela consistência interna. Esses instrumentos mostram ser confiáveis e válidos para ser empregados na medida da qualidade de vida em idosos com ERCT.

Os autores concluíram que a avaliação da QVRS é uma pratica importante e fundamental na avaliação de determinadas populações de pacientes para verificar o sucesso ou não de terapias.

Bittencourt (2003), em seu estudo "Qualidade de vida a Representações Sociais em Portadores de Patologias crônicas; Estudo de um grupo de renais crônicos transplantados", pesquisou 132 pacientes submetidos a transplante renal, usando o instrumento WHOQDL-bref. A população foi dividida em dois grupos, sendo 100 pacientes com enxerto funcionaste e 32 que perderam a função do enxerto e voltaram para a hemodiálise.

Segundo a autora o WHOQOL-berf demonstrou um melhor desempenho para o primeiro grupo no domínio físico e nas questões gerais e significância limitrofe no domínio psicológico.

Outro estudo utilizado nesse mesmo instrumento foi desenvolvido no Rio Grande do Norte, por Mendonça (2006), onde a pesquisadora comparou a QV de 62 pacientes renais em hemodiálise e 58 pacientes transplantados renais. Os resultados dos escores foram melhores em todos os domínios avaliados para o grupo de transplantadores, evidenciando o benefício desse tipo de tratamentos na QV de população estudada.

Lopes (2007) comparou a QV de mulheres e homens em hemodiálise, onde foram avaliadas potencias de idade e co-mobilidades, sendo a população composta por 254 mulheres e 349 homens. Tal estudo foi desenvolvido em unidades de diálise de Salvador, utilizando o Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDOL-SF-).Os

resultados indicam que em varias escalas de QVRS as mulheres tratadas cronicamente por hemodiálise apresentam menores escores do que os homens.

Outro estudo semelhante foi desenvolvido por Santos (2006), sobre a relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos, com uma amostra de 107 indivíduos submetidos à hemodiálise regular em uma Unidade de diálise no interior do estado do Ceará. Utilizou o instrumento medical Outcomes Study Questionnaire 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) para medida de QV.

Nesse estudo não houve diferencia entre as populações de acordo com o sexo, mas foi encontrada correlação linear e negativa entre a idade e as dimensões de QV nomeadas capacidade funcional, limitação por aspecto físico, dor, estado geral de saúde, vitalidade e aspectos sociais (SANTOS 2006).

Outro estudo utilizando o SF-36 foi desenvolvido por Martins (2006), com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de pessoas em tratamento de hemodiálise e identificar as atividades cotidianas que podem comprometer sua qualidade de vida. Fizeram parte da amostra 125 pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico.

Os resultados evidenciaram prejuízo na qualidade de vida, demonstrando menores escores nos domínios dos aspectos físicos, emocionais e vitalidade. O autor verificou ainda a existência de correlação negativa entre tempo de HD e o comprometidas tanto na amostra global quanto na estratificada por sexo. Observou-se correlação negativa entre tempo de HD e as atividades cotidianas; trabalho, atividades domésticas. (MARTINS, 2005).

Vanderlei (2008), também pesquisou a QV de pacientes em programa de hemodiálise crônicos por meio do instrumento KDQL-SF, os resultados desde estudo demonstraram que indivíduos em hemodiálise crônicos apresentam uma diminuição da QV nos domínios relacionados à função física, sobrecarga de doença renal e papel profissional. Os maiores valores foram encontrados nos domínios que refletem aspectos cognitivos e sociais, representando boa qualidade de vida nos pacientes analisados.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPOS DE ESTUDO

O estudo foi realizado utilizando a metodologia descritiva de caráter exploratório. De acordo com Gil (2002) a pesquisa exploratória visa “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses.” Foi realizada uma revisão de literatura sobre a qualidade de vida de portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. De acordo com Ventura (2004), A revisão de literatura objetiva demonstrar o que foi escrito sobre o tema. Baseado nisso foram revisados livros, artigos científicos, dissertações e sites oficiais.

6 CONCLUSÃO

O tratamento conservador consiste em uma posposta terapêutica, visando retardar o ritmo de progressão da doença que inclui terapia nutricional, controle da hipertensão arterial e profilaxia das complicações da uremia preparando o paciente para o tratamento dialítico.

O tratamento das doenças renais provoca várias mudanças na vida social e emocional, trazendo limitações em sua qualidade de vida, como restrição hídrica rigorosa, ganho de peso excessivo devido à formação de edema por retenção de sódio e água, as adaptações dietéticas, a inapetência.

REFERÊNCIAS

ANTONIAZZI, Ana L. et al. Cefaléia relacionada á hemodiálise: análise dos possíveis fatores desencadeantes e do tratamento empregado. **Arq. Neuro-psiquiatria**. v. 60, n. 3, p. 614-618, out, 2011.

ARREDONDO A.; RANGE R.; ICAZA E. de. Costo-efectividad de intervenciones para insuficiéncia renal crônica terminal. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.32, n.6, p.556-65, 1998.

BARBOSA, L. M. M; ANDRADE JUNIOR, M. P; BASTOS, K. A. **Preceptores de Qualidade de vida em Pacientes com Doença Renal Crônica em Hemodiálise**. Disponível em <<http://WWW.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 10 out. 2011.

BARROS, Elvino et al. Nefrolitíase. In:- -----, **Nefrologia: rotina diagnostica e tratamento**. 2. ed. São Paulo: Artes Medicam, 1999.

BITTENCOURT, Zélia Zilda Lourenço de Camargo. **Qualidade de vida e representação sociais de portadores de patologias crônicas: estudo de um grupo de renais crônicos transplantados**. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva- Faculdade de Ciências Médica da Universidade Estadual de campinas, 2003. Disponível em: <<http://WWW.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 10 out. 2011.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. **Vivência do doente renal crônico em hemodiálise: significados atribuídos pelos pacientes**. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Mental- Faculdade de Ciência Médicas da UNICAMP, Campinas-SP, 2002. Disponível em: <<http://WWW.scielo.br/scielo>>. Acesso em 10 out. 2011.

CESARINO, Claudia Bernardi; CASAGRANDE, Lisete Diniz Ribas. Paciente com insuficiéncia renal crônica em tratamento de hemodialítico: atividade educativa do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enferm**. V.6, no. 4, p.31-40, out, 1998.

DAUGIRDAS T. John; BLAKE G. Peter; ING S, Todd. **Manual de Diálise**. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e Científica, 2003.

DUARTE, Priscila Silveira; MIYAZAKI, Maria Cristina O. S; CICONELLI, Rosana Mesquita at al. **Rer. Assoc. Med. Bras**, v.49, n. 4, p. 375-3814, 2003.

DUARTE, Priscila Silveira; MIYAZAKI, Maria Cristina O. S; CICONELLI, Rosana Mesquita at al. **Rer. Assoc. Med. Bras**, v.49, n. 4, p. 375-3814, 2003. Disponível em;<<http://WWW.scielo.br/scielo>>. Acesso em out 2011.

FERMI, M. R. V. **Manual de diálise para enfermagem**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

GIL. A.C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. são Paulo: Atlas, 2008.

GUYTON, A. C. HALL, Oakley. **Tratado de Fisiologia Médica**. 10. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

HIGA, Karina et al. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. **Acta Paul. Enferm.** V.21, n. spec, p. 203-206, 2008.

KUHN, Gerusa Ozelame; FORTES, Vera Lucia Fortunato; PORTELLA, Marilena Rodrigues. Quando uma Máquina conduz a vida; Percepção de pacientes em tratamento hemodialítico. **Rev.Enferm. Atual**, n.45, p.14-17, 2008.

LEAL, V. O. JUNIOR, M.L.MAFRA, D. .Acidose Metabólica na Doença Renal Crônica:AbordagemNutricional. **RVR.nutr**.Campinas, v.21, n.1, p. 93-103, Jan./Fev., 2008.

LOPES, Gildete Barreto et al. Comparações de medidas de qualidade entre mulheres e homens em hemodiálise. **Rer. Assoc. Med. Bras**, v.53, n. 6, p. 506-509, 2007.

LOPES, Gildete Barreto et al. Comparações de medidas de qualidade de vida entre mulheres e homens em hemodiálise. **Rer. Assoc. Med. Bras**, v.53, n.6, p.506-509, 2007. Disponível em: <<http://WWW.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 13 out. 2011.

MARTINS, Marielza R. Ismael and Cesarinho,Claudia Bernardi Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev. Latino-Am. Enferm**, v.13, n.5, p.670-676, out. 2005.

MENDONÇA, Ana Elza Oliveira de **qualidade de medida pelo "WHOQOL-bref"**: estudo comparativo de pacientes em hemodiálise e pós transplante renal. 2006. 156f. Dissertação (Mestrado em - Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN, Natal, 2006.

MOURA, Alda Alice Gomes de; CARVALHO, Eduardo Freese de; SILVA, Neston Jose Carvalho da. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social.**Ciênc. saúde col.**,v.12,n.6.p.1661-1672, dez 2007.

RIELLA, M.C, **Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrolíticos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

ROMÃO JUNIOR, J. E. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. **J. Bras. Nefrol.** V. 26, n. 3, Supl. 1, Ago. 2004. Disponível em<WWW.sbn.org.br>. Acesso em: 13 out. 2011.

SALOMÃO FILHO, A.et al. Transplante Renal. In: PEREIRA, W. A. **Manual de Transplante de Órgãos e Tecidos**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

SANTOS, Antenor Bispo dos; BANDEIRA, Mariana Alves; CIOADO, Cristina Rodrigues Padula. Avaliação do grau de depressão em pacientes com insuficiência renal crônica submetida á hemodiálise. **Revista Nursing**, v.11, n.124. p. 411-418, 2008.

SANTOS, Paulo Roberto. Avaliação da função erétil e da qualidade de vida sexual em pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento dialítico no Hospital de Base de São José do Rio Preto- FAMERP. **J. Brás. Nefrol**, v. 30, n. 2, p. 132-136, 2008.

SANTOS, Paulo Roberto, Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. **Rev. Assoc. Med. Brás.** V.52, n. 5, p. 356-359, Out 2006.

SCHOR Nestor; AJZEN Horacio. **Nefrologia: Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar.** UNFESP/Escola Paulista de Medicina. 2. ed.. São Paulo: Manoele, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censos:** conheça o resultado do censo nos centros de diálise no Brasil/ jan. 2007. Disponível em: <WWW.sbn.org.br/censo/2008/censoSBN2008.pdf>. Acesso em: 11 out. 2011.

SOUZA, Fabiana Ferreira. **Avaliação da qualidade de vida do idoso em hemodiálise:** comparação de dois instrumentos genéricos. 2004. Mestrado (Dissertação em- Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2004.