FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA

TÍTULO DO TRABALHO

Por

NOME DO ESTUDANTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado

 à Faculdade de Ciências Médicas e da

Saúde de Juiz de Fora como requisito

parcial para obtenção do título de bacharel em nome do curso.

ARTIGO ORIGINAL

Juiz de Fora - MG

Mês, 20**XX**

**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA**

**NOME DO ESTUDANTE**

Apresenta o Trabalho de Conclusão de Curso: Título do Trabalho

**Banca Examinadora:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Profª. XX. XXXXXXXXXXXXX**

**- Orientador(a) -**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Profª XX. XXXXXXXXXXXXXXXXX**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Prof. XX XXXXXXXXXXXXXXX**

Mês, 20**XX**

**AGRADECIMENTOS**

Xxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx x xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx.

**DEDICATÓRIA**

Xxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxx x xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx.

Ferreira AP, Rocha TC, Ramos PS, Ricardo DR (20 Mês, 20XX). Título do Trabalho (Trabalho de Conclusão de Curso). Juiz de Fora – MG.

Orientador(a): Prof.XX. XXXXXXXX

**RESUMO**

**Introdução.** A auriculoterapia é um tratamento baseado na Medicina Tradicional Chinesa, para normalização e equilíbrio do organismo através de estimulação da orelha. **Objetivos.** Avaliar a modulação do sistema nervoso autônomo e as repercussões fisiológicas decorrentes à uma sessão aguda de auriculoterapia. **Métodos.** Trata-se de um estudo de natureza *quase* - experimental, do tipo ensaio clínico controlado, que avaliou as respostas cardiovasculares com o T4s e VFC antes e imediatamente após uma sessão de auriculoterapia, em 10 indivíduos adultos jovens normotensos do sexo masculino, com amplitude de idade entre 18 e 24 anos. **Resultados.** Não houve diferenças significativas em relação as variáveis relacionadas ao controle autonômico cardíaco representadas pela VFC nos domínios do tempo e frequência antes e após a auriculoterapia (p>0,05). A FC mensurada antes e após a avaliação, também não apresentou diferenças significativas entre os dois momentos (p>0,05). Houve redução significativa da PAS após aplicação da auriculoterapia de forma aguda nos voluntários (p=0,03). **Conclusão.** Mediante o exposto, nossos achados sugerem uma possível contribuição da técnica na redução da PAS, demonstrando também que houve um comportamento de redução da FC, sendo importante verificar um maior tempo de estimulação dos pontos auriculares, para analisar o seu efeito sobre os ramos simpáticos e parassimpáticos. Portanto, são necessários mais estudos para determinar a contribuição da auriculoterapia para tratamentos cardiovasculares.

**Palavras-Chave:** auriculoterapia; variabilidade da frequência cardíaca; teste de 4 segundos.

Ferreira AP, Rocha TC, Ramos PS, Ricardo DR (20 Mês, 20XX). Title. Juiz de Fora - MG.

Advisor: Prof.XX. XXXXXXXX

**ABSTRACT**

**Introduction.** Auriculotherapy is a treatment based on Traditional Chinese Medicine, for normalization and balance of the organism through stimulation of the ear. **Goals.** To evaluate the modulation of the autonomic nervous system and the physiological repercussions due to an acute auriculotherapy session. **Methods.** This is a quasi-experimental, controlled clinical trial, which evaluated cardiovascular responses with T4s and HRVs before and immediately after a auriculotherapy session in ten normotensive young adult male subjects with a range of age between 18 and 24 years. **Results.** There were no significant differences in the variables related to cardiac autonomic control represented by HRV in the domains of time and frequency before and after auriculotherapy (p> 0.05). The HR measured before and after the evaluation did not show significant differences between the two moments (p> 0.05). There was a significant reduction of SBP after acute auriculotherapy of volunteers (p = 0.03). **Conclusion.** Therefore, our findings suggest a possible contribution of the technique in the reduction of SBP, also demonstrating that there was a behavior of reduction of the HR, being important to verify a longer time of stimulation of the auricular points, to analyze its effect on the sympathetic branches and parasympathetic. Therefore, further studies are needed to determine the contribution of auriculotherapy to cardiovascular treatments.

***Keywords:*** auriculotherapy; heart rate variability; 4-second test.

**SUMÁRIO**

**Página**

|  |  |
| --- | --- |
| AGRADECIMENTOS  | iii |
| DEDICATÓRIA  | v |
| RESUMO  | vi |
| ABSTRACT  | vii |
| SUMÁRIO  | viii |
| LISTA DE TABELAS  | ix |
| LISTA DE FIGURAS  | x |

CAPÍTULO

1. INTRODUÇÃO 1

2. MÉTODOS 3

3. RESULTADOS 5

4. DISCUSSÃO 9

5. CONCLUSÃO 15

6. REFERÊNCIAS 16

ANEXOS 19

**LISTA DE TABELAS**

**Página**

1. Características sociodemográficas de 79 pacientes com diagnóstico de doença renal crônica, submetidas à hemodiálise em uma clínica da cidade de Juiz de Fora – MG................................................................................................................................5

2. Características clínicas, fatores de risco para doença renal crônica e percepção de sintomas durante o processo de hemodiálise...............................................................6

3. Escores das oito dimensões de QV (SF- 36) ............................................................7

**LISTA DE FIGURAS**

**Página**

1. Correlação entre Capacidade Funcional *versus* Idade ..................................7

2. Correlação entre Capacidade Funcional *versus* Saúde Mental.................................8

3. Correlação entre Aspectos Sociais *versus* Saúde Mental.........................................8

**1. INTRODUÇÃO**

A doença renal crônica (DRC) apresenta elevada taxa de morbidade e mortalidade, emergindo como um sério problema de saúde pública em todo o mundo. No Brasil, a prevalência de pacientes mantidos em programa dialítico vem aumentando consideravelmente nos últimos anos, em decorrência do número de transplantes renais não acompanhar esse crescimento. Estatísticas apontam uma prevalência global de pacientes em terapia renal substitutiva em torno de 518/1.000.000 de habitantes, sendo que aproximadamente 90% dos pacientes que se encontram em programa dialítico no Brasil estão em hemodiálise (HD) 1.

Dentre as modalidades que substituem os rins diante da falência renal progressiva e irreversível, destacam-se a diálise peritoneal ambulatorial contínua, diálise peritoneal automatizada, transplante renal e hemodiálise. Destaca-se que estas terapias são escolhidas de modo individualizado considerando o estágio da doença. No tocante à HD, busca-se a longo prazo reduzir as complicações da DRC evitando a morte por hipervolemia ou hiperpotassemia e revertendo os sintomas urêmicos2.

Todavia, esta tecnologia por si só não é capaz de oferecer aos pacientes a desejada qualidade de vida (QV), contribuindo apenas com o aumento da sobrevida. Desde o início do tratamento hemodialítico, o paciente apresenta diversos sintomas com diferentes graus de limitações biopsicossociais3.

Quando um paciente é submetido ao tratamento hemodialítico várias limitações e alterações de cunho biopsicossocial surgem, repercutindo de modo desfavorável em sua QV, “conceituada como a percepção da pessoa quanto à sua posição na vida, no contexto cultural e sistemas de valores nos quais ela vive, assim como quanto aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”2.

Alguns estudos comparam homens e mulheres submetidos a tratamento hemodialitico mostrando que as mulheres têm sua QV mais afetada, pois a dimensão física é consideravelmente atingida podendo afetar ainda a dimensão psíquica devido ao descontrole hormonal o qual pode acarretar um quadro depressivo, além da perda do papel familiar acompanhada por medo e desequilíbrio emocional, atingindo fortemente a autoestima dessas pacientes4-5.

Por todos estes apontamentos, ressalta-se a importância do cuidado de enfermagem sistematizado. Ao atuar de modo mais constante e mais próximo da mulher em HD, o enfermeiro deve buscar conhecer os fatores que interferem em sua qualidade de vida planejando a assistência com vistas a contribuir para o aumento desta. Ao acompanhar a trajetória e evolução da paciente com DRC, o profissional pode motivá-la a usufruir a melhor maneira possível de sua QV dentro do quadro clinico que lhe é característico3.

Assim, tornaram-se objetivos deste estudo investigar a qualidade de vida de mulheres submetidas à hemodiálise a partir do questionário SF-36; Analisar os elementos que influenciam a qualidade de vida de mulheres em hemodiálise e; Discutir a atuação do enfermeiro para promoção de maior qualidade de vida às pacientes nesta modalidade de terapia renal substitutiva.

**2. MÉTODOS**

Pesquisa quantitativa do tipo transversal, de caráter descritivo e exploratório. A amostra do tipo não probabilística por conveniência se constituiu de 79 mulheres submetidas à hemodiálise em clínica para tratamento da DRC localizada no município de Juiz de Fora-MG.

Os critérios de inclusão consistiram em mulheres com idade acima de 18 anos e que utilizavam apenas a hemodiálise como terapia renal substitutiva há pelo menos seis meses. Excluíram-se mulheres portadoras de transtorno mental, com dificuldades de verbalização e que apresentaram intercorrências clínicas durante a sessão de HD.

Ressalta-se que a amostra foi estimada em 96 mulheres e que a perda amostral se deveu ao quadro clínico das pacientes e negativa de participação no estudo.

A técnica de coleta de dados foi a entrevista apoiada por dois instrumentos, sendo um formulário contendo perguntas abordando aspectos sociais e clínicos com o objetivo de caracterizar a amostra e traçar um perfil das pacientes; o formulário *36-Item Short Form Health Survey* (SF-36)9, na versão brasileira, que avalia a QV do indivíduo e consiste de oito domínios, a saber: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Os escores dos itens desse questionário variam entre 0 e 100; os valores menores correspondem à qualidade de vida relacionada à saúde menos favorável, enquanto que os escores mais elevados refletem QV melhor.

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro e fevereiro de 2016. Inicialmente, a pesquisadora se dirigiu à clínica nos turnos de realização da terapia renal em questão e convidou as mulheres para participarem da pesquisa durante as sessões de HD, por entender que neste período de quatro horas as pacientes estão ociosas, oportunizando o aproveitamento do tempo para a entrevista, a qual ocorreu após o aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As variáveis de interesse se concentraram em aspectos sociodemográficos (idade, raça/cor, estado civil, escolaridade, renda familiar e atividades trabalhistas) clínicos (fatores de risco para DRC, tipo de acesso vascular para HD e sintomas durante a HD) e relativos aos domínios de qualidade de vida (Capacidade Funcional, Limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e saúde mental).

Inicialmente foi testada a normalidade dos dados pelo teste de kolmogorov - Smirnov. As correlações entre idade e demais escores de qualidade de vida foram avaliadas pelo teste de Spearman. As análises descritivas dos dados foram apresentadas por média e desvio padrão da média e as variáveis categóricas, como frequência absoluta e relativa. Foi aceito como nível de significância p<0,05 e intervalo de confiança de 95%. Foi utilizado o software estatístico GraphPad (versão 5.01, GraphPad, La Jolla CA) para o tratamento dos dados.

Nesta pesquisa, foram observadas as disposições existentes na Resolução 466/2012 e respeitados individual e coletivamente as questões relacionadas à “bioética, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade”, com vistas a garantir os deveres e direitos das depoentes deste estudo, bem como da “comunidade científica e do Estado”. As participantes serão previamente informados sobre a pesquisa e seu objetivo, sendo garantido o anonimato, privacidade e sigilo das informações observadas ou reveladas de forma a resguardar e preservar os direitos das mesmas.

**3. RESULTADOS**

As 79 voluntárias do presente estudo apresentavam uma média de idade de 56,8 ± 15 (amplitude de 25 a 84), com tempo médio de exposição à doença em 7 ± 5,8 anos (média ± desvio padrão). Os dados referentes às variáveis sociodemográficas e clínicas são apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas de 79 pacientes com diagnóstico de doença renal crônica, submetidas à hemodiálise em uma clínica da cidade de Juiz de Fora – MG.

|  |  |
| --- | --- |
| **Variáveis** | **n=79 / (%)** |
|   |   |   |
|  Raça |   |   |
|   | Branca  | 25 / 31,6% |
|   | Negra | 28 / 35,4 % |
|   | Parda | 26 / 32,9 % |
| Estado Civil |   |   |
|   | Casado  | 32 / 40,5 % |
|   | Solteiro | 12 / 15,1 %  |
|   | Viúvo | 27 / 34,1%  |
|   | Divorciado  | 6 / 7,5 % |
|   | União estável | 2 / 2,5% |
| Escolaridade |   |   |
|   | Analfabeto | 5 / 6,3% |
|   | Ensino fundamental | 56 / 70,8% |
|   | Ensino médio | 16 / 20,2 % |
|   | Ensino superior | 2 / 2,5 % |
|   | Pós – graduação | 0 |
| Renda Familiar  |   |   |
|   | 1-2 SM | 59 / 74,6 % |
|   | 3-4 SM | 20 / 2,5% |
|   | > 5 SM | 0 |
| Ocupação |   |   |
|   | Pensionista | 2 / 2,5% |
|   | Afastada | 10 / 12,7% |
|   | Aposentada | 67 / 84,8 %  |

 *Legenda: SM (salário mínimo)*

Em relação aos fatores de risco para a DRC, evidenciaram-se predominantes a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, com respectivamente 82,2% e 31,6%. Durante as sessões de HD os sintomas mais comuns foram hipotensão e câimbras musculares, com 56,9% e 50,6%. O tipo predominante de acesso vascular para hemodiálise foi a fístula arteriovenosa 69,6% seguido de cateter central de duplo lúmen para HD 30,3%. Estas variáveis clínicas estão expressas na Tabela 2.

**Tabela 2.** Características clínicas, fatores de risco para doença renal crônica e percepção de sintomas durante o processo de hemodiálise

|  |  |
| --- | --- |
|  **Variáveis Clínicas** | **n=79 / (%)** |
| Fatores de risco para DRC |   |   |
|   | Hipertensão Arterial Sistêmica | 65 / 82,2 % |
|   | Doença Cardiovascular | 1 / 1,2%  |
|   | Diabetes Mellitus | 25/ 31,6 %  |
|   | Pielonefrite Crônica | 4 / 5% |
|   | Glomerulonefrite | 8 / 10,1 % |
|   | Infecção do Trato Urinário | 1 / 1,2 % |
|   | Litíase Renal | 2 / 2,5 % |
|   | Nefrite Lúpica | 2 / 2,5 % |
|   | Tabagismo | 18 / 22,7% |
|   | Obesidade | 12 / 15,1 % |
|   | Etilismo | 6 / 7,5 % |
| Acesso vascular  |   |   |
|   | Fístula arteriovenosa | 55 / 69,6 % |
|   | Cateter | 24 / 30,3 % |
| Sintomas durante hemodiálise |   |   |
|   | Dor | 1 / 1,2 % |
|   | Câimbra  | 40 / 50,6 % |
|   | Parestesia | 0 |
|   | Dor articular | 4 / 5 % |
|   | Hipotensão | 45 / 56,9 % |
|   | Outros | 26 / 32,9 % |
|   |   |   |

 *Legenda: DRC (doença renal crônica)*

Relativo aos escores médios das oito dimensões do questionário SF-36, os resultados estão apresentados na Tabela 3. Nesse contexto, percebe-se que as dimensões Aspectos Sociais e Saúde Mental tiveram as médias mais altas e as dimensões Aspectos Físicos e Estado Geral de Saúde tiveram as mais baixas.

**Tabela 3.** Escores das oito dimensões de QV (SF- 36).

|  |  |
| --- | --- |
| **Dimensões e componentes do SF – 36** | **Média ± DP** |
| Capacidade Funcional |   | 61 ± 28,5  |
| Aspectos Físicos  |   |   | 48 ± 44,8 |
| Dor |   |   |   | 66 ± 30,3 |
| Estado Geral de Saúde |   | 59 ± 13,4  |
| Vitalidade |   |   | 78 ± 20,4  |
| Aspectos Sociais |   |   | 89 ± 18,6  |
| Limitação por Aspectos Emocionais | 65 ± 46,6 |
| Saúde Mental |   |   | 82 ± 19,8  |

 *Legenda: DP (desvio padrão)*

Houve correlação moderada entre as variáveis Capacidade Funcional *versus* Idade (r= 0.54), Capacidade Funcional *versus* Saúde Mental (r = 0.50) e Aspectos Sociais *versus* Saúde Mental (r= 0,65), conforme dados obtidos nas Figuras 1, 2 e 3 respectivamente.

****

**Figura 1.** Correlação entre Capacidade Funcional *versus* Idade

****

**Figura 2.** Correlação entre Capacidade Funcional *versus* Saúde Mental.



**Figura 3.** Correlação entre Aspectos Sociais *versus* Saúde Mental.

**4. DISCUSSÃO**

Verificou-se que a média de idade das participantes foi de 57 anos e o tempo de hemodiálise foi compreendido entre 4 meses e 28 anos, sendo que 87,3% realizavam o tratamento há mais de um ano. Em relação à situação conjugal prevaleceram mulheres casadas, dado consoante à literatura, a qual identifica que a QV é diferentemente afetada quando se tem um relacionamento familiar positivo, ocorrendo assim uma melhor aceitação da doença e maior adesão ao tratamento. Leva-se ainda em consideração que através desse convívio familiar as condições físicas e mentais são menos prejudicadas2,10,12.

Relativo à renda familiar, 59 entrevistadas mencionaram receber entre um e dois salários mínimos, o que pode interferir de forma negativa na QV dessas pacientes no que se refere às despesas para o acesso ao tratamento, medicações, e principalmente a nutrição balanceada. Aliado a estes fatores, o estudo mostrou que 100% das mulheres não exercem nenhuma atividade trabalhista e 84,8% estão aposentadas devido à doença. Aponta-se que mais de 50% das pacientes que estão em tratamento hemodialítico não retomam as atividades laborais pela condição física prejudicada2.

Outra variável sociodemográfica analisada foi o nível de escolaridade com predominância do ensino fundamental (70,8%). Este dado se repete em outros estudos, sendo uma informação útil para a comunicação profissional-paciente. Deste modo, o enfermeiro e demais membros da equipe de saúde devem conduzir o diálogo de forma clara e de fácil entendimento, notadamente no momento em que são oferecidas orientações às pacientes motivando-as ao autocuidado para que não haja negligência durante o tratamento10, 13.

Quanto às variáveis clínicas, destaca-se o predomínio da Hipertensão Arterial Sistêmica (82,2%) seguida pela Diabetes Mellitus (31,6%) como fatores de risco predominantes para DRC. Outros resultados de pesquisa confirmam este achado e apontam que por serem patologias crônicas e que provocam danos renais em longo prazo, são consideradas as principais causas de insuficiência renal crônica2,10.

Verificou-se ainda o hábito do tabagismo em 18 mulheres, o qual se configura como problema colaborativo importante para o agravo da saúde. Sabe-se que a inalação da fumaça do tabaco contém inúmeras partículas e gases nefrotóxicos, provoca alterações hemodinâmicas, aumento da pressão arterial e prejuízo da taxa de filtração glomerular, contribuindo para a progressão da doença renal. Neste sentido, não há dúvidas quanto a necessidade de combater o hábito de fumar por meio da educação em saúde14.

Em paralelo, a obesidade foi um fator de risco presente em 12 mulheres. Por tratar-se de uma doença que provoca sobrecarga metabólica iniciando ou agravando diversos eventos como hipertensão arterial e diabetes, merece especial consideração do enfermeiro na perspectiva de orientar a redução do peso por meio da adoção de hábitos alimentares saudáveis15, 23, 24.

Relativo aos sintomas durante as sessões de hemodiálise encontrou-se que a hipotensão e a câimbra estiveram presentes em mais de 50% das participantes do estudo, resultado semelhante a outros estudos, em que tais complicações foram predominantes nas sessões de hemodiálise. A hipotensão está relacionada à alta taxa de ultrafiltração, hiponatremia, redução da força e frequência cardíacas e consequentemente uma queda brusca da pressão arterial. Esta pode levar ao aparecimento das câimbras musculares, predominantes nos membros inferiores e mais frequentes em pacientes com baixo peso, deficiência eletrolítica e quadro de desnutrição16, 17.

A hipotensão e a câimbra muscular podem ser minimizadas através do controle hídrico, uma vez que o excesso de liquido ingerido entra uma sessão e outra de HD agrava tais complicações potenciais. Neste plano, uma das principais ações do enfermeiro é a orientação para o autocuidado (AC) que favorecerá o bem-estar durante a terapia e o aumento da qualidade de vida das pacientes 18.

A fistula arteriovenosa (FAV) e o cateter central de duplo lúmen foram os acessos vasculares analisados no presente estudo, sendo que a FAV teve maior prevalência do que o cateter central duplo-lúmen (CDL). As diretrizes da National Foundation Dialysis Outcome Quality Initiative (NKF-DOQI) indicam a FAV como principal meio de acesso vascular para pacientes em HD20.

A FAV foi representada na amostra por 69,6% das pacientes, tal acesso vascular tem prioridade por ter uma maior longevidade, por possuir menores riscos de infecção e manutenção, existindo também os riscos de sobrecarga no fluxo sanguíneo e consequentemente sobrecarga cardíaca, isquemia e edema periférico, além se ser um procedimento doloroso no momento da punção. O enfermeiro como líder da equipe e por possuir uma visão holística do cuidado, deverá estabelecer um plano de cuidado individual e singular, tornando as sessões de HD menos obscuras, principalmente no momento de punção e retirada da agulha, preservando o acesso e evitando possíveis complicações21-22.

Entretanto, o CDL foi representando por um número considerável de pacientes (30,3%). Este tipo de acesso tem entre suas diversas características, a possibilidade do uso imediato, o que se comparado à FAV agiliza o início da terapia substitutiva renal, sobretudo em situações de emergência ou que a paciente não tenha outras vias de acesso disponível. O tempo de permanência dos CDL é em média de 18 meses, cabendo ressaltar acerca de suas frequentes complicações, como o alto índice de infecção e trombose, presentes em 40 a 50% das pacientes20.

Quanto às dimensões que evidenciam a qualidade de vida das 79 mulheres em hemodiálise neste estudo, observa-se que os Aspectos Sociais e a Saúde Mental obtiveram maior escore, enquanto que Aspectos Físicos e Estado Geral de Saúde foram as dimensões mais afetadas.

Em relação aos aspectos sociais que tem como finalidade avaliar o envolvimento da paciente com o meio social, com a família, vizinhos, amigos e também em coletividades, foi encontrado um escore positivo (89,0 ± 18,6) evidenciando que existe satisfação quanto à realização de atividades sociais. O domínio saúde mental, o qual avalia a felicidade, a presença de alterações de comportamentos e a existência de depressão e/ou nervosismo foi representado por um valor positivo (82 ± 19,8), diferentemente da literatura, que evidencia prejuízos neste domínio por surgirem sentimento de tristeza, raiva e agressividade quanto a aceitação do tratamento10, 27-28.

Destaca-se que neste estudo, as dimensões Aspectos Sociais e Saúde Mental correlacionaram-se positivamente, permitindo inferir acerca da importância das mulheres em HD manterem suas atividades sociais para alcançarem melhores escores de saúde mental. Melhores índices de QV relacionada aos aspectos sociais e especialmente ao suporte social se torna fator relevante para a prevenção de transtornos mentais como a depressão em portadores de IRC, tanto na fase pré dialítica como dialítica31.

Quanto aos domínios que apresentaram os menores escores, temos limitações por aspectos físicos (48 ± 44,8), o qual avalia o desempenho trabalhista e atividades diárias, analisando a saúde física das pacientes como um todo, indicando prejuízo na QV. Já os resultados do domínio estado geral de saúde (59 ± 13,4) vão ao encontro da perspectiva das pacientes renais crônicas possuírem a saúde fragilizada. Diferentemente destes achados, encontrou-se maior prejuízo da QV nos domínios aspectos emocionais, limitações por aspectos físicos e dor10, 25-26, 28.

Foi possível evidenciar correlação moderada positiva entre as variáveis Capacidade Funcional *versus* idade (r= 0.54), inferindo-se acerca dos benefícios que o tratamento de hemodiálise proporciona a longo prazo. Ainda que a dimensão capacidade funcional tenha se expressado com menores escores como na maioria dos estudos realizados 10, 25, 30, no presente, evidencia que de algum modo as participantes conseguiram manter as atividades da vida diária ao longo dos anos da terapia renal substitutiva.

Outra correlação positiva foi concernente à Capacidade Funcional e Saúde Mental, mostrando que quanto maior a capacidade funcional da mulher - que se expressa por atividades que a paciente poderia fazer em um dia comum, porém devido ao quadro de sua saúde surgem dificuldades em realizar - maior a Saúde Mental.

Considerando-se que saúde engloba a ausência de doença, bem-estar físico, social e mental, estudos comprovam que pacientes submetidos a HD que praticam exercícios físicos, tem melhora significativa da capacidade funcional e mental sendo este conjunto favorável para uma boa QV. Cabe ao enfermeiro junto à equipe de saúde atuar de maneira individual, analisando a capacidade funcional das pacientes e proporcionando um envelhecimento saudável. Isto se torna mais favorável em nível da Estratégia de Saúde da Família (ESF) pela proximidade e vínculo profissional-paciente 29-30.

Neste contexto, tem-se a Atenção Primária à Saúde como a principal porta de entrada para o cuidado longitudinal, em que as mulheres que realizam HD devem estar inseridas e prioritariamente sendo acompanhadas pela equipe de saúde e de enfermagem de modo acolhedor e resolutivo. Destaca-se ainda o atendimento ao princípio da integralidade por meio da continuidade do cuidado, referência e contra referência independente do nível de complexidade e atenção em saúde, o que possibilita ao enfermeiro da ESF e de clínicas de hemodiálise elaborar um plano de cuidado mais preciso e eficaz32.

Além disso, ressalta-se a educação em saúde como ferramenta do cuidado de enfermagem através de grupos de apoio às pacientes renais crônicas, como por exemplo, grupos de hipertensos e diabéticos. Nestes grupos, o enfermeiro deve proporcionar orientações quanto à alimentação, ingesta hídrica, realização de atividades físicas e esclarecimento de dúvidas, como também incentivar as pacientes a continuarem com o tratamento hemodialítico, deixando claro a sua real importância, interferindo assim no aumento da QV33.

**5. CONCLUSÃO**

Ao investigar a qualidade de vida de mulheres submetidas à hemodiálise a partir do questionário SF-36, encontraram-se como domínios mais afetados os aspectos físicos e estado geral de saúde, fatores limitantes das atividades cotidianas. Por outro lado, os domínios aspectos sociais e saúde mental foram os menos afetados.

Torna-se imprescindível as orientações dos enfermeiros às pacientes em HD, especialmente as que contribuem para o bem-estar físico, emocional e espiritual, promovendo transformações condizentes com a realidade a fim de prevenir o comprometimento de atividades e atuando para manutenção e melhoria da QV.

Reconhece-se algumas limitações em nosso estudo como a realização da pesquisa em cenário único e o número amostral, porém, sabe-se que estes achados são úteis para futuras investigações.

**REFERÊNCIAS**

1. Peres LAB, Biela R, Herrmann M, Matsuo T, Ann HK, Camargo MTA, et al. Estudo epidemiológico da doença renal crônica terminal no oeste do Paraná. Uma experiência de 878 casos atendidos em 25 anos. J Bras Nefrol 2010;32(1):51-6.
2. Frazão CMFQ, Ramos VP, Lira ALBC. Qualidade de vida de pacientes submetidos a hemodiálise. Rev enferm 2011;19(4):577-82.
3. Santos I, Rocha RPF, Berardinelli LMM. Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise. Rev Bras Enferm 2011;64(2):335-42.
4. Lopes GB, Martins MTS, Matos CM, Amorim JL, Leite EB, Miranda EA, et al. Comparações de medidas de qualidade de vida entre mulheres e homens em hemodiálise. Rev Assoc Med Bras 2007;53(6):506-9.
5. Frazão CMFQ, Bezerra CMB, Paiva MGMN, Lira ALBC. Alterações no modo autoconceito de mulheres submetidas à hemodiálise: um estudo descritivo. Online Braz J Nurs 2014;13(2):219-26.
6. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo de diálise. Brasília: SBN; 2013. Available from: URL: <http://arquivos.sbn.org.br/pdf/censo_2013_publico_leigo.pdf>. Accessed Mai 04, 2016.

Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. Comunicação Saúde Educação 2010;14(34):593-605.

Hemodialise & CAPD Nefroclin. Unidade de Terapia Renal Substitutiva. São Paulo: CAPD Nefroclin, 2015. Available from: URL: <http://www.nefroclin.srv.br/>. Accessed Mai 04, 2016.

McHorney CA, Ware JE, Raczek AE. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. Med Care 1993;31(3):247-63.

1. Magalhães ACL, Coelho GD, Azevedo MA, Lazzari DD, Jung W. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica: da hemodiálise ao transplante renal. Rev enferm UFPE 2013;7(9):5442-52.
2. Grasselli CSM, Chaves ECL, Simão TP, Botelho PB, Silva RR. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise. Rev Bras Clin Med 2012;10(6):503-7.
3. Takemoto AY, Okubo P, Bedendo J, Carreira L. Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. Rev Gaúcha Enferm 2011;32(2):256-62.
4. Madeiro AC, Machado PDLC, Bonfim IM, Braqueais AR, Lima FET. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. Acta Paul Enferm 2010;23(4):546-51.
5. Elihimas Júnior UF, Elihimas HCS, Lemos VM, Leão MA, Sá MPBO, França EET, et al. Tabagismo como fator de risco para a doença renal crônica: revisão sistemática. J Bras Nefrol 2014;36(4):519-28.
6. Guedes AM, Cabrita A, Pinho AT, Silva AP, Lopes A, Santos V, et al. O risco renal da obesidade. Acta Med Port 2010;23(5):853-8.
7. Nascimento CD, Marques IR. Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura. Rev Bras Enferm 2005;58(6):719-22.
8. Terra FS, Costa AMDD, Figueiredo ET, Morais AM, Costa MD, Costa RD. As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise. Rev Bras Clin Med 2010;8(3):187-92.
9. Santos I, Rocha RPF, Berardinelli LMM. Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise. Rev Bras Enferm 2011;64(2):335-42.
10. Bastos MG, Bregman R, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. Rev Assoc Med Bras 2010;56(2):248-53.
11. Leite DS, Camargo NLB, Cordeiro FB, Schuinski AFM, Baroni G. Repercussões vasculares do uso de CDL em pacientes hemodialíticos: análise ecográfica dos sítios de inserção. J Bras Nefrol 2014;36(3):320-4.
12. Furtado AM, Lima FET. Autocuidado dos pacientes portadores de insuficiência renal crônica com a fístula artério-venosa. Rev Gaúcha Enferm 2006;27(4):532-8.
13. Moreira AGM, Araújo STC, Torchi TS. Preservação da fístula arteriovenosa: ações conjuntas entre enfermagem e cliente. Esc Anna Nery 2013;17(2):256-62.
14. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Available from: URL: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf>. Accessed Mai 04, 2016.
15. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Available from: URL: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf>. Accessed Mai 04, 2016.
16. Mortari DM, Menta M, Scapini KB, Rockembach CWF, Duarte A, Leguisamo CP. Qualidade de vida de indivíduos com doença renal crônica terminal submetidos à hemodiálise. Sci Med 2010;20(2):156-60.
17. Santos PR. Correlação entre marcadores laboratoriais e nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. J Bras Nefrol 2005;27(2):70-5.
18. Santos ACB, Machado MC, Pereira LR, Abreu JLP, Lyra MB. Associação entre qualidade de vida e estado nutricional em pacientes renais crônicos em hemodiálise. J Bras Nefrol 2013;35(4):279-88.
19. Cunha MS, Andrade V, Guedes CAV, Meneghetti CHZ, Aguiar AP, Cardoso AL. Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida em pacientes renais crônicos submetidos a tratamento hemodialítico. Fisioter Pesq 2009;16(2):155-60.
20. Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. Ciência & Saúde Coletiva 2014;19(8):3317-25.
21. Lara CR, Santos FAOG, Silva TJ, Camelier FWR. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos submetidos à fisioterapia na hemodiálise. Revista Ciência & Saúde 2013;6(3):163-71.
22. Almeida AM. Revisão: A importância da saúde mental na qualidade de vida e sobrevida do portador de insuficiência renal crônica. J Bras Nefrol 2003;25(4):209-14.
23. Silva FVF, Silva LF, Guedes MVC, Moreira TMM, Rabelo ACS, Ponte KMA. Cuidado de enfermagem a pessoas com hipertensão fundamentado na teoria de Parse. Esc Anna Nery 2013;17(1):111-9.
24. Protasio APL, Silva PB, Lima EC, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo profissionais da atenção básica no contexto do 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. Saúde Debate 2014;38(esp):209-20.

**ANEXOS**

**Obs.: Inserir parecer do Comitê de Ética em Pesquisa caso se aplique.**