

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA

Curso de Medicina

Lídia Rodrigues Feitosa
Ana Gabriela Brandão Silva
Gabriela Silvestre Costa Silva
Luana Nunes Prudente
Vitória Silva Margon

**O IMPACTO DO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO NA QUALIDADE DE VIDA
DOS PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS**

Anápolis, Goiás
2024

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA
Curso de Medicina

**O IMPACTO DO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO NA QUALIDADE DE VIDA
DOS PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS**

Trabalho de Curso apresentado
à Iniciação Científica do curso
de Medicina da Universidade
Evangélica de Goiás-
UniEVANGÉLICA , sob a
orientação do Prof. Dr. Leandro
Nascimento Silva de Rodrigues.

Anápolis, Goiás
2024

ANEXO V- CARTA DE ENCAMINHAMENTO

UniEVANGÉLICA
UNIVERSIDADE EVANGÉLICA DE GOIÁS

ENTREGA DA VERSÃO FINAL
DO TRABALHO DE CURSO
PARECER FAVORÁVEL DO ORIENTADOR

À

Coordenação de Iniciação Científica

Faculdade da Medicina – UniEvangélica

Eu, Prof(ª) Orientador Leandro M. A. Rodrigues venho,
respeitosamente, informar a essa Coordenação, que os(as) acadêmicos(as)

_____, estão com a versão final
do trabalho intitulado _____ pronta para ser entregue a esta
coordenação.

Declaro-se ciência quanto a publicação do referido trabalho, no Repositório Institucional da
UniEVANGÉLICA.

Observações:

Sem objeções; o trabalho está tudo certo;

Anápolis, ____ de _____ de _____.

Leandro M. A. Rodrigues
Professor(a) Orientador(a)

RESUMO

A hemodiálise consiste na remoção rápida e efetiva de solutos de pequeno peso molecular durante um tratamento de 4 horas, de modo que o tempo total de tratamento é de aproximadamente 12 horas semanais. Esse tratamento tem como objetivo primordial realizar a filtração artificial do sangue principalmente em pacientes com doença renal crônica. Essa patologia consiste em uma síndrome clínica secundária à alteração definitiva da função e/ou estrutura do rim em que apresenta múltiplas causas e vários fatores de risco. No entanto, esse tratamento hemodialítico muitas vezes apresenta complicações importantes, afetando a qualidade de vida dos pacientes que necessitam desse procedimento. Assim, objetiva-se com esse estudo avaliar a qualidade de vida dos pacientes que enfrentam esse tratamento, para que seja possível promover estratégias de prevenção e bem-estar desses pacientes. O trabalho configura-se como um estudo analítico observacional de caráter quantitativo, realizado com 55 pacientes em tratamento de hemodiálise em uma clínica de nefrologia em Goiânia-GO durante o segundo semestre de 2023. Foi realizada a aplicação de dois questionários, sendo um para avaliação do perfil socioeconômico dos pacientes (autoral) e o outro para analisar a qualidade de vida (questionário WHOQOL-bref adaptado). Acerca do resultado da pesquisa, a maioria foram homens, pardos, faixa etária 50 a 70 anos, estado civil casado, e renda mensal de menos de dois salários mínimos por mês. A principal comorbidade apresentada foi a hipertensão arterial, porém o diabetes também se mostrou relevante, ocupando a segunda posição. Dentre os principais sintomas apresentados durante ou após a sessão de hemodiálise, destacam-se as câibras e a hipotensão. Em relação à qualidade de vida, o que mais afeta de maneira negativa é o domínio psicológico. Dessa forma, a hemodiálise tem o potencial de interferir negativamente na qualidade de vida dos pacientes, destacando-se o domínio psicológico pelos sentimentos negativos e o domínio físico, pela dor física e capacidade de trabalho.

Palavras-chave: Doença Renal Crônica. Qualidade de vida. Hemodiálise.

ABSTRACT

Hemodialysis consists of the rapid and effective removal of small molecular weight solutes during a 4-hour treatment, so the total treatment time is approximately 12 hours per week. The primary objective of this treatment is to perform artificial blood filtration, mainly in patients with chronic kidney disease. This pathology consists of a clinical syndrome secondary to a definitive change in the function and/or structure of the kidney, which has multiple causes and several risk factors. However, this hemodialysis treatment often presents important complications, affecting the quality of life of patients who require this procedure. Therefore, the aim of this study is to evaluate the quality of life of patients facing this treatment, so that it is possible to promote prevention strategies and well-being for these patients. The work is configured as an observational analytical study of a quantitative nature, carried out with 55 patients undergoing hemodialysis treatment at a nephrology clinic in Goiânia-GO during the second half of 2023. Two questionnaires were applied, one for assessment of the socioeconomic profile of patients (authorial) and the other to analyze quality of life (adapted WHOQOL-bref questionnaire). Regarding the research results, the majority were men, mixed race, aged 50 to 70 years, married, marital status, and monthly income of less than two minimum wages per month. The main comorbidity presented was high blood pressure, but diabetes was also relevant, occupying the second position. Among the main symptoms presented during or after the hemodialysis session, cramps and hypotension stand out. In relation to quality of life, what most negatively affects is the psychological domain. Therefore, hemodialysis has the potential to negatively interfere with patients' quality of life, highlighting the psychological domain due to negative feelings and the physical domain due to physical pain and work capacity.

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

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	4
2.1 Anatomia e Fisiologia renal.....	4
2.2 Doença Renal Crônica/Insuficiência Renal	4
2.3 Tratamento	7
2.4 Hemodiálise.....	8
3. OBJETIVOS	3
3.1 Objetivo geral.....	3
3.2 Objetivos específicos.....	3
4. MÉTODOS.....	12
4.1 Tipo de estudo.....	12
4.2 Loca de estudo.....	12
4.3 População e amostra.....	12
4.4 Coleta de dados	12
4.5 Análise de dados	13
4.6 Aspectos éticos	13
5. RESULTADOS	14
6. DISCUSSÃO.....	22
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
APÊNDICE.....	
Apêndice 1: Questionário para avaliação dos pacientes.....	34
Apêndice 2: Questionário WHOQOL adaptado.....	36
ANEXOS.....	34
Anexo 1: Cartilha do bem-estar	41
OFÍCIO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	32

1. INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é uma síndrome clínica de caráter progressivo e evolução lenta, sendo secundária à alteração definitiva da função e/ou estrutura do rim. Essa patologia apresenta grande importância no ambiente médico pois uma vez instalada apresenta irreversibilidade das alterações estruturais e funcionais. Logo, o tratamento com hemodiálise proporciona ao paciente renal uma filtração artificial, eliminando o excesso de toxinas, sais e líquidos (AMMIRAT *et al.*, 2020).

A hemodiálise é um procedimento no qual uma máquina fornece a remoção rápida e efetiva de solutos de pequeno peso molecular, exercendo o papel de filtração do rim, durante um tratamento de 4 horas, de modo que o tempo total de tratamento é de aproximadamente 12 horas semanais (SCHRIER, 2018, p. 256).

De acordo com o Censo Brasileiro de Diálise de 2020, estima-se que o número total de 144.779 pacientes em tratamento de hemodiálise no país, com taxas de prevalência e incidência de pacientes por milhão da população sendo 684 e 209, respectivamente (NERBASS *et al.*, 2022).

Mundialmente, em torno de 89% dos pacientes que recebem hemodiálise, vivem em países de renda média alta, como Brasil e África do Sul. Além disso, esse estudo demonstra que a mortalidade é muito alta entre os pacientes em diálise, especialmente nos primeiros 3 meses após o início do tratamento de hemodiálise (HIMMELFARB *et al.*, 2020).

Esse procedimento é indicado para pacientes que apresentam insuficiência renal aguda ou crônica, em que estes não são responsivos ao tratamento medicamentoso para doenças renais. Em vista disso, o tratamento da hemodiálise tem como objetivo primordial substituir a função do rim saudável e, conseqüentemente, aliviar sintomas do paciente que apresenta insuficiência renal (AMMIRAT *et al.*, 2020).

Entretanto, apesar do alívio dos sintomas do paciente renal crônico, o procedimento pelo qual tal população se submete a fim de uma filtração extracorpórea também pode ser associado ao decréscimo de qualidade de vida (QV), definida como a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar (GORDIA *et al.*, 2011).

De acordo com estudos brasileiros, predominantemente mulheres apresentam níveis mais baixos de QV, no curso das doenças crônicas. Ainda nesse estudo, é apontado a função emocional e os efeitos da doença na vida diária como os âmbitos mais afetados (NUNES; LOBO, 2012).

O tratamento hemodialítico apresenta complicações significativas que devem ser observadas com atenção para evitar problemas graves e afetar de modo negativo a qualidade de vida do paciente. Um estudo demonstrou que as principais complicações relatadas pelos pacientes durante o período hemodialítico foram: câimbras, hipotensão, calafrios, vômitos, cefaleia, tontura, hipertensão e arritmia (TINÔCO *et al.*, 2017). Por outra perspectiva, constatou-se que as principais complicações intradialíticas foram aquelas relacionadas ao sistema hemodinâmico: hipotensão e arritmias. Além disso, foi observado no o estudo a ocorrência de hipotermia, hipoglicemia, coagulação do sistema e falta de fluxo vascular (SILVA *et al.*, 2018).

A partir disso, questiona-se sobre a repercussão do tratamento hemodialítico na qualidade de vida dos pacientes renais crônicos. Diante dos fatores apresentados, justifica-se a relevância do presente estudo pelo percentual significativo de brasileiros renais crônicos em tratamento hemodialítico e pela gravidade das potenciais complicações deste procedimento, as quais apresentam difícil manejo e controle. Ademais, a falta de trabalhos científicos atuais que evidenciem o vigente cenário da Doença Renal Crônica e seus desdobramentos no país reitera a importância de maior enfoque e mais discussão a respeito dessa temática. O presente estudo avaliou pacientes renais crônicos em hemodiálise integralmente, o que evidencia a complexidade e originalidade da pesquisa. Portanto, considerando o exposto, o presente estudo tem como objetivo avaliar os aspectos da qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Anatomia e fisiologia renal

Os rins são órgãos que se encontram na cavidade retroperitoneal do corpo e localizam-se lateralmente à coluna vertebral, abaixo do diafragma e do fígado. Os rins apresentam três regiões principais: O córtex é a região mais externa, localizada abaixo da cápsula renal; A medula é a região central e está dividida em medula interna e externa e essa está dividida em zona externa e zona interna; A papila é a extremidade mais interna da medula interna e esvazia-se nos cálices menores e maiores, que são extensões do ureter. A urina produzida nos rins é drenada para os ureteres, sendo transportada para a bexiga para armazenamento e eliminação (FOX, 2007, p. 527) (COSTANZO, 2018, p.242).

A artéria renal entra no rim pelo hilo e então se divide para formar artérias interlobares, artérias arqueadas, artérias interlobulares (radiais) e arteríolas aferentes, que terminam nos capilares glomerulares, onde grandes quantidades de líquido e de solutos (exceto as proteínas plasmáticas) são filtradas para iniciar a formação da urina. Por meio de modificações da resistência das arteríolas aferente e eferente, os rins regulam a pressão hidrostática nos capilares glomerulares e peritubulares, alterando dessa forma, a intensidade da filtração glomerular e/ou a reabsorção tubular, em resposta às demandas homeostáticas do corpo, as quais incluem: Excreção de produtos indesejáveis do metabolismo e de substâncias químicas estranhas; Regulação do balanço de água e dos eletrólitos; Regulação da osmolalidade dos líquidos corporais e da concentração de eletrólitos; Regulação da pressão arterial; Regulação do balanço ácido básico; Secreção, metabolismo e excreção de hormônios; Gliconeogênese (GUYTON; HALL, 2021, p.320-321).

As unidades funcionais dos rins são os néfrons e cada rim contém aproximadamente 1 milhão de néfrons. Um néfron consiste em: túbulo contorcido proximal, túbulo reto proximal, alça de Henle, túbulo contorcido distal e ductos coletores e existem ainda dois tipos de néfrons: os corticais superficiais e os justamedulares, que se diferenciam pela localização de seus glomérulos. O glomérulo é uma rede capilar glomerular, envolvida pela cápsula de Bowman, onde o sangue é ultrafiltrado, consolidando assim, a primeira etapa na formação da urina. O restante do néfron é uma estrutura tubular revestida por células epiteliais, as quais atuam na reabsorção e na secreção (COSTANZO, 2018, p.242).

Quando o sangue passa pelos glomérulos, cerca de 20% sofre o processo de filtração glomerular sob pressão, formando o filtrado, o qual é reabsorvido em torno de 99% nas

diversas porções do néfron, resultando apenas em água e elementos do plasma, sem as proteínas. A maior parte do processo de reabsorção ocorre já no túbulo contorcido proximal. Aqui a glicose, por exemplo, é totalmente reabsorvida. As taxas com que as substâncias são excretadas na urina representam, em suma, a soma de três processos renais: filtração glomerular de substâncias presentes no sangue; reabsorção de substâncias dos túbulos renais para o sangue; e secreção de substâncias do sangue para os túbulos renais. Assim, taxa de excreção urinária = taxa de filtração – taxa de reabsorção + taxa de secreção (GUYTON; HALL, 2021, p.328) (MOURÃO; ABRAMOV, 2021, P.269).

2.2 Doença renal crônica/ insuficiência renal

A doença renal crônica (DRC) é uma síndrome clínica secundária à alteração definitiva da função e/ou estrutura do rim. Essa doença caracteriza-se por uma evolução lenta e progressiva, além de irreversibilidade das alterações estruturais e funcionais. Ademais, essa patologia apresenta grande importância no meio médico pois possui alto risco de complicações e mortalidade, principalmente as cardiovasculares.

É importante ressaltar que os pacientes com DRC também manifestam outras condições, por exemplo, inflamação crônica, doenças cardiovasculares, distúrbios metabólicos, desnutrição, anemia e por isso é observado maior incidência de fragilidade física e cognitiva nesses pacientes do que na população geral. No entanto, a progressão da DRC é entendida como a perda da função renal, independente da doença de base e de sua atividade (AMMIRAT *et al.*, 2020).

Em relação a pesquisa epidemiológica da doença, estudos mostram que a DRC é altamente prevalente, afetando cerca de 10% da população adulta. Além disso, é importante destacar que a prevalência de doença renal crônica aumenta com a idade (CURRY *et al.*, 2022).

Ademais, fatores de risco relacionados a comorbidades como dislipidemia, tabagismo e consumo de álcool vem sendo associados ao crescente aumento no número de casos. Quanto ao perfil de prevalência e incidência populacional mundial, tem-se que os maiores registros de DRC se originam de nações desenvolvidas, considerando que nos Estados Unidos, estima-se que 14,8% da população adulta apresenta DRC. Já na América Latina, dados apontam 167,8 pacientes por 1000 de pessoas (pmp) na população, enquanto especificamente no Brasil, tem-se 431 pmp. (AGUIAR *et al.*, 2020).

Existem diversas formas de pesquisar as funções renais, em que a função excretora apresenta maior importância clínica de diagnóstico. Isso posto, a função excretora renal pode ser medida pela Taxa de Filtração Glomerular (TFG), sendo que, um paciente adulto é portador de DRC quando este apresenta, por um período igual ou superior a três meses, TFG inferior a 60 ml/min/1,73 m², ou TFG superior a 60 ml/min/1,73 m², mas com evidência de lesão da estrutura renal. Em vista disso, os alguns indicadores de lesão renal são: albuminúria, alterações na imagem renal, hematúria/leucocitúria, distúrbios hidroeletrólíticos persistentes, alterações histológicas na biópsia renal e transplante renal prévio (AMMIRAT *et al.*, 2020).

A DRC apresenta múltiplas causas e vários fatores de risco. Logo, alguns indivíduos portadores de algumas condições estão sob o risco maior de desenvolver DRC. Sendo assim, é possível destacar que as principais causas de DRC incluem diabetes, hipertensão, glomerulonefrite crônica, pielonefrite crônica, uso crônico de medicamentos anti-inflamatórios, doenças autoimunes, doença renal policística, doença de Alport, malformações congênitas e doença renal aguda prolongada (AMMIRAT *et al.*, 2020).

A evolução do quadro clínico da DRC é, geralmente, assintomática, com diagnóstico tardio, o que desencadeia várias complicações típicas da disfunção renal em estágios mais avançados. Por conseguinte, a elaboração de estratégias clínicas são direcionadas aos ajuste do estilo de vida, sendo que o que diz respeito ao manejo das intervenções dietéticas, é rotineiramente recomendada para pacientes com DRC, a restrição da ingestão de proteínas, potássio, fósforo e sódio pois a ingestão excessiva dessas substâncias nesse perfil de paciente está associada à proteinúria, além de atenuar os efeitos anti-hipertensivos e antiproteinúricos das drogas que atuam no sistema renina-angiotensina (CURRY *et al.*, 2022).

2.3 Tratamento

O tratamento da DRC pode ser classificado em conservador, pré-diálise (não dialítico) e TRS (dialítico). O tratamento conservador utiliza medidas clínicas, como hábitos de vida, alimentação e medicação, a fim de retardar a progressão da doença renal crônica. Quanto mais precoce for iniciado o tratamento conservador, melhor é o prognóstico (BRASIL, 2014). A terapêutica do portador da doença crônica, em sua fase inicial, pode ocorrer por meio do tratamento conservador ou pré-dialítico (JACOBI *et al.*, 2016). Já na TRS substituinte da função renal, tem-se a hemodiálise, diálise peritoneal e o transplante renal (BRASIL, 2014).

O tratamento conservador e pré-dialítico representa um impacto positivo na sobrevivência dos pacientes (JACOBI *et al.*, 2016). Apesar da DRC ser uma doença progressiva e crônica,

nessas fases é possível diminuir a progressão da doença, de maneira que o quanto antes se iniciar maiores as chances de preservar a função dos rins. O tratamento consiste em mudanças na alimentação e hábitos de vida. A adoção de novos hábitos alimentares e de vida possibilita a manutenção do tratamento conservador (ROSO *et al.*, 2013). Um importante fator que vem sendo considerado para o desenvolvimento e progressão da disfunção renal é a presença de hipertensão arterial e diabetes melittus (XAVIER *et al.*, 2020).

Nessas fases iniciais, também há a possibilidade da utilização de medicamentos para retardar a evolução da doença. Porém a adesão ao tratamento necessita do conhecimento do paciente sobre o tratamento medicamentoso, pois esse é fator preponderante na adesão terapêutica. É importante que os doentes renais crônicos reconheçam o uso dos medicamentos como uma medida terapêutica importante a ser seguida e que compreendam a sua indicação (ROSO *et al.*, 2013).

Outra possibilidade de tratamento é o transplante renal, que consiste no ato cirúrgico de remoção de um rim comprometido no desempenho de suas funções por um saudável de uma pessoa para outra. Existem duas modalidades de transplante, podendo ser de doador vivo ou doador falecido. Há também a possibilidade de transplante renal preemptivo, que é aquele realizado antes do receptor iniciar a TRS (BRASIL, 2014). O procedimento concede vantagens em relação à hemodiálise, pois o paciente adquire uma melhor expectativa de vida e diminui as chances de morte. Contudo para uma boa conservação do enxerto é necessário após o transplante a adesão à terapia imunossupressora (MORAES *et al.*, 2016).

2.4 Hemodiálise

A hemodiálise como tratamento para insuficiência renal irreversível surgiu com o trabalho pioneiro de Willem Loff e Belding Scribner, que juntos conquistaram o Prêmio Albert Lasker de Pesquisa Médica Clínica de 2002. Kolff tratou seu primeiro paciente com um rim artificial em 1943, uma jovem que foi dialisada 12 vezes com sucesso mas acabou falecendo devido a problemas no acesso vascular (HIMMELFARB *et al.*, 2020).

Em 1960, Belding Scribner, Wayne Quinton e colegas da Universidade de Washington, WA, EUA, projetaram cânulas desviadas, que impediam a destruição de vasos sanguíneos e permitiam repetidas sessões de hemodiálise (HIMMELFARB *et al.*, 2020). No procedimento foi desenvolvida uma derivação externa, canulando uma artéria e uma veia com tubos de Teflon e conectando-as entre as diálises com um conduto de Teflon em forma de U (figura 1). Não foi mais necessário recanular ou injetar heparina entre as diálises (CIMINO, 2007).

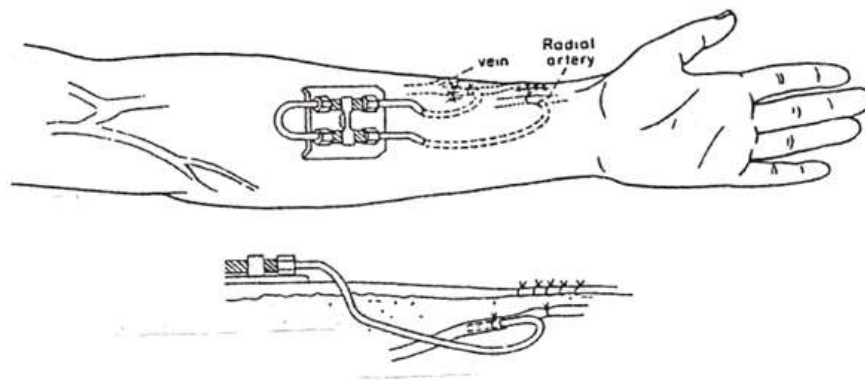


Figura 1: Esquema da derivação externa proposta por Scribner e Quinton (Fonte: CIMINO, J.E. Historical perspective on more than 60 years of hemodialysis access. *Semin Vasc Surg*, v. 20, n. 3, p. 136-40, 2007.

Durante o procedimento de hemodiálise, o sangue é removido rapidamente através de um circuito extracorpóreo. O sangue é removido por uma agulha ou através de uma via do cateter e entra no filtro de diálise (SCHRIER, 2018, p. 256). O mesmo autor descreve que o filtro de diálise contém milhares de tubos ocos com uma membrana semipermeável e que fora do tubo está o dialisado movendo-se contracorrente. Os solutos no sangue (alta concentração) movem-se para o dialisado (baixa concentração) por difusão. O sangue então retorna por uma agulha venosa separada ou por uma via do cateter e por fim em um processo conhecido como ultrafiltração o líquido é removido mudando-se a pressão hidrostática através da membrana da diálise. Abaixo é representado um esquema de um filtro de diálise (Figura 2).

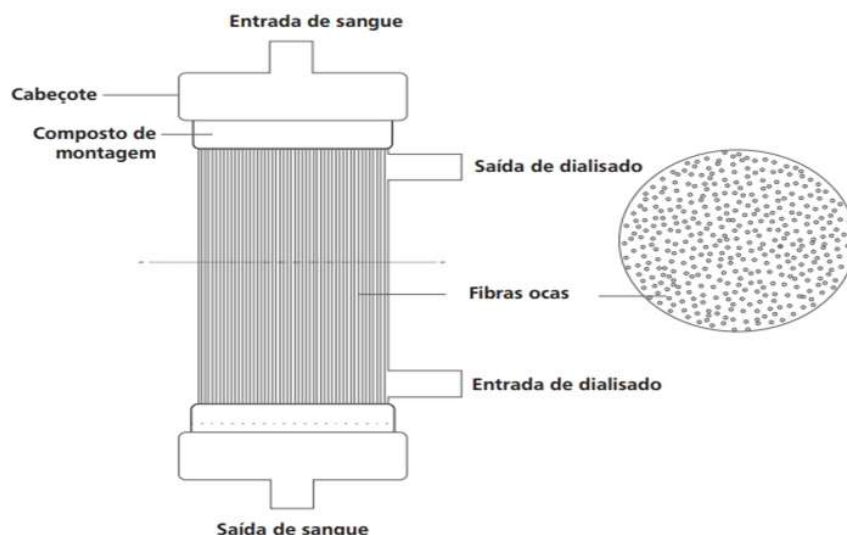


Figura 2: Esquema de um filtro de diálise. (Fonte: Bieber SD, Himmelfarb J. Hemodialysis. In: Coffman TM, Falk RJ, Molitoris BA, Neilson EG, Schrier RW, eds. *Schrier's diseases of the kidney*. Vol II, 9th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2013:2473-2505.)

A hemodiálise fornece remoção rápida e efetiva de solutos de pequeno peso molecular durante um tratamento de 4 horas, de modo que o tempo total de tratamento é de aproximadamente 12 horas semanais (SCHRIER, 2018, p. 256).

Para realizar hemodiálise regularmente é necessário ter um acesso de diálise através do qual o sangue possa ser removido a uma velocidade rápida de fluxo. O acesso preferido é uma Fístula Arteriovenosa (FAV), que são criadas por anastomoses cirúrgicas de uma artéria a uma veia geralmente no braço do paciente. Uma fístula AV criada cirurgicamente resulta em fluxo sanguíneo rápido para o sistema venoso e também resulta em veias distendidas prontamente acessíveis para punção venosa (CIMINO, 2007). Esses acessos podem ser usados por um tempo mais longo mas levam tempo para amadurecer (pelo menos 6 a 8 semanas, mas até 6 a 9 meses) e algumas falham em se tornarem adequadas. Cateteres de duplo lúmen podem ser usados para diálise, sendo mais frequentemente implantados na veia jugular interna podendo ser usados imediatamente para diálise (SCHRIER, 2018, p. 257).

A respeito da epidemiologia da hemodiálise, de acordo com Himmelfarb *et al.*, (2020), em todo mundo, aproximadamente 89% dos pacientes em diálise recebem hemodiálise; a maioria dos pacientes em hemodiálise vive em países de renda média alta, como Brasil e África do Sul. A mortalidade é muito alta entre os pacientes em diálise, especialmente nos primeiros 3 meses após o início do tratamento de hemodiálise. Nas últimas duas décadas, aparentemente foram alcançadas reduções no risco relativo e absoluto de mortalidade para esses pacientes (HIMMELFARB *et al.*, 2020).

O Censo Brasileiro de Diálise 2020, realizado em centros brasileiros de diálise crônica, constatou que em julho de 2020, o número total estimado de pacientes em diálise foi 144.779. As taxas estimadas de prevalência e incidência de pacientes por milhão da população foram 684 e 209, respectivamente. Dos pacientes prevalentes, 92,6% estavam em hemodiálise e 7,4% em diálise peritoneal e 23% estavam na lista de espera para transplante. O mesmo estudo evidenciou o uso de cateter venoso central por um quarto dos pacientes em hemodiálise. (NERBASS *et al.*, 2022).

As complicações relacionadas ao tratamento hemodialítico são importantes fatores a serem observados e prevenidos pois em alguns casos podem causar problemas graves e afetar de modo negativo a qualidade de vida do paciente. As principais complicações durante o período hemodialítico foram: câimbras (74,5%), hipotensão (70,5%), calafrios (52%), vômitos (38,5%), cefaleia (35,5%), tontura (35%), hipertensão (24%) e arritmia (20%). Complicações como náuseas, convulsões, diarreia e dor abdominal foram frequentes em apenas dois pacientes (1%) da amostra estudada. Sono, agonia, sudorese, fraqueza, falta de ar,

dormência, dores no corpo e tremores representaram 0,5% das complicações (TINÔCO *et al.*, 2017).

Constatou-se que as principais complicações intradialíticas foram aquelas relacionadas ao sistema hemodinâmico (hipotensão e arritmias), além de hipotermia, hipoglicemia, coagulação do sistema e falta de fluxo vascular. (SILVA *et al.*, 2018). Em relação ao acesso vascular do paciente em hemodiálise, foram descritas na literatura algumas complicações associadas à fístula arteriovenosa (FAV). Tais complicações podem ser classificadas como imediatas, precoces (alguns dias a alguns meses) ou tardias (após a maturidade). As complicações imediatas incluem: hematoma, sangramento, edema, síndrome do roubo isquêmico ou perda emocional secundária à trombose aguda ou retalhos endoteliais arteriais. Já as complicações precoces são estenose, trombose, infecção, hipertensão venosa, estenose venosa central, síndrome do roubo isquêmico ou incapacidade de maturação. Por fim, as complicações tardias estão relacionadas a aneurisma, estenose, trombose tardia, infecção ou neuropatia. As complicações mais comuns e prevalentes das fístulas de hemodiálise são aneurisma, trombose e infecção (MARCONDES *et al.*, 2021).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar os aspectos da qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise em uma clínica de nefrologia em Goiânia-GO em setembro de 2023.

3.2 Objetivos específicos

- Traçar o perfil sociodemográfico dos pacientes em hemodiálise;
- Descrever as condições de saúde dos pacientes em hemodiálise;
- Relatar os sintomas dos pacientes durante ou após a sessão de hemodiálise;

4. MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo analítico, observacional e quantitativo, por conveniência, composta por doentes renais crônicos, em hemodiálise.

4.2 Local de estudo

O presente estudo foi realizado presencialmente em uma clínica privada de nefrologia, com sede em Goiânia (GO).

4.3 População e amostra

Essa pesquisa foi realizada durante o mês de setembro de 2023, em que foram coletados dados de 55 pacientes em tratamento hemodialítico da clínica em questão.

4.4 Coleta de dados

Foram incluídos os pacientes maiores de 18 anos em tratamento regular de hemodiálise que, voluntariamente, consentiram participar do estudo e excluídos aqueles muito debilitados, sem condições de responder à pesquisa no momento em que foi aplicada e com questionários incompletos. Os questionários e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram entregues presencialmente no mês de setembro de 2023, pelos pesquisadores, de forma física, reservada e individual, na clínica privada de nefrologia em Goiânia-GO, durante a realização da sessão de hemodiálise do paciente. Foram utilizados dois instrumentos, o primeiro elaborado pelos próprios autores, composto por 19 tópicos interrogativos, averiguou o perfil sociodemográfico com perguntas referentes à identificação, como: idade, sexo, cor, estado civil, profissão, comorbidades e complicações dos indivíduos.

O segundo questionário utilizado foi o World Health Organization Quality of Life- abreviado (WHOQOL-bref), o qual analisou a qualidade de vida dos pacientes. Este consiste em 26 questões, das quais somente duas são gerais, uma se refere à vida e a outra, à saúde. As demais são divididas em quatro domínios: físico, psicológico, social e meio ambiente. Cada domínio contém suas perguntas, denominadas de facetas, sendo elas respondidas em uma escala de 1 a 5. Os escores de qualidade de vida são uma escala positiva, ou seja, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida. Realizou-se uma adaptação, retirando-se as facetas 7,11,23 e 25; ficando com 22 questões no total com o intuito de adequá-lo melhor à realidade da pesquisa.

4.5 Análise de dados

Os dados coletados foram transcritos para uma planilha do Microsoft Excel. Posteriormente, foi feito o cálculo dos escores dos domínios do WHOQOL-Bref, esse cálculo foi feito conforme as orientações do Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Conforme orientação, a princípio calcula-se o valor da média de cada domínio, que varia de 1-5. Esse valor é obtido através da soma dos valores das facetas correspondentes de cada domínio e pela divisão do número de facetas/questões. Após isso, converte-se o valor

obtido de 1-5 para uma escala de 4-20, isso foi feito multiplicando o valor por 4. Para o cálculo dos scores, utiliza-se a fórmula $[(Média-4) \times 100/16]$, na qual a média corresponde aos escores de 4 a 20 calculados anteriormente para cada domínio.

4.6 Aspectos éticos

Os participantes foram convidados a realizar o questionário e receberam o TCLE. Somente os participantes que concordaram e assinaram o TCLE participaram da pesquisa. Todos os participantes tiveram o sigilo de seus dados preservados e somente os pesquisadores tiveram acesso aos questionários para fins de estudo e desenvolvimento da pesquisa. Os dados serão guardados por 5 anos pelos autores e, após esse tempo, serão incinerados.

A pesquisa foi submetida ao comitê de ética seguindo as normas da RE 466/12. O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Evangélica de Goiás (CEP/UniEVANGÉLICA), com CAAE n. 48450721.8.0000.5076.

5. RESULTADOS

A partir do questionário de dados demográficos dos pesquisados, na tabela 1 encontramos algumas prevalências relacionadas às variáveis mais evidentes. Em relação ao sexo, homens foram superiores em quantidade, enquanto na cor, a incidência maior de pardos representou mais da metade dos pesquisados. Partindo para a faixa etária, a maior prevalência está entre os 51 a 70 anos, e quanto ao estado civil, a maior relevância foi de indivíduos casados. Por fim, a respeito de valores de renda mensal em relação ao número de salários mínimos, denota-se que mais da metade dos pesquisados tem uma renda mensal de menos de 2 salários mínimos por mês.

Tabela 1: Distribuição dos pacientes renais crônicos de acordo com o sexo, faixa etária, cor, estado civil e renda mensal.

Variáveis	n	%
-----------	---	---

Sexo		
Feminino	24	43,6
Masculino	29	52,8
Sem resposta	2	3,6
Faixa etária		
Menos de 30 anos	3	5,4
30 a 50 anos	16	29,1
51 a 70 anos	27	49,2
Mais de 70 anos	8	14,5
Sem resposta	1	1,8
Cor / Etnia		
Branco	21	38,2
Pardo	28	51,0
Preto	4	7,2
Sem resposta	2	3,6
Estado civil		
Casado	26	47,0
Solteiro	14	25,0
Divorciado	9	16,3
Viúvo	5	9,9
Em branco	1	1,8
Renda Mensal (em salários-mínimos)		
<2	34	62,0
2-4	10	18,1
4-7	3	5,4
>7	5	9,1
Sem renda	3	5,4

Fonte: Autores (2023)

A tabela 2 evidencia o perfil das condições de saúde autorrelatadas no questionário de autoria própria dos pesquisadores. As comorbidades mais relatadas pelos entrevistados foram Hipertensão Arterial Sistêmica (45,4%) e Diabetes Mellitus (41,8%). Em relação ao uso de medicamentos, 34,54% dos pacientes fazem uso de 1 a 3 medicamentos. Os pesquisadores também perguntaram em relação ao tempo de hemodiálise em anos. A maior porcentagem representa os que estão em hemodiálise há mais de 5 anos (30,9%). No que diz respeito ao acesso vascular, 96,3% afirmaram possuir Fístula Arteriovenosa e desses, uma parcela considerável (45,4%) relatou já ter sofrido complicações no acesso (ex.: infecção, sangramento, hematoma e estenose).

Tabela 2. Distribuição dos pacientes renais crônicos de acordo com comorbidades, uso de medicamentos, tempo de hemodiálise, fistula e problemas na fistula.

Variáveis	n	%
Você apresenta alguma das seguintes comorbidades?		
Hipertensão Arterial Sistêmica	25	45,4
Doenças Cardiovasculares	11	20,0

No último mês, você já teve algum desses sintomas enquanto fazia ou depois de fazer hemodiálise?

Sintomas Gastrointestinais	41	18,6
Sintomas Vasomotores	45	27,0
Sintomas do Sistema Nervoso	73	22,1
Sintomas Cardiovasculares	34	30,9
Sintomas Respiratórios	4	7,2
Sem Sintomas	3	5,4

Com que frequência você tem algum desses sintomas na semana?

Nenhuma	10	18,1
1x	26	47,2
2x	9	16,3
3x ou mais	9	16,3

Fonte: Autores (2023).

Por fim, questionou-se se os pacientes tiveram algum sintoma enquanto faziam ou logo após fazer hemodiálise. Os sintomas foram agrupados em sintomas gastrintestinais (vômitos, náusea, diarreia e dor abdominal), sintomas vasomotores (câimbras, calafrios e sudorese), sintomas do sistema nervoso (dor de cabeça, tontura, convulsão, sono, tremores e dormência), sintomas cardiovasculares (palpitação e hipotensão) e sintomas respiratórios (falta de ar). A porcentagem foi elaborada a partir das variáveis presentes na tabela 3, que além de especificar a quantidade de respostas em cada sintoma esclarece a porcentagem de pacientes que apresentam sintomas dentro de cada grupo. É importante ressaltar que os participantes poderiam escolher várias alternativas, de modo que a soma das variáveis não é igual a 100%. Com isso, destaca-se, que 30,9% apresentaram sintomas cardiovasculares, 27,0% apresentaram sintomas vasomotores sendo os mais prevalentes. Quanto à frequência de aparecimento dos sintomas, a maior parte dos pacientes (47,2%) apresentam algum ou mais dos sintomas relatados 1 vez na semana.

Tabela 3. Distribuição dos pacientes renais crônicos de acordo com sintomas gastrointestinais, vasomotores, do sistema nervoso, cardiovasculares e respiratórios, durante e após o procedimento de diálise.

Variáveis	n	%
Sintomas Gastrointestinais	41	18,6
Vômitos	9	16,3
Náuseas	13	23,6
Diarréia	10	18,1
Dor Abdominal	9	16,3
Sintomas Vasomotores	45	27,0
Câimbras	31	56,3
Calafrios	6	10,1
Sudorese	8	14,5
Sintomas do Sistema Nervoso	73	22,1
Dor de Cabeça	23	41,8
Tontura	17	30,9
Convulsão	1	1,8
Sono	16	29,0
Tremores	6	10,9
Dormência	10	18,1
Sintomas Cardiovasculares	34	30,9
Palpitações	7	12,7
Hipotensão	27	49,0
Sintomas Respiratórios	7	6,3
Falta de Ar	4	7,2
Sem sintomas	3	5,4

A análise dos dados apresentados pelo questionário WHOQOL-bref dos pesquisados proporcionou uma visão abrangente da percepção dos participantes em relação a diferentes aspectos de qualidade de vida, saúde e bem-estar. Primeiramente, revelou-se uma média geral de qualidade de vida de 3,6, dada como uma percepção razoavelmente boa e uma média de saúde de 3,4, considerada também uma avaliação positiva. Em média 2,4 participantes experimentam algum nível de dor física, chamando mais atenção, a capacidade de trabalho com uma média de 2,9 entre os entrevistados. Agora indo ao encontro das facetas psicológicas, com uma média de 4,1, os participantes sugerem encontrar um alto sentido na vida.

Posto isso, em termos de relações sociais, os participantes apontam uma vida sexual moderada com uma média de 2,9. No que se concerne às facetas ambientais: As médias de 2,9 sugerem que os recursos financeiros e o envolvimento em atividades de lazer dos participantes são moderados.

Tabela 4 - Distribuição das frequências de respostas, escore médio e desvio padrão das questões gerais sobre qualidade de vida (QV).

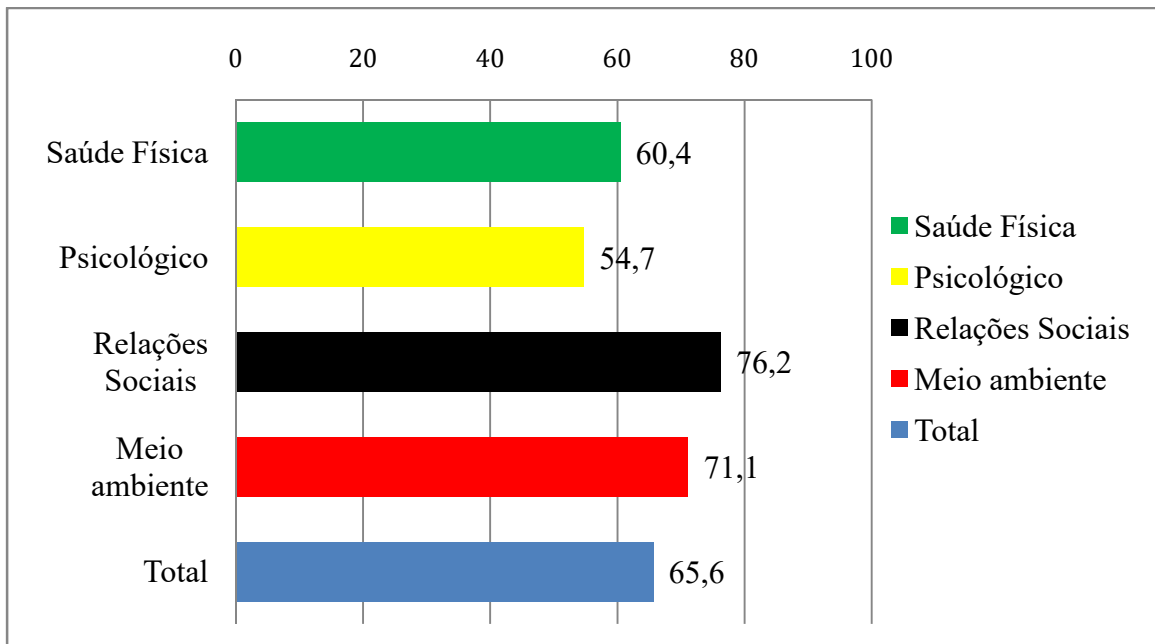
Questões	Opções de resposta	n (%)
Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1- Muito ruim	2 (3,6)
	2- Ruim	6 (10,9)
	3- Nem ruim, nem boa	12 (21,8)
	4- Boa	25 (45,4)
	5- Muito boa	10 (18,1)
	Escore médio da questão	3,6
	Desvio Padrão	1,0
Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1- Muito insatisfeito	3 (5,4)
	2- Insatisfeito	10 (18,1)
	3- Nem satisfeito, nem insatisfeito	14 (25,4)
	4- Satisfeito	17 (30,9)
	5- Muito satisfeito	11 (20,0)
	Escore médio da questão	3,4
	Desvio Padrão	1,1

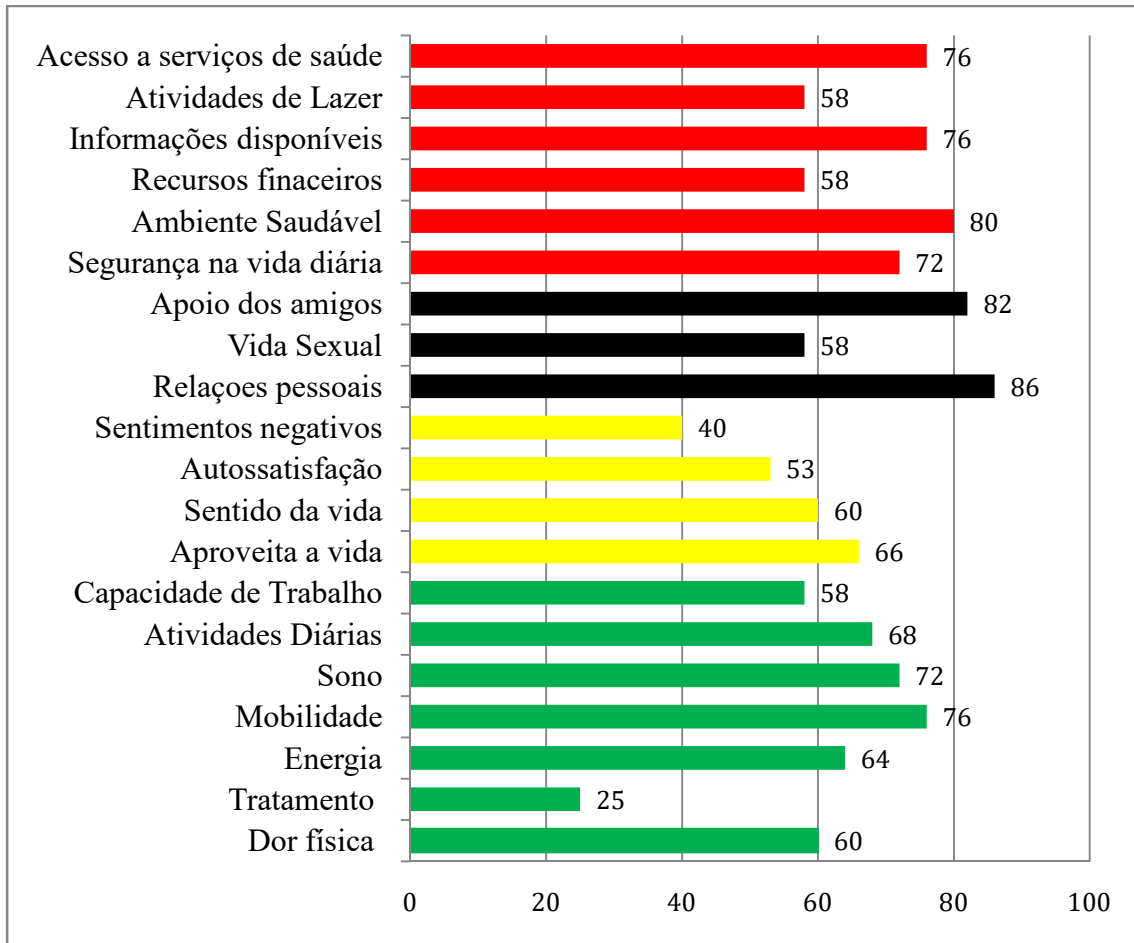
Fonte: Autores (2023).

Conforme os dados da figura 3, no que tange o domínio da qualidade de vida geral, o escore médio obtido foi de 65,6% e observa-se que o domínio de relações pessoais foi o que obteve melhor avaliação de 76,2%, enquanto que o domínio mais mal avaliado, foi o

domínio psicológico que recebeu escore médio de 54,7%. As médias dos escores dos domínios WHOQOL-bref variaram entre 67,7% a 76,2%, para os domínios físico e de relações sociais, respectivamente.

Figura 3: Distribuição dos escores médios para os domínios e facetas do WHOQOL – Bref.





Fonte: Autores (2023)

6. DISCUSSÃO

Partindo para a discussão, usando os valores e dados encontrados a partir dos resultados em questão o fenótipo mais comum foi de "homem pardo, de 51 a 70 anos, casado e com renda mensal de menos de 2 salários mínimos". Temos a grande relevância do sexo masculino, entre os pacientes em tratamento hemodialítico semanal, o que vai ao encontro com o que diz o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) que aponta o gênero masculino como sendo o mais suscetível á doenças crônicas como "Hipertensão Arterial Sistêmica" e "Diabetes Mellitus", que se enquadram, atualmente, como fatores de risco e doenças bases para o desenvolvimento de DRC.

Ainda nessa temática, os estudos de Oliveira *et al.*(2015) e Sesso *et al.* (2012), revelam a prevalência masculina na hemodiálise, com valores de, respectivamente, 63,5% e 57,0%. Divergindo dos estudos de Oliveira *et al.* (2015), em que referem predominância da cor branca, apresentando 52,3% dos seus resultados, a coleta de dados feita trouxe que, na clínica em questão a representação dos pardos foi maior, compreendendo mais de 50,0% dos pesquisados.

A presente pesquisa revela a média entre as idades dos pesquisados, chegando a uma faixa etaria mais prevalente de 51 a 70 anos, o que condiz com o apresentado em Sousa *et al.* (2020), referindo maioria dos pacientes em hemodiálise pesquisados estando na faixa etária de 48 a 67 anos. Em relação ao estado civil, houve concordância dos resultados encontrados na pesquisa, com os descritos no estudo de Sousa *et al.* (2020), apontando a maior incidência de pacientes casados em hemodiálise, evidenciando, respectivamente, 47,2% e 66,0%.

Na última variável sócio-demográfica utilizada no estudo, refere-se 61,8% dos participantes obtendo renda mensal menor que 2 salários mínimos, enquanto isso, estudos de Sousa *et al.* (2020) apresentou renda familiar de até 1 salário mínimo em 82% de seus pesquisados e Telles *et al.* (2014), apresentou renda individual de até um salário mínimo em 52,2% de seus participantes.

A partir da análise dos resultados encontrados, observa-se que a hipertensão arterial e o diabetes mellitus foram relatados pelos pacientes configurando as porcentagens mais significativas dentre as comorbidades. Foram encontrados na literatura estudos que confirmam essa grande prevalência. As causas mais comuns de Doença Renal Crônica (DRC) nos Estados Unidos são Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica (CHARLES; FERRIS, 2020). Nos estudos de Riscos *et al.*(2019) e Hamrahian; Falkner (2016) a Hipertensão Arterial Sistêmica foi a comorbidade mais observada em pacientes com Doença

Renal Crônica e representa um importante fator de risco para a progressão da DRC. O mecanismo que explica a relação dessa patologia com o surgimento da insuficiência renal é o aumento da pressão de enchimento arterial dos néfrons causando alterações na arquitetura e estrutura glomerular, o que danifica o sistema de filtração. Já o Diabetes Mellitus provoca, através da hiperglicemia, uma hiperfiltração com consequente aumento da pressão capilar e albuminúria, levando o paciente a injúria renal. É fundamental o controle dessas comorbidades no paciente renal (CHARLES; FERRIS, 2020). No estudo com os pacientes hemodialíticos também ficou evidente a quantidade de pacientes que relataram ansiedade/depressão. De acordo com as pesquisas de Naamani *et al.* (2021), de 123 pacientes em hemodiálise, 43,9% apresentavam ansiedade e 33,3% apresentavam depressão.

Quanto ao acesso vascular, a grande maioria dos pacientes possuía uma fístula arteriovenosa (FAV) para a realização de hemodiálise. Linardi *et al.* (2003) demonstrou em um estudo em 23 unidades de hemodiálise distribuídas em 7 estados do Brasil que 93,4% dos pacientes possuíam FAV e que estas eram em sua maioria realizadas no membro superior distalmente. Apenas 6,6% dos pacientes possuíam cateter, de modo que 8,7% eram de longa permanência e 91,3% de curta permanência. Dessa forma, foi confirmada a preferência ampla do uso da fístula arteriovenosa para o tratamento hemodialítico. Em relação a complicações no acesso, existem os riscos da própria cirurgia (infecção, sangramento ou danos a estruturas adjacentes), as imediatas (hematoma, sangramento, edema e síndrome do roubo isquêmico), precoces (estenose, trombose, infecção, hipertensão venosa, síndrome do roubo isquêmico e incapacidade de maturação) e tardias (aneurisma, estenose, trombose, infecção ou neuropatia). De modo geral, as complicações mais relatadas foram aneurisma, seguido de trombose e infecção. (MARCONDES *et al.*, 2021). Corroborando com o presente estudo, Cardelino *et al.* (2023) trouxe em sua amostra de 252 pacientes que dos pacientes que apresentavam FAV, 57,9% tiveram complicações no acesso, sendo as mais prevalentes: trombose (53,0%), aneurisma (37,0%) e infecção (3,5%).

Acerca dos sintomas referidos no último mês durante a hemodiálise, a grande maioria dos pacientes apresentou alguma queixa e as mais prevalentes dentro dos grupos estabelecidos foram: câimbras, hipotensão e cefaleia. As intercorrências podem acontecer tanto por questões relacionadas ao processo de filtração artificial do sangue quanto por comorbidades associadas a insuficiência renal (SANTOS *et al.*, 2021). De modo semelhante ao encontrado em nossa pesquisa, no estudo de Santos *et al.* (2021), 83,3% dos pacientes que estavam em terapia hemodialítica haviam apresentado sintomas no último mês durante a sessão e os mais

relatados foram: hipotensão, cãimbra, dor no corpo e cefaleia. Segundo Evaristo *et al.* (2020) a hipotensão aparece como sintoma mais relatado, seguido de cefaleia e mal estar.

Em relação à terapêutica, o tratamento hemodialítico para pacientes portadores de DRC provoca alterações não apenas no estado físico dos pacientes, mas também no seu ambiente, desencadeando impactos significativos nos aspectos psicológicos e sociais. Estes elementos estão intimamente conectados à avaliação da qualidade de vida dos indivíduos afetados. A percepção dessa qualidade de vida é altamente subjetiva e pode se manifestar de maneira positiva, quando o paciente procura compreender a doença e implementar medidas para enfrentá-la, ou de maneira negativa, quando há um sentimento de negação em relação à enfermidade (COSTA *et al.*, 2016).

A partir da análise dos resultados encontrados, observa-se que tanto a qualidade de vida, quanto a saúde são classificadas pelos entrevistados por meio de avaliações positivas, indo ao encontro de estudos na literatura que confirmam essa prevalência, como o de Caveião *et al.* (2014), o qual apresenta a avaliação dos respectivos aspectos em “nem ruim nem boa” (equivalente à moderada) com uma média de 48,7% e “boa” com 33,3%.

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) acarreta, para os pacientes, diversas modificações de caráter físico e de condições ambientais em que vivem, desencadeando alterações psicológicas e sociais, estando estes diretamente interligados na avaliação da qualidade de vida dos mesmos. Em se tratando de que a percepção da qualidade de vida é única para cada participante, ela pode ser de caráter positivo, em que o paciente busca entendimento acerca da enfermidade e de medidas para melhor enfrentamento; bem como de aspecto negativo, aos quais existe um sentimento de negação com relação à doença (HIGA *et al.*, 2008).

Em relação ao domínio físico, o score médio também obtido através da aplicação do questionário “WHOQOL-bref” (escala 4-20), foi de média 12,7 para os pacientes hemodialíticos (DE FARIAS; DE MENDONÇA, 2008).

Paralelamente, de modo abrangente, foi relatado que o domínio mais prejudicado entre os participantes foi o físico (DF) com média de 59,4 e o mais preservado foi o domínio social (DS), com média de 72,8. Porém os demais domínios, tanto psicológico (DP) quanto ambiental (DA) também apresentaram médias baixas, refletindo na qualidade de vida dos portadores de IRC que apresentaram uma média de 64,9 (COSTA *et al.*, 2016).

Foi revelado ainda que os distúrbios do sono não são fatores de extremo incômodo para os pacientes com DRC em TRS por HD na região oeste catarinense o que difere dos

resultados apontados nesse estudo e em outras pesquisas as quais exibem os distúrbios relacionados ao sono como interferências negativas para a qualidade de vida dos indivíduos (GUIMARÃES; ALVES; GUIMARÃES, 2011).

Existem diferenças nas dimensões de funcionamento físico, efeitos da doença e também função sexual, sendo mais baixas as variáveis para as pessoas que moravam sozinhas, o que indica uma pior situação das mesmas. Para tanto, vale ressaltar a importância do suporte familiar na qualidade de vida bem como seu papel de colaborador com os cuidados na saúde do portador de IRC em tratamento de hemodiálise (CORDEIRO *et al.*, 2009).

Em relação à atividade sexual, observou-se que nem todos os entrevistados se sentiram confiantes e/ou confortáveis para responder às questões, sendo que os resultados obtidos pelos que participaram foram predominantemente negativos (ZANESCO *et al.*, 2017), aspecto constatado como moderado no presente estudo.

Nesse estudo, o domínio social, registrou o índice médio de avaliação mais elevado, o que pressupõe que os pacientes hemodialíticos estão satisfeitos com suas relações pessoais, mostrando que, apesar da doença e do tratamento e suas complicações, os portadores de DRC mantêm boa relação pessoal, atividade sexual e apoio social. O estudo de Costa *et al.* (2010) mostra que esse suporte emocional afeta diretamente na qualidade de vida dos indivíduos, já que a rede de apoio familiar, de amigos e companheiros frequentemente tem gerado melhores condições de saúde entre os pacientes renais crônicos.

Além disso, o domínio psicológico foi o mais comprometido, obtendo o índice de média mais baixa, o que reflete o panorama das repercussões do tratamento de portadores de doença renal crônica. Esse cenário pode ser justificado pelo fato de o paciente em hemodiálise ter um cotidiano monótono e limitado, favorecendo o sedentarismo, a deficiência funcional e a restrição à algumas atividades de lazer. Além disso, o tratamento hemodialítico pode comprometer a auto-estima do paciente devido a alteração na aparência desses pacientes quando apresentam curativos realizados no cateter de duplo lúmen na subclávia ou jugular, os quais são grandes e visíveis (TERRA *et al.*, 2007).

Dessa forma, o tratamento hemodialítico para pacientes portadores de DRC provoca alterações não apenas no estado físico dos pacientes, mas também no seu ambiente, desencadeando impactos significativos nos aspectos psicológicos. Estes elementos estão intimamente conectados à avaliação da qualidade de vida dos pacientes afetados (COSTA, *et al.*, 2026).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da hemodiálise promover alívio dos sintomas dos pacientes renais crônicos, sua realização pode acarretar prejuízos na qualidade de vida dos indivíduos e em seu cotidiano. Por outro lado, muitos pacientes avaliados consideram-se satisfeitos com sua saúde e com várias áreas da qualidade de vida, mesmo realizando o referido tratamento, evidenciando que vários fatores influenciam para determinar esse tipo de relação.

Os maiores escores observados foram nos domínios Relações Sociais e nas facetas Relações Pessoais, Apoio dos amigos e Ambiente saudável, nos quais os participantes da pesquisa relataram e reforçaram a importância de uma rede de auxílio sólida e eficiente durante o diagnóstico, tratamento e seguimento da doença. Dentre os mais prejudicados destacam-se o Domínio Psicológico e as facetas Tratamento, Sentimentos Negativos e Autossatisfação, em que grande parte dos pacientes demonstra de média a profunda insatisfação no que tange à rotina restrita e limitação de atividades impostas tanto devido ao curso da doença quanto a sua terapêutica.

De todo modo, sugere-se a realização de estudos complementares a fim de verificar e apresentar os domínios mais afetados e também os mais preservados no paciente renal crônico em hemodiálise em outras localidades e contextos. Além disso, propõe-se a utilização dos dados levantados no presente estudo para auxiliar na elaboração de protocolos e medidas para reduzir as complicações do tratamento, bem como melhorar os sintomas mais prevalentes.

Por fim, após as conclusões levantadas no presente estudo, é notória a importância e necessidade de tal tratamento no contexto dos pacientes renais crônicos. Assim, elencar as consequências e particularidades desse procedimento na qualidade de vida dos indivíduos é essencial a fim de promover maior bem-estar aos pacientes em questão.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, L. K. *et al.* Fatores associados à doença renal crônica: inquérito epidemiológico da Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.23, 2020.

AL NAAMANI, Z. *et al.* Fatigue, anxiety, depression and sleep quality in patients undergoing haemodialysis. **BMC Nephrol**, v.22, n. 1, p. 157, 2021.

AMMIRATI, A. L. Chronic kidney disease. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 66, p. s03-s09, 2020.

BRASIL. **Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica – DRC no sistema.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/diretriz-cuidados-drc.pdf/view>. Acesso em 27/05/2024.

CAVEIÃO, C. *et al.* Qualidade de vida em mulheres com doença renal crônica submetida à hemodiálise. **Cadernos da Escola de Saúde**, v. 1, n. 11, 2014.

Cordeiro J. A. B. L. *et al.* Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal crônica. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n.4, p. 785-793.

COSTA, G. M. A. *et al.* Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. **Enfermería Global**, v. 15, n. 3, p. 59-99, 2016.

CARDELINO, B. O. *et al.* Caracterização clínico-epidemiológica de pacientes submetidos a hemodiálise de acordo com o national kidney foundation, o kidney disease outcomes quality initiative – KDOQI em centro de referência de hemodiálise na região metropolitana de São Paulo, Brasil. **J Hum Growth**, v. 33, n. 2, p. 267-276, 2023.

CHANG, J. *et al.* Prevalence and associated factors of cognitive frailty in older patients with chronic kidney disease: a cross-sectional study. **BMC geriatrics**, v. 22, n. 1, p. 1-9, 2022.

CHANG, J. *et al.* Análise da qualidade de vida no paciente em hemodiálise. **J Bras Nefrol**, v. 24, n. 2, p. 160, 2002.

CHARLES, C.; FERRIS, A. H. Chronic Kidney Disease. **Primary Care: Clinics in Office Practice**, v. 47, n. 4, p. 585-595, 2020.

CIMINO, J. E. Historical perspective on more than 60 years of hemodialysis access. **Semin Vasc Surg**, v. 20, n. 3, p. 136-40, 2007.

COSTANZO, S. L.- Fisiologia. **Elsevier Editora Ltda.** 6ªed., 2018.

CURRY, C. M. *et al.* Association between urinary sodium excretion and hard outcomes in non-dialysis chronic kidney disease patients. **BMC nephrology**, v. 23, n. 1, p. 1-9, 2022.

DE MORAIS, R. F. C. *et al.* Adesão à terapia imunossupressora em receptores de transplante renal. **Cienc Cuid Saude**. p.141-147, 2016.

DE FARIAS, G. M.; DE MENDONÇA, A. E. O. Comparando a qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal pelo “WHOQOL-BREF”, v.3, n. 4, p. 574-583, 2009.

EVARISTO, L.S. *et al.* Complicações durante a sessão de hemodiálise. **Avances en enfermería**, v. 38, n. 3, p. 316-324, 2020.

FOX, I. S -Fisiologia humana. **Editora Manole Ltda.**, 7ªed., 2007.

GORDIA, A. P., *et al.* Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados." **Revista brasileira de qualidade de vida** 3.1, 2011

GUYTON, A. C. e HALL, J. E.– Tratado de Fisiologia Médica. **Elsevier Editora Ltda.** 14ª ed., 2021..

GUIMARÃES C. K. D, ALVES, D. A. G, GUIMARÃES, L.H.C.T. Avaliação da qualidade e quantidade do sono em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. **Rev. Neurocienc**, v. 19, n. 4, p. 609- 613, 2011

HIMMELFARB, J., *et al.* The current and future landscape of dialysis. **Nat Rev Nephrol**, v. 16, n. 10, p. 573-585, 2020.

HIGA, K. *et al.* Qualidade de Vida de Pacientes Portadores de Insuficiência Renal Crônica em Tratamento de Hemodilise. **Acta Paul Enferm**, v. 21. n. spe, p. 203-206, 2008.

HAMRAHIAN, S. M.; FALKNER, B. Hypertension in Chronic Kidney Disease. **Advances in experimental medicine and biology**, v. 956, p. 307-325, 2016.

JACOBI, C. S. *et al.* O cuidado do idoso em tratamento pré-dialítico: estudo descritivo. **Online Braz J Nurs**. p. 713-723, 2016.

LINARDI, F. *et al.* Acesso vascular para hemodiálise: avaliação do tipo e local anatômico em 23 unidades de diálise distribuídas em sete estados brasileiros. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 30, n. 3, p. 183-193, 2003.

MARCONDES M. F., *et al.* Complicações decorrentes de fistulas arteriovenosas em pacientes submetidos à hemodiálise. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 9566-9573, 2021.

MOURÃO, A. C; ABRAMOV, M. D- Fisiologia humana. **Editora Guanabara Koogan LTDA**, 2ªed., 2021.

NERBASS F. B., *et al.* Censo Brasileiro de Diálise 2020. **J Bras Nefrol**, v. 44, n. 3, p.349-57, 2022.

NUNES, C.; LOBO, A. Estudo das dimensões da qualidade de vida nos pacientes hemodialisados. **Revista de Enfermagem Referência**, v.3, n.8, p. 39-45, 2012.

OLIVEIRA, C. S. *et al.* PERFIL DOS PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO. **Revista Baiana de Enfermagem**, v.29, n.1, p.42-49, 2015.

PECOITS-FILHO, R. Diagnóstico de doença renal crônica: avaliação da função renal. **J Bras Nefrol**, v. 26, n. 3, p. 4-5, 2004.

ROSO, C. C. *et al.* O cuidado de si de pessoas em tratamento conservador da insuficiência renal crônica. **Texto Contexto Enferm**, v.22, n. 3, p. 739-45, 2013.

RISCOS, M. A. G, *et al.* Estudo ERCA. Características basais, avaliação da aplicação de informações estruturadas para a escolha do tratamento renal substitutivo e evolução em um ano dos pacientes incidentes na consulta de ACKD. **Revista da Sociedade Espanhola de Nefrologia**, v. 39, n. 6, p. 629-637, 2019.

SILVA A. F. S., *et al.* Principais complicações apresentadas durante a hemodiálise em pacientes críticos e propostas de intervenções de enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, p. 1-9, 2018.

SCHRIER, R. W. **Manual de Nefrologia**. Oitava edição. Rio de Janeiro: Revinter, 2017.

SANTOS, K. A. S *et al.* Principais intercorrências durante sessões de hemodiálise em pacientes com comorbidades. **Brazilian Journal of Development, Curitiba**, v.7, n.2, p. 14066-14079, 2021.

SESSO, R. C. C. *et al.* Diálise crônica no Brasil - Relatório do censo brasileiro de diálise, 2011. **J. bras. nefrol.** São Paulo, v. 34, n. 3, p. 272-277, 2012.

SOUSA, F. C. A. *et al.* Perfil clínico e sociodemográfico de pacientes hemodialisados. **Revista Enfermagem Atual**, v.93, n.31,e. 020039, 2020.

TINÔCO, J. D. S., *et al.* Complicações em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 4, e52907, 2017.

TELLES, C.T. *et al.* Perfil sociodemografico, clínico e laboratorial de pacientes submetidos a hemodiálise. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.15, n.3, p. 420-426, 2014.

TRETINI, M *et al.* Qualidade de Vida de Pessoas Dependentes de Hemodiálise Considerando Alguns Aspectos Físicos, Sociais e Emocionais. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 74-83, 2004.

TERRA, F. S. Avaliação da qualidade de vida do paciente renal crônico submetido à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico de uso diário. **Universidade José do Rosário Vellano Coordenação de Pesquisa e Pós-graduação**. 2007.

XAVIER, B. L. S. *et al.* Senses and Meanings of Conservative Treatment in People with Chronic Kidney Disease. **Aquichan**. vol. 20, n. 3, p. 1–11, 2020.

ZANESCO, C. *et al.* Qualidade de vida em pacientes hemodialíticos: avaliação através do questionário KDQOL-SF™. **Revista Saúde. com**, v. 13, n. 1, p. 818-823, 2017.

APÊNDICES:**Apêndice 1: Questionário para avaliação dos pacientes**

Idade: _____ Sexo: F () M ()

Cor: Branco () Pardo () Preto ()

Estado Civil: Casado () Solteiro () Divorciado () Viúvo ()

Profissão: _____

Renda mensal (em salário mínimo):

Até 2 () De 2 a 4 () De 4 a 7 () Mais de 7 ()

1) Você apresenta alguma das seguintes comorbidades ?

Hipertensão arterial (pressão alta) () Diabetes () Depressão/Ansiedade ()

Outra () Se sim, qual? _____

2) Você faz uso de algum medicamento? Sim () () Não

Se sim, quais? _____

3) O que te levou a fazer hemodiálise? _____

4) Você faz hemodiálise há quanto tempo? _____

5) Você possui fístula (acesso para fazer hemodiálise)? Sim () Não ()

6) Se sim, você já teve problemas na fístula (ex: infecção, sangramento, hematoma, estenose)?

Sim () Não ()

7) No último mês, você já teve algum desses sintomas enquanto fazia ou depois de fazer hemodiálise? Marque as opções com as quais você se identifica.

Câimbras () Calafrios () Vômitos () Dor de cabeça ()

Tontura () Palpitações () Náuseas () Convulsões () Diarreia ()

Dor abdominal () Sono () Agonia () Sudorese (transpiração) ()

Fraqueza () Falta de ar () Dormência () Dores no corpo () Tremores ()

8) Com que frequência você tem algum desses sintomas na semana?

Nenhuma () 1 vez na semana () 2 vezes na semana () 3 vezes na semana ou mais ()

9) No último mês você foi internado? Sim () Não ()

Se sim, quantas vezes? _____

*Registro da Pressão Arterial:

Antes da hemodiálise: _____

Durante a hemodiálise: _____

Após a hemodiálise: _____

Apêndice 2: Questionário WHOQOL adaptado

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref

Instruções

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, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas.

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 insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão 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	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
8	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
9	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
10	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
11	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
12	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 bom	bom	muito bom
13	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
14	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
15	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
16	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	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
22	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

.....

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXOS:**Anexo 1: Cartilha do bem-estar**

cartilha do bem-estar

#1 restrições alimentares

evitar alimentos ricos em potássio (banana, abacate, feijão e espinafre), fósforo (carnes, leite e derivados e oleaginosas) e sódio (defumados, enlatados e carnes processadas);

#2 ingestão de líquidos

é recomendado o controle da ingestão de líquidos de acordo com o peso, tempo de tratamento e controle da doença;

dicas para o controle da sede: mastigar pastilhas refrescantes, escovar os dentes e fazer enxágue bucal após as refeições e fazer gargarejos com água gelada.

#3 autocuidado


ter bons hábitos de higiene com o corpo, manter boa noite de sono, encontrar prazer em atividades cotidianas, exercitar a mente com atividades lúdicas e evitar situações de estresse;

#4 atividades físicas

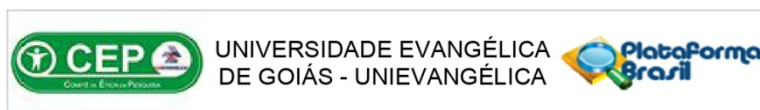
praticar atividades físicas de baixo impacto, como: caminhadas, alongamentos e hidroginástica (para pacientes sem diálise peritoneal);

#5 terapias

buscar tipos de terapia para o bem-estar físico e mental, como: auriculoterapia e terapia cognitivo comportamental.



OFÍCIO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A REPERCUSSÃO DO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS

Pesquisador: LEANDRO NASCIMENTO DA SILVA RODRIGUES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69411823.6.0000.5076

Instituição Proponente: Centro Universitario UniEvangélica

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.246.566

Apresentação do Projeto:

Em conformidade com o número do parecer: 6.110.666

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Avaliar os aspectos da qualidade de vida nos pacientes em hemodiálise.

Objetivos específicos

- Indicar as intercorrências nos pacientes em hemodiálise a curto e longo prazo.
- Elencar as diferenças do impacto na qualidade de vida em relação à faixa etária.
- Relatar como as complicações afetam a qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise a curto e longo prazo.
- Elencar as medidas preventivas relacionadas às intercorrências nos pacientes em hemodiálise.

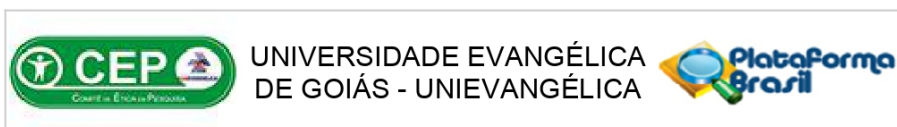
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em conformidade com o número do parecer: 6.110.666

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de Pesquisa do Curso de Medicina da Universidade Evangélica de Goiás- UniEVANGÉLICA, sob a orientação da Prof. Dr. Leandro Nascimento Silva de Rodrigues. Discentes: Ana Gabriela Brandão Silva, Gabriela Silvestre Costa Silva, Lídia Rodrigues Feitosa, Luana Nunes Prudente, Vitória Silva Margon.

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 6.246.566

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com as recomendações previstas pela RESOLUÇÃO CNS N.466/2012 e demais complementares o protocolo permitiu a realização da análise ética. Todos os documentos listados abaixo foram analisados.

Recomendações:

Não se aplica.

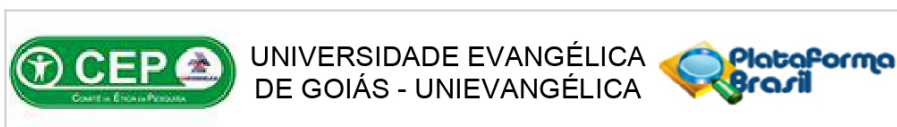
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Lista de pendências

Pendência 1 - Na metodologia os pesquisadores descrevem que haverá coleta de dados por meio da análise de prontuários, mas na declaração de Instituição coparticipante não consta esse método de coleta. Adicionar na plataforma o Termo de Autorização para Utilização de Manuseio de Dados (modelo disponível em <https://www4.unievangelica.edu.br/departamento/comite-de-etica-em-pesquisa/como-encaminhar-umprojeto>). Não consta no TCLE que irá pesquisar em prontuário. **ANÁLISE:** Na página 21 do documento Projeto 7P.docx, foi realizada a correção da coleta de dados e retirado a análise de prontuários, conforme descrito abaixo: Coleta de dados: O TCLE será aplicado presencialmente pelos autores da pesquisa, de forma física e individual, na clínica privada de nefrologia em Goiânia-GO durante a realização da sessão de hemodiálise do paciente. Após a aplicação do TCLE, ainda na clínica e de forma individual, aqueles que consentirem e assinarem o termo, poderão realizar dois questionários que serão disponibilizados pelos autores da pesquisa. O primeiro, autoral, contém 19 tópicos interrogativos, tem o intuito de averiguar o perfil sociodemográfico, com perguntas referentes à identificação, como: idade, sexo, cor, estado civil, profissão, comorbidades e complicações dos indivíduos. Já o segundo, adaptado do questionário universal utilizado pela OMS, "The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref", avaliará a qualidade de vida e a saúde mental dos pacientes em tratamento, além do comprometimento psicológico diante de toda a conjuntura que os abarcam. **PENDÊNCIA ATENDIDA**

Pendência 2 - Descrever como será realizado o procedimento de consentimento livre e esclarecido, conforme recomenda a Resolução 466/12. Descrever a forma de convite e obtenção do consentimento livre e esclarecido (Onde será feito? Por quem? Quando?). **ANÁLISE:** No documento Projeto 7P.docx foi corrigido o parágrafo 5 da página 21, como descrito: O TCLE será aplicado presencialmente pelos autores da pesquisa, de forma física e individual, na clínica privada de nefrologia em Goiânia-GO durante a realização da sessão de hemodiálise do paciente. Após a aplicação do TCLE, ainda na clínica e de forma individual, aqueles que consentirem e assinarem o

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



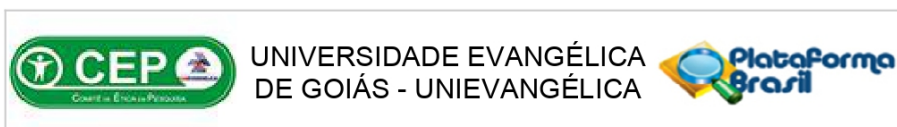
Continuação do Parecer: 6.246.566

termo, poderão realizar dois questionários que serão disponibilizados pelos autores da pesquisa. O primeiro, autoral, contém 19 tópicos interrogativos, tem o intuito de averiguar o perfil sociodemográfico, com perguntas referentes à identificação, como: idade, sexo, cor, estado civil, profissão, comorbidades e complicações dos indivíduos. Já o segundo, adaptado do questionário universal utilizado pela OMS, "The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref", avaliará a qualidade de vida e a saúde mental dos pacientes em tratamento, além do comprometimento psicológico diante de toda a conjuntura que os abarcam. PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendência 3 - Descrever local onde os questionários serão realizadas de forma a manter a privacidade e a confidencialidade dos participantes. ANÁLISE: No documento Projeto 7P.docx foi corrigido o parágrafo 5 da página 21, como descrito: O TCLE será aplicado presencialmente pelos autores da pesquisa, de forma física e individual, na clínica privada de nefrologia em Goiânia-GO durante a realização da sessão de hemodiálise do paciente. Após a aplicação do TCLE, ainda na clínica e de forma individual, aqueles que consentirem e assinarem o termo, poderão realizar dois questionários que serão disponibilizados pelos autores da pesquisa. O primeiro, autoral, contém 19 tópicos interrogativos, tem o intuito de averiguar o perfil sociodemográfico, com perguntas referentes à identificação, como: idade, sexo, cor, estado civil, profissão, comorbidades e complicações dos indivíduos. Já o segundo, adaptado do questionário universal utilizado pela OMS, "The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref", avaliará a qualidade de vida e a saúde mental dos pacientes em tratamento, além do comprometimento psicológico diante de toda a conjuntura que os abarcam. PENDÊNCIA ATENDIDA.

Pendência 4 - No item benefícios lê-se: O benefício direto relacionado com a colaboração do paciente nesta pesquisa é o de receber informações e orientações sobre como melhorar sua qualidade de vida durante o tratamento. Como será passado essas informações. Cartilhas, folder? E o resultado do questionário (qualidade de vida) deverá ser passado ao participante. ANÁLISE: No documento Projeto 7P.docx foi corrigido o parágrafo 3 da página 22, como descrito: O benefício direto relacionado com a colaboração do paciente nesta pesquisa é o de receber informações e orientações através de uma cartilha explicativa sobre como melhorar sua qualidade de vida durante o tratamento, disponibilizada pelos autores da pesquisa aos participantes. O participante terá acesso ao resultado do questionário universal WHOQOL-bref, que avalia a qualidade de vida e a saúde mental. Além disso, o trabalho apresentará benefício para a comunidade científica e para

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 6.246.566

os profissionais da saúde, melhorando o curso e a efetividade do tratamento de hemodiálise. Foi adicionado também em anexos 2 na página 29 a cartilha. PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos ao pesquisador responsável o envio do RELATÓRIO FINAL a este CEP, via Plataforma Brasil, conforme cronograma de execução apresentado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2121299.pdf	17/08/2023 08:21:05		Aceito
Outros	carta.docx	17/08/2023 08:20:44	Lídia Rodrigues Feitosa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO7P.docx	10/08/2023 12:43:11	Lídia Rodrigues Feitosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.docx	10/08/2023 12:42:51	Lídia Rodrigues Feitosa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Pesquisador.pdf	05/05/2023 07:13:07	Lídia Rodrigues Feitosa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Instituicao.pdf	05/05/2023 07:08:59	Lídia Rodrigues Feitosa	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	05/05/2023 07:07:35	Lídia Rodrigues Feitosa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANAPOLIS, 17 de Agosto de 2023

Assinado por:
Constanza Thaise Xavier Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br