

Artigo de Revisão

ASPECTOS GERAIS DE QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO DIALÍTICO

GENERAL ASPECTS OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS SUBJECTED TO DIALYSIS TREATMENT

Heloisa Werner Ker Reder¹

Ílára Lúcia Pagano Gama¹

Wander de Jesus Jeremias¹

¹Faculdade do Futuro

RESUMO

O interesse pelo conteúdo e estudo de métodos dialíticos, mais precisamente diálise peritoneal (DP), deve-se ao fato de que muitas pessoas desconhecem esse tipo de tratamento, sobretudo quando se compara ao conhecimento à cerca da hemodiálise. Um paciente submetido à DP é cercado de cuidados e precauções tornando a forma de tratamento bastante eficaz. Aspectos físicos, emocionais, bem como a vitalidade dos pacientes são discutidos com base em referências bibliográficas constantes em literaturas especializadas voltadas para o tema. O trabalho tem por objetivo discutir aspectos gerais da Qualidade de Vida (QV) dos pacientes submetidos ao tratamento dialítico. O tema QV abrange aspectos físicos, emocionais e a vitalidade de cada paciente. Foram realizadas pesquisas em livros e artigos já publicados sobre a qualidade de vida de pacientes em tratamento de hemodiálise (HD) e diálise peritoneal (DP) com o intuito de comparar os tipos de vida, sabendo que cada um tem o seu conceito de QV. Os quatro fatores que estão relacionados à diminuição de QV são: ansiedade, depressão, idade e fator socioeconômico. Tratando-se de QV, percebe-se que esta é singular a cada paciente e sua expectativa nunca alcançará todos os aspectos da vida que são importantes para um indivíduo. Embora o paciente seja responsável pela sua aderência ao tratamento, o processo também pode ser entendido como um trabalho conjunto com equipe de profissionais, familiares e amigos envolvidos direta ou indiretamente no tratamento. Conclui-se que a QV refere-se à saúde como fator relevante para manter-se em atividade constante voltada a um bom funcionamento físico, a aspectos sociais adequados, ao estado emocional e mental satisfatórios, além da percepção individual de bem-estar.

Palavras-chave: qualidade de vida, diálise peritoneal, hemodiálise

ABSTRACT

The interest in the content and in the study of dialysis methods, especially PD, is due to the fact that this kind of treatment is unbeknownst to many people, particularly when it is compared to the knowledge on hemodialysis. A patient subjected to PD is surrounded by care and precautions, what makes the treatment much more efficient. Physical and emotional aspects, as well as the vitality of the patients are discussed based in literature references present in specialized bibliography related to the topic.

The goal of this work is to discuss general aspects of the quality of life (QV) of the patients subjected to dialysis treatment. The topic QV comprises emotional and physical aspects and the vitality of each patient. Research in published books and articles, concerning the quality of life of patients under hemodialysis (HD) and peritoneal dialysis treatments, was done so as to compare the different kinds of life style, taking into account that each person has a conception of what is QL. Four factors are related to the decrease in quality of life; they are: anxiety, depression, age and socioeconomic factors. Concerning QL, it can be noted that it depends on each patient and the person's expectations will never reach all the life aspects that are important for an individual. Although the patient is responsible for starting his own treatment, the process may be understood as a work that involves the professional team, relatives and friends direct or indirectly related to the treatment. It can be conclude, therefore, that the QL refers to health as a relevant factor to the maintenance of good physical condition, adequate social aspects, satisfactory emotional and mental states and the own conception of well being.

Key-words: quality of life, peritoneal dialysis, hemodialysis

INTRODUÇÃO

O interesse pelo conteúdo e estudo de métodos dialíticos, mais precisamente DP, deve-se ao fato de que muitas pessoas desconhecem esse tipo de tratamento, sobretudo, quando se compara ao conhecimento à cerca da hemodiálise. Um paciente submetido à DP é cercado de cuidados e precauções tornando esta forma de tratamento bastante eficaz.

Qualidade de Vida (QV) é um novo conceito que surgiu na área da saúde. O aumento da incidência das doenças crônicas entre a população é um fato conhecido. Viver com uma condição crônica de saúde, especificamente a Insuficiência Renal Crônica (IRC), traz uma série de mudanças à vida das pessoas e seus familiares, requerendo enfrentamentos, impondo dificuldades que nem sempre a família ou a equipe de saúde estão preparadas para contribuir e, principalmente, compreender.

Minaire *et al* apud Duarte (2003) citam que, neste contexto, as avaliações de QV passaram a incluir dados sobre condição e funcionamento físico, psicológico e social, além do impacto dos sintomas da doença e do tratamento. No entanto, a qualidade de vida de pacientes portadores de doenças crônicas foi, por muito tempo, avaliada exclusivamente em termos de sobrevida e sinais da presença da doença, sem considerar as suas conseqüências psicossociais e as do tratamento.

Como resultado do intenso desenvolvimento científico pelo qual a nefrologia tem passado nestes últimos anos, os pacientes renais crônicos e aqueles que, por qualquer motivo, sofreram perda aguda e irreparável das funções renais, pode dispor de três métodos eficazes de tratamento para se manter em vida: diálise peritoneal, hemodiálise e transplante renal.

Este trabalho tem por objetivo discutir aspectos gerais da qual QV dos pacientes submetidos ao tratamento dialítico. O tema QV abrange aspectos físicos, emocionais e a vitalidade de cada paciente.

Foram realizadas pesquisas em livros e artigos já publicados sobre a QV de pacientes em tratamento de hemodiálise (HD) e diálise peritoneal (DP) com o intuito de avaliar e discutir aspectos gerais da QV de pacientes então submetidos a estes tipos de tratamento dialítico.

Um estudo bibliográfico efetua-se na tentativa de resolver o problema ou adquirir conhecimentos a partir do emprego predominante de informações advindas de material gráfico e informativo. É fundamental que o pesquisador faça um levantamento dos temas e tipos de abordagens já trabalhadas por outros estudiosos, assimile os conceitos e explore os aspectos já estudados". (Barros e Lehfeld 2000).

Sistema Urinário

O sistema urinário é composto pelos rins, ureteres, bexiga e uretra. O equilíbrio sadio do corpo deve-se, em grande parte, ao trabalho dos rins, embora sejam pequenos. Cada rim tem tamanho aproximado de 10 cm, tom vermelho-escuro, pesa cada um cerca de 125g e localizam-se na porção posterior do abdome. O rim direito quase sempre é menor e está situado um pouco abaixo do esquerdo. Os rins são responsáveis por quatro funções no organismo: eliminar toxinas do sangue por um sistema de filtração; regular a formação do sangue e a produção dos glóbulos vermelhos; regular a pressão sangüínea e controlar o delicado balanço químico e de líquidos do corpo. O sangue chega aos rins através das artérias renais que se originam na artéria aorta abdominal. Após circular pelos rins, o sangue retorna à veia cava abdominal através das veias renais. Os rins recebem cerca de 1,2 litros de sangue por minuto (Andreoli e Nadaletto 2007).

Insuficiência Renal

As doenças renais estão entre as causas mais importantes de morte e de incapacidade em muitos países do mundo. De acordo com Guyton (1998), as Insuficiências Renais podem ser agrupadas em duas categorias principais: Insuficiência Renal Aguda (IRA): os rins param de funcionar por completo ou quase por completo, eventualmente, podem recuperar sua função quase normal; Insuficiência Renal Crônica (IRC): ocorre perda progressiva da função de um número cada vez maior de néfrons, com a conseqüente diminuição gradual da função renal global.

IRA é uma síndrome caracterizada pelo declínio rápido (horas e semanas) do ritmo e filtração glomerular e pela retenção de compostos nitrogenados (Prado *et al.* 2001). A falta abrupta e intensa de água e a perda repentina de sangue são as principais causas de IRA, causando a não formação de urina ou somente de pequenas quantidades de urina por dia. A queda de pressão arterial por diversos fatores, como falta de líquidos, doenças do coração e substâncias ou medicamentos que baixem a pressão, pode diminuir a força de filtração e a urina também não se formar.

Pode ocorrer que substâncias tóxicas ingeridas ou injetadas destruam parte do rim e suas funções sejam alteradas agudamente. Outra situação comum que resulta em IRA é a obstrução das vias urinárias. A urina é formada, mas é impedida de sair e, em conseqüência, surge anúria ou oligúria. O rim deixa de funcionar de modo abrupto, mas pode eventualmente recuperar a sua função.

De acordo com Prado *et al.* (2001), IRC é uma síndrome metabólica decorrente de perda progressiva, geralmente lenta, da capacidade excretória renal. É o resultado das lesões renais irreversíveis e progressivas provocadas por doenças que tornam o rim incapaz de realizar as suas funções.

O ritmo de progressão depende da doença original e de causas agravantes como hipertensão, diabetes melitus, glomerulonefrite crônica, pielonefrite, obstrução do trato urinário, lesões hereditárias, distúrbios vasculares, infecções, medicamentos ou agentes tóxicos. Muitas vezes a destruição renal progride pelo desconhecimento e descuido dos portadores das doenças renais.

IRC acarreta um conjunto de conseqüências. A perda de néfrons funcionantes implica que os néfrons sobreviventes excretam mais água e solutos, no entanto como não conseguem compensar totalmente a perda de néfrons, há: retenção de água e desenvolvimento de edema, aumento da uréia extracelular (Uremia) e de outras fontes de azoto (Azotemia), acidose (a produção normal de ácidos excede a produção normal de bases o que conduz à acumulação de ácidos na situação de insuficiência renal completa), anemia (quantidades insuficientes de eritropoietina) e osteomalácia (diminuição da quantidade de vitamina D ativa).

À medida que a função renal diminui, os produtos finais do metabolismo protéico (que são normalmente excretados na urina) acumulam-se no sangue. A uremia desenvolve-se e afeta de maneira adversa todos os sistemas do corpo. Quanto maior o acúmulo de produtos de degradação, mais graves serão os sintomas.

Existem estágios bem reconhecidos da doença renal crônica:

Estágio 1: Reserva Renal Diminuída: caracterizada por uma perda de 40 a 75% da função do néfron. Em geral, o paciente não apresenta sintomas, porque os néfrons remanescentes são capazes de realizar as funções normais dos rins.

Estágio 2: Insuficiência Renal: a insuficiência renal ocorre quando 75 a 90% da função do néfron foram perdidos. Nesse ponto, a creatinina e a uréia séricas aumentam, o rim perde sua capacidade de concentrar a urina e a anemia se desenvolve. O paciente pode reportar poliúria e nictúria.

Estágio 3: DRET (Doença Renal em Estágio Terminal): acontece quando existem menos de 10% dos néfrons funcionando normalmente. Todas as funções reguladoras, excretoras e hormonais normais do rim estão gravemente prejudicadas. É evidenciada por níveis séricos elevados de uréia e creatinina, bem como por desequilíbrios eletrolíticos. Quando o paciente alcança esse ponto, a diálise geralmente está indicada. Muitos dos sintomas de uremia são reversíveis com a diálise.

Métodos Dialíticos de Tratamento

Se os rins deixam de realizar suas funções, pode levar ao risco de morte. O paciente geralmente apresenta sintomas como fraqueza, perda de apetite, náuseas, vômitos, inchaços, palidez, falta de ar, anemia e alterações nos exames de sangue (aumento de uréia, creatinina, potássio, etc.) (Guyton e Hall 1998). É preciso, então, substituir as funções dos rins de alguma maneira. Isso pode ser feito realizando-se um transplante renal ou através da diálise. A diálise é, portanto, um tipo de tratamento que visa a repor as funções dos rins, retirando as substâncias tóxicas e o excesso de água e sais minerais do organismo, estabelecendo assim uma nova situação de equilíbrio. Através da diálise, é possível melhorar os sintomas acima citados e reverter a situação de risco de vida imposta pela insuficiência renal (Andreoli e Nadaletto 2007).

A diálise é o processo de remoção de produtos da degradação metabólica e do excesso de água do organismo. Existem dois métodos de diálise: a hemodiálise (HD) e a diálise peritoneal (DP). Na HD, o sangue é removido do corpo e bombeado até um aparelho que retira as substâncias tóxicas do organismo e, em seguida, retorna o sangue purificado ao indivíduo. Na DP, é realizada a infusão no interior da cavidade abdominal de um líquido contendo uma mistura especial de glicose e sais que retira as substâncias tóxicas dos tecidos. Em seguida, o líquido é retirado da cavidade abdominal e descartado. Um programa de diálise eficaz permite ao indivíduo levar uma vida razoavelmente normal, manter uma dieta razoável, uma contagem de eritrócitos aceitável, uma pressão arterial normal e não desenvolver qualquer lesão nervosa. A diálise pode ser utilizada como tratamento de longo prazo para a insuficiência renal crônica ou como uma medida paliativa antes de um transplante renal. Para IRA, a diálise pode ser necessária por apenas alguns dias ou semanas, até a função renal ser restaurada (Altman *et al.* 2006).

O transplante é outra forma de tratamento para a insuficiência renal, ou seja, é a substituição dos rins doentes por um rim saudável de um doador. É o método mais efetivo e de menor custo para a reabilitação de um paciente com insuficiência renal crônica terminal. A técnica cirúrgica e os cuidados do transplante renal foram estabelecidos como tratamento adequado para a insuficiência renal crônica a partir

de 1965. Hoje, no Brasil, aproximadamente 35.000 pacientes com insuficiência renal crônica estão em tratamento pela diálise. Destes, somente três mil conseguem ser transplantados anualmente (Busato 2006).

A razão dessa longa fila de espera deve-se ao pequeno número anual de transplantes renais. No Brasil, só se consegue transplantar 10 % dos pacientes que estão na lista de espera. Além disso, a mortalidade em HD em todo o mundo e no Brasil é da ordem anual de 15 a 25 %. Se somar os pacientes transplantados (10 %) aos que morrem em HD (15 a 25 %), restam anualmente 65 a 75 % de pacientes na lista de espera. A esse grupo deve-se somar os novos renais crônicos que surgem todo ano, em torno de 35 a 50 para cada milhão de habitantes (Busato 2001). Atualmente, no Brasil, existem 70.872 pacientes em terapia renal substitutiva, conforme o Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) de 2006, sendo 64.306 pacientes em HD, 6.566 em DP (SBN 2007).

QUALIDADE DE VIDA

A Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, define como saúde um estado de completo bem estar físico, mental e social e não, simplesmente, a ausência de doença ou enfermidade. Tal Constituição declara que a busca do melhor padrão possível de saúde é um dos principais direitos de todo ser humano, sem distinção de raça, posição política, religião, condição econômica ou social.

A OMS tem por objetivo desenvolver ao máximo possível o nível de saúde de todos os povos (World Health Organization Centre for Health Development Kobe Japan 2005).

Há vários significados associados à QV. Na medicina, foi utilizada para designar as condições que melhoram as chances de sobrevivência de recém-nascidos e logo encontrou aplicação mais ampla ao atendimento de pacientes adultos e idosos, fragilizados ou terminais. Está relacionada, principalmente, com o custo/benefício inerente à manutenção da vida de enfermos crônicos e terminais. A questão é focalizada tanto quanto ao ponto de vista do bem-estar e dos direitos individuais quanto dos interesses e valores da sociedade. Portanto, na área médica, a expressão usada é “qualidade de vida em saúde”, centralizando suas ações na

capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade, segundo Rodrigues *et al.* (2004).

Martins e Cesarino (2005) afirmam que a doença renal é considerada um grande problema de saúde pública, porque causa elevadas taxas de morbidade e mortalidade e, além disso, tem impacto negativo sobre a QV relacionada à saúde. Os avanços tecnológicos e terapêuticos na área de diálise contribuíram para o aumento da sobrevida dos renais crônicos, sem, no entanto, possibilitar-lhes o retorno à vida em relação aos aspectos qualitativos. Esses pacientes que dependem de tecnologia avançada para sobreviver apresentam limitações no seu cotidiano e vivenciam inúmeras perdas e mudanças bio-psicossociais que interferem na sua QV tais como: a perda do emprego, alterações na imagem corporal, restrições dietéticas e hídricas.

Conforme citado anteriormente, segundo o Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) de 2006, no Brasil, 90,7% dos pacientes com IRC estão em tratamento hemodialítico, ao passo que os restantes 9,3% são submetidos ao tratamento por DP (Romão Junior 2007). Quando analisadas as publicações sobre o tema Qualidade de Vida do Paciente Renal Crônico (QVPRC), foi detectada a escassez de artigos publicados no Brasil e mesmo na América Latina, principalmente em relação à QVPRC-DP. Dentre os artigos analisados, a maioria se relacionava a QVPRC em tratamento de HD, talvez pelo fato de que somente nos últimos anos as técnicas de DP têm se tornado de uso mais freqüente e, conseqüentemente, a abordagem da QV para o grupo de pacientes assim tratados tenha também aumentado.

Ferraz e Cohen *apud* Castro *et al.* (2003) citam que o interesse em mensurar QV, especialmente na doença renal crônica, tem aumentado nos últimos anos e, desde 1970, o conceito de QV vem sendo aplicado. Antes, o termo qualidade era vinculado apenas ao atendimento em hospitais, justificado principalmente pelo fato de envolver um tipo de terapia dispendiosa, por exigir uma robusta estrutura física, com equipamentos e profissionais especializados. O objetivo principal de aumentar a sobrevida dos pacientes sempre norteou as ações voltadas ao conceito, mas, em um primeiro momento, as conseqüências psicossociais e diretas do tratamento não eram consideradas de forma evidente. Atualmente, o foco tem-se dirigido aos

pacientes e à avaliação do funcionamento físico, de aspectos psicológicos e sociais, além dos impactos dos sintomas da doença e do próprio tratamento.

Machado *apud* Castro *et al.* (2003) diz que a qualidade de vida tem-se tornado importante critério na avaliação da efetividade de tratamentos e intervenções na área da saúde. Os aspectos abordados em QV têm sido utilizados para analisar o impacto das doenças crônicas no cotidiano das pessoas e, para isso, é necessário avaliar indicadores de funcionamento físico, aspectos sociais, estado emocional e mental, da repercussão de sintomas, como anteriormente citado, além da percepção individual de bem-estar. A importância de se obter uma QV é fundamental não só por se relacionar aspectos básicos de saúde, mas também porque QV, morbidade e a mortalidade estão indiretamente interligadas.

De acordo com Neto *et al apud* Santos (2006), o impacto da IRC sobre a qualidade de vida decorre de vários fatores: convívio com doença irreversível (incurável), esquema terapêutico rigoroso que provoca modificações alimentares, mudança de hábitos, das atividades sociais, no trabalho e a utilização de vários medicamentos e dependência de uma máquina.

Para avaliar a QV de pacientes com IRC existem hoje questionários específicos como “O questionário SF-36, *Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey*”, que é composto por 36 itens que abordam as seguintes dimensões: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental (Castro *et al.* 2003).

Segundo Kovac e Patel *apud* Thomaz e Alchieri (2005), no início do tratamento dialítico, verificou-se que a ansiedade se fazia presente durante todo o processo de adaptação. Verificou-se também que a depressão ocasionava a diminuição da imunidade assim como nos cuidados pessoais e com menor adaptação aos tratamentos e dietas. Examinando pacientes em tratamento com diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD), ficou constatado que depressão e ansiedade aumentadas estavam relacionadas com uma incidência maior de peritonite nesses pacientes, ou seja, com uma morbidade maior. À medida que a idade aumenta, uma série de fatos ocorre como a maior possibilidade de comorbidades, maior incidência de depressão, perdas diversas (seja de cônjuges,

suporte social ou capacidade econômica), o próprio processo de envelhecimento, entre outros.

O aumento da idade está associado à diminuição da QV dos pacientes, em especial nos aspectos físicos. Nos pacientes mais idosos, o impacto de uma doença renal terminal é menor do que nos jovens, uma vez que eles têm maior capacidade de lidar com as limitações que a doença impõe. Dificuldades socioeconômicas também podem levar a limitações no acesso à saúde devido ao baixo nível de escolaridade e conseqüentemente à falta de emprego e informação ineficaz. Esses fatores diminuem a prevenção de doenças ou seu controle, uma vez instaladas.

Com base nos resultados obtidos, conclui-se que a QV refere-se à satisfação do paciente como um todo, levando-se em conta a saúde como fator relevante para se manter em atividade constante, voltada para um bom funcionamento físico, aspectos sociais adequados, estado emocional e mental satisfatórios, além da percepção individual de bem-estar.

CONCLUSÃO

Neste estudo ficou constatado que IRC, como patologia cronicadora, compromete as funções vitais, os aspectos físicos e emocionais e impõe limites no cotidiano de pacientes que a portem, levando-os a mudar sua rotina, a adaptar-se a mudanças em seu estilo de vida e, conseqüentemente, afetando de maneira negativa sua sobrevida.

Antigamente, QV era relacionada ao ambiente hospitalar e visava, principalmente, à relação custo/benefício durante o tratamento, aumentando assim a sobrevida do paciente sem se preocupar com o aspecto psicológico, levando a um consenso de que a atenção deve-se dirigir ao paciente, devido às conseqüências de uma doença cronicadora que poderão ser irreversíveis.

Os quatro fatores que estão relacionados à diminuição de QV e que foram discutidos neste artigo são: ansiedade, depressão, idade e fator socioeconômico. Ansiedade e depressão fazem-se presentes durante todo o processo, ocasionando diminuição da imunidade e cuidados pessoais precários, com menor adaptação ao tratamento e dieta. Já a idade está relacionada à mortalidade, com maior possibilidade de comorbidades, perdas diversas e o próprio processo de

envelhecimento. Por outro lado, fatores socioeconômicos levam a limitações no acesso à saúde o que diminui, sobretudo, a prevenção de doenças ou seu controle.

Quando comparadas as expectativas e as experiências vivenciadas pelos pacientes durante os diferentes tratamentos dialíticos, percebe-se com mais clareza a importância da QV, que é singular a cada um destes pacientes. Sua expectativa nunca alcançará todos os aspectos da vida que são importantes para um indivíduo. Embora o paciente seja responsável pela sua aderência ao tratamento, o processo também pode ser entendido como um trabalho conjunto entre equipe de profissionais, familiares e amigos envolvidos direta ou indiretamente no tratamento. A interação entre a equipe médica é também fator que pode auxiliar na predição de uma melhor adesão terapêutica, de acordo com Higginson & Carr apud Thomas & Alchieri (2005).

A saúde, portanto, está sendo entendida como algo maior do que ausência de doença, com a possibilidade de uma vida melhor, participativa, em busca de qualidade de vida do indivíduo, da sua família e da comunidade em que está inserido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALTMAN L. K.; BLUMENTHAL S. J.; BONDY P. K. Distúrbio dos Rins e do Trato Urinário: insuficiência renal. Manual Merck. Capítulo 123. http://www.msd-brazil.com/msd43/m_manual/mm_sec11_123.htm (acessado em 12/Fev/2006).
- ANDREOLI M. C. C.; NADALETTO M. A. Temas de Nefrologia: diálise. São Paulo. Sociedade Brasileira de Nefrologia. <http://www.sbn.org.br/Publico/dialise.htm> (acessado em 01/Dez/2006).
- BARROS A. J. da S.; LEHFELD N. A. de S. Fundamentos de Metodologia Científica: um guia para iniciação científica. 2. ed. São Paulo: Makron Books, 2000. p 70.
- BUSATO, O. Transplante Renal. <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?418> (acessado em: 18/10/2006).
- CASTRO M.; CAIUBY A. V. S.; DRAIBE S. A.; CANZIANI M. E. F. Qualidade de Vida de Pacientes com Insuficiência Renal Crônica em Hemodiálise Avaliada Através do Instrumento Genérico SF-36. Rev. Assoc. Méd. Bras, São Paulo, v.49, n. 3, Jun. 2003. <http://www.scielo.br> (acessado em: 06/Jan/2007).

DUARTE P. S.; MIYAZAKI M. C. O. S; CICONELLI R. M.. Tradução e Adaptação Cultural do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida para Pacientes Renais Crônicos (KDQOL-SF). Rev. Assoc. Med. Brás, São Paulo, v.49, n.4, p.375-381, 2003.

GUYTON A. C.; HALL J. E. Fisiologia Humana e Mecanismos das Doenças. 6 ed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 240 – 241, 1998.

MARTINS M. R. I.; CESARINO C. B. Qualidade de Vida de Pessoas com Doença Renal Crônica em Tratamento Hemodialítico. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.13, n.5, p. 670-676, 2005.

PRADO F. C. do; RAMOS J.; VALLE J. R. do. Atualização Terapêutica: manual prático de diagnóstico e tratamento. 20. ed. São Paulo: Artes Médicas, p. 738 – 760, 2001.

RODRIGUES S. M.; VARGAS A. M. D.; MOREIRA A. N. Saúde Bucal e Qualidade de Vida no Idoso. Rev. Científica da Faculdade de Ciência da Saúde, Governador Valadares, v.1, n.12, 2004. <http://www.guiaodonto.com.br> (acessado em 15/Set/2006).

ROMÃO JUNIOR J. E. Sociedade Brasileira de Nefrologia. São Paulo. <http://www.sbn.org.br> (acessado em 09/Mar/2007).

SANTOS P. R. Relação do Sexo e da Idade com Nível de Qualidade de Vida em Renais Crônicos Hemodialisados. Rev. Assoc. Méd. Bras, São Paulo, v.52, n. 5, p.356-359, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Censo dezembro/2006. <http://www.sbn.org.br/Censo/2006/censoSBN2006.ppt> (acessado em 25/Fev/2007).

THOMAZ C. V.; ALCHIERI J. C. Qualidade de Vida, Depressão e Características de Personalidades em Pacientes Submetidos à Hemodiálise. Aval. Psicol., v.4, n.1, p.57-64, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION CENTRE FOR HEALTH DEVELOPMENT KOBE. Japan, 2005. <http://www.who.or.jp/announcements.html> (acessado em 05/Jan/2007).