

PERFIL DE PACIENTES QUE REALIZAM HEMODIÁLISE NO SERTÃO CENTRAL PERNAMBUCANO

Adjairo da Silva Agripino¹
Ádilla Katarinne Gonçalves e Sá²

RESUMO

Este estudo avalia a qualidade de vida dos nefropatas crônicos submetido a hemodiálise (HD). Além de traçar o perfil desses pacientes conhecendo as expectativas de vida dessa população com relação ao futuro e as principais complicações apresentadas durante a HD. Trata-se de uma pesquisa epidemiológica, descritiva, transversal e quantitativa, realizada em uma clínica de hemodiálise no Sertão Central Pernambucano, com 98 pacientes. Utilizou-se para a coleta de dados um questionário sobre a caracterização dos participantes e expectativa de vida. Os resultados mostraram que a maioria dos entrevistados sofre interferências da HD nas atividades profissionais e de lazer, mais da metade dos entrevistados se sentem tranquilos, durante a permanência na clínica. As complicações mais citadas foram hipotensão arterial e tontura. Por fim, o paciente submetido a HD terá uma melhor qualidade de vida: quando for informado acerca de sua doença e tratamento; e, quando existir um sólido sistema de suporte e reabilitação. Para com isso, ser capaz de levar uma vida ativa, produtiva e auto-suficiente.

Palavras-chave: Hemodiálise; Qualidade de Vida; Insuficiência Renal Crônica.

ABSTRACT

This study evaluates the quality of life of chronic renal disease undergoing hemodialysis (HD). In addition to profile these patients know the life expectancy of this population about the future and major complications experienced during HD. It is an epidemiological, descriptive, transversal and quantitative held in a dialysis clinic in Central Backwoods of Pernambuco, with 98 patients. Was used for data collection a questionnaire on the characteristics of participants and life expectancy. The results showed that most respondents are affected by HD in the professional and leisure activities, more than half of respondents feel relaxed during their stay in the clinic. The

¹ Graduada em Licenciatura Plena em Ciências Biológicas pela Faculdade de Ciências Humanas do Sertão Central – FACHUSC. (adjairo10@hotmail.com).

² Professora Especialista da Faculdade de Ciências Humanas do Sertão Central – FACHUSC. (adillakgs@hotmail.com).

most frequent complications were hypotension and dizziness. Finally, the patient undergoing HD have a better quality of life: when informed about their disease and treatment, and when there is a solid system of support and rehabilitation. Stop it, be able to lead an active life, productive and self-sufficient.

Keywords: Hemodialysis, Quality of Life; Chronic Renal Failure.

1 INTRODUÇÃO

A crescente evolução tecnológica na assistência à saúde, bem como o processo de transição demográfica epidemiológica quem vem ocorrendo no país nas últimas décadas, tem influenciado de maneira significativa o perfil da população brasileira. Observa-se que as possibilidades de maior intervenção sobre o meio ambiente contribuíram para reduzir as doenças infecto contagiosas. Por outro lado, as repercussões do desenvolvimento científico e tecnológico, nas condições de vida da população, tem levado ao aumento da expectativa de vida, expondo a população a maior risco de desenvolver as doenças crônicas degenerativas, ocupando estas as primeiras posições nas estatísticas de mortalidade do Brasil (BRASIL,1992).

Dentre essas doenças crônicas degenerativas destacam-se o *Diabetes mellitus* (DM), a hipertensão arterial (HA), as artrites, as doenças Cardiovasculares e a insuficiência renal crônica (IRC) (BARROS *et al*, 1999).

Segundo Almeida e Meleiro (2000), há poucas décadas a IRC significava morte. Atualmente os variados tipos de diálise modificaram história natural dessa doença, melhorando seu prognósticos. Os mesmos autores relatam que hoje, diante de tantas mudanças, a qualidade dessa sobrevida tem sido o centro das atenções dos profissionais de saúde.

Marcondes (1999) define IRC como uma síndrome provocada por uma variedade de nefropatias que, devido a sua evolução progressiva, determinam de modo gradativo uma redução global das múltiplas funções renais, isto é glomerulares, tubulares e endócrinas.

Almeida (1998) acredita que a progressão da IRC é decorrente de múltiplos mecanismos vasculares, metabólicos e imunológicos, que envolvem fatores hemodinâmicos e mecânicos, substâncias vasoativas, citocinas, e fatores de estresse.

Nesta doença, a capacidade, do organismo de manter o equilíbrio hidroeletrolítico e metabólico, está altamente comprometida. Este fato leva ao aumento de uréia e

creatinina no organismo. Gerando sinais e sintomas típicos de distúrbios bioquímicos denominados de uremia (BIALY *et al*,1999)

Segundo Tomé *et al* (1999a), os meios de tratamentos utilizados no nefropata crônico é a terapia renal substitutiva, por meio da hemodiálise (HD).

Dentre as diferentes modalidades terapêuticas a hemodiálise é a mais utilizada e é considerada um procedimento complexo, no qual a adequação de materiais e equipamentos, o preparo e a competência técnica - científica dos profissionais que dele participam são muito importante para se evitar riscos e garantir melhores resultados na manutenção da vida do cliente e do seu relativo bem-estar (LIMA, GUALDA, 2000).

Perso (2005) define a hemodiálise como sendo um procedimento que limpa e filtra o sangue, liberta o corpo dos resíduos prejudiciais, do excesso de sal e de líquidos, controlando a pressão arterial e ajudando o organismo a manter o equilíbrio de substâncias químicas como o sódio, potássio e cloretos. Em média são realizadas três sessões por semana com duração de 03 a 04 horas.

O portador de IRC obrigado a passar por um tratamento doloroso e de longa duração submete-se a muitas limitações. Geralmente esses problemas são isolamento social, perda de emprego, dependência da previdência social, perda da autoridade no contexto familiar, afastamentos de amigos, impossibilidade de passeios e viagens prolongando em razão da periodicidade das sessões de hemodiálise, diminuição da atividade física, disfunção sexual, entre outros. Além desses, os pacientes podem apresentar complicações durante e após o tratamento (MARTINS, CESARIANO, 2004; GULLO, LIMA, SILVA, 2000).

Nesse contexto, vale ressaltar que a principal meta terapêutica para maioria dos pacientes co IRC em tratamento hemodialítico, segundo Wenger *et al* (1984), não é a cura, mas uma melhora da qualidade de vida, resultante da redução dos sintomas, da severidade da doença ou da limitação da progressão da doença.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral.

Traçar o perfil de Pacientes que realizam hemodiálise no Sertão Central Pernambucano

2.2 Objetivos Específicos.

- Apresentar as etapas da hemodiálise;

- Conhecer as doenças que levam o ser humano a necessitar tratamentos através da hemodiálise;

- Demonstrar os benefícios que a hemodiálise propicia aos pacientes.

3 METODOLOGIA

3.1 O Sertão Central

A Região de Desenvolvimento Sertão Central, está localizada no Sertão pernambucano, com uma área de 9.144,6 km². A Região é constituída por 8 municípios e uma população de mais de 159.397 habitantes. A mesorregião do Sertão Pernambucano é uma das cinco mesorregiões do estado brasileiro de Pernambuco. É formada por quatro microrregiões, de clima semi-árido e enfrenta períodos de seca, bem como apresenta algumas das maiores temperaturas do Brasil. É a região mais pobre e com menor densidade demográfica de Pernambuco. As maiores cidades são Serra Talhada, Arcoverde e Salgueiro, uma vez que Petrolina agora faz parte de uma nova mesorregião, a do São Francisco. (IBGE, 2010).

3.2 O Município de Salgueiro

De acordo com o IBGE (2010), o município de Salgueiro possui uma área de 1.686,805 Km², localiza-se no cruzamento das BR's 232 e 116, está no coração do Nordeste, tendo uma localização estratégica do ponto de vista logístico. O município é constituído de 4 distritos: Salgueiro, Conceição das Crioulas, Umãs e Vasques. Sua população: 56.629 habitantes e o PIB corresponde a R\$ 5032,36.

3.3 Local de Estudo e Coleta dos Dados

O estudo foi desenvolvido em uma clínica do sertão central Pernambucano, onde foi realizado a coleta de dados, através de questionários com os pacientes, nos quais analisou-se os seguintes aspectos: idade, sexo, renda familiar, tipos de doença. Através dos questionários realizou-se um levantamento da quantidade de pacientes que a clínica atendia, e as cidades abrangentes, sendo assim totalizando 98 pacientes 60 masculinos e 38 femininos. A clínica oferece acompanhamento dos seguintes profissionais: psicóloga, nutricionista, médico e equipe da enfermagem.

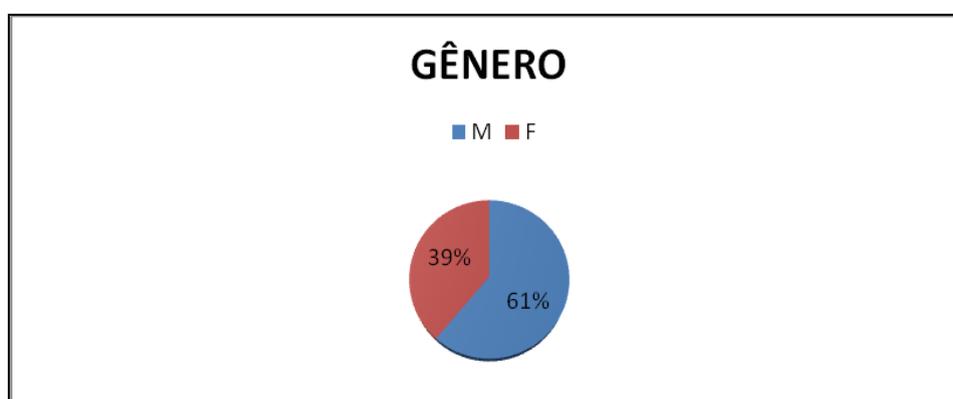
Tabela 1. Distribuição de pacientes por município

Município	Número de pacientes
Salgueiro	26
Ibó – Bahia	04
Mirandiba	06
Verdejante	02
Serrita	02
Parnamirim	08
Floresta	05
Ouricuri	09
Cabrobó	02
Serra Talhada	21
Belém do São Francisco	09
Santa Cruz da Baixa Verde	04
Total	98

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através do estudo observou-se que em relação ao gênero houve predomínio do sexo masculino com 61% dos entrevistados e apenas 38% do sexo feminino.

Figura 1. Distribuição da população em relação ao gênero.

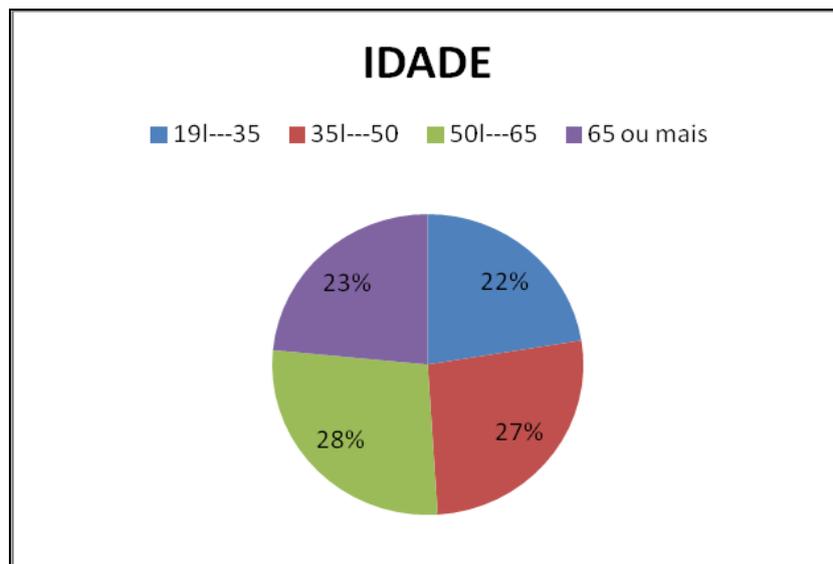


Elaborado por Adjairo Agripino

Esse resultado é semelhante aos de vários trabalhos encontrados na literatura, em que apontam o gênero masculino como sendo o mais predominante nas clínicas de hemodiálise (CASTRO *et al*, 2003; MACHADO *et al*, 2004; MARTINS, CESARINO, 2005; SANTOS, 2005; SAUPE, BROCA; 2004; SOUZA, CINTRA, GALLANI, 2005; YANG *et al*, 2005).

Um dado que pode ser mencionado para justificar o fato de ser mais homens em tratamento hemodialítico, é que a hipertensão arterial (HA), que encontra-se como uma das principais causas da IRC, levando o paciente a necessitar de terapia renal substitutiva, uma vez que a prevalência da HA nos homens é quase três vezes maior que nas mulheres (NOMURA, PRUDÊNCIO, KOHLMANN JÚNIOR, 1995).

Figura 2. Distribuição da população em relação à idade



Elaborado por Adjairo Agripino

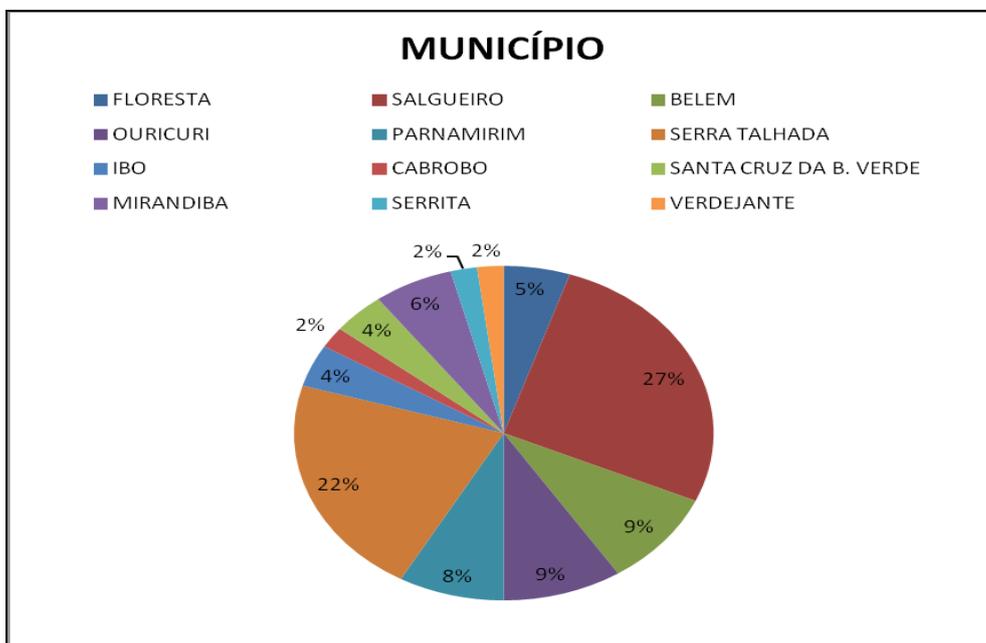
Quanto a faixa etária 27 (28%) pacientes tinham mais de 50 e menos de 65 anos, enquanto 26 (27%) tinham mais de 35 e menos de 50.

Algumas literaturas afirmam que os nefropatas crônicos estudados compreendiam a faixa etária de 36 a 55 anos (MARTINS, CESARINO, 2005) e 50 a 69 anos (REIS, GLASHAN, 2011).

A idade avançada é um fator que influencia fortemente a mortalidade, porém não deve impedir a indicação do tratamento.

Souza, Cintra e Gallani (2005) colocam também que os idosos em tratamento dialítico geralmente apresentam maior comprometimento funcional, o que remete à necessidade de assistência em suas atividades de vida etária.

Figura 3. Distribuição da população em relação ao município

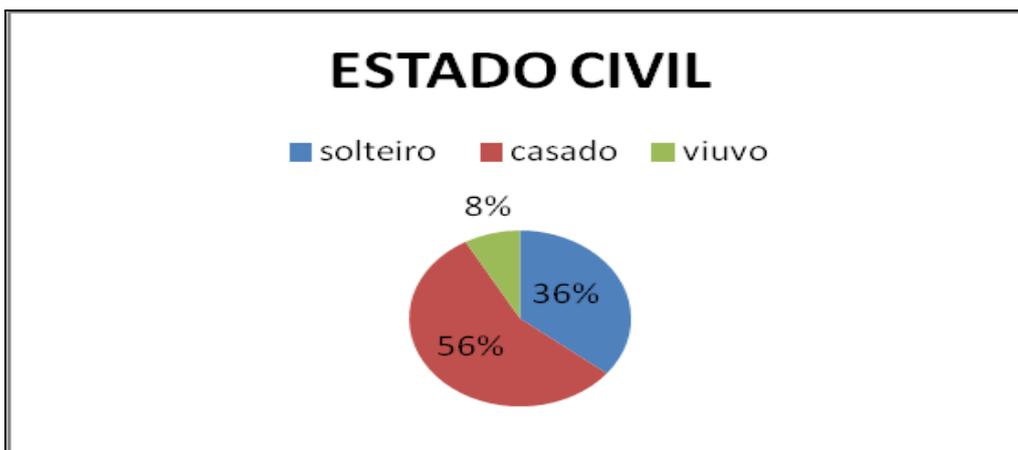


Elaborado por Adjairo Agripino

Os renais crônicos estudados moram em cidades circunvizinhas à Salgueiro.

Esses pacientes deslocam dos municípios de origem para a realização da hemodiálise, aumentando dessa forma, o tempo gasto no tratamento, uma vez que além do período em que permanecem na clínica, eles passam parte do dia nas rodovias, sendo que muitos desses pacientes dependem também do transporte oferecido pela rede pública.

Figura 4. Distribuição da população em relação a estado civil

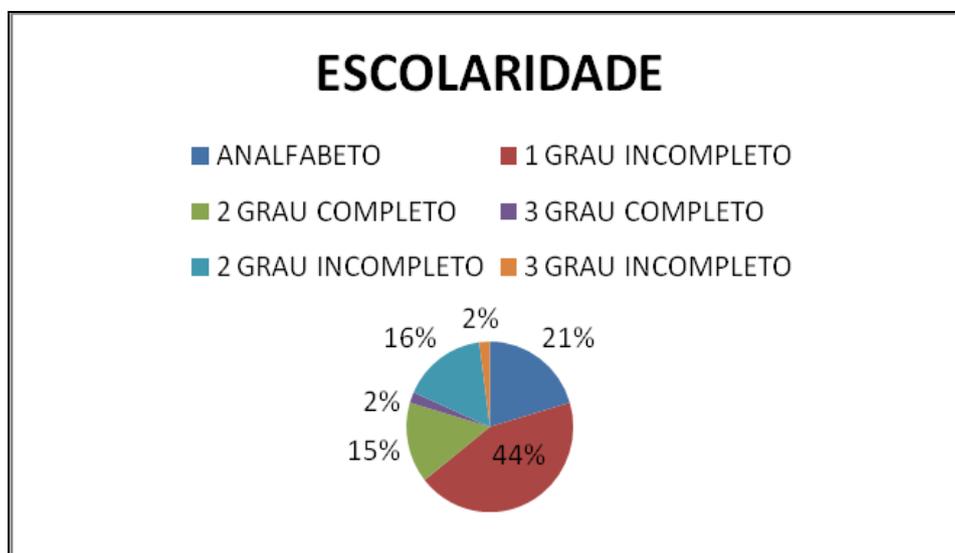


Elaborado por Adjairo Agripino

Ao ser abordado sobre o estado civil, verificou-se durante as entrevistas que 36% são solteiros, 56% casados e 8% viúvos. Conforme a (figura 2).

Esses resultados vão de encontro com a literatura, apontando que, entre os renais crônicos submetidos a hemodiálise há maior número de casados (MARTINS, FRANÇA, KUMURA, 1996; MARTINS, CESARINO, 2005; YANG *et al*, 2005).

Figura 5. Distribuição da população em relação a escolaridade.



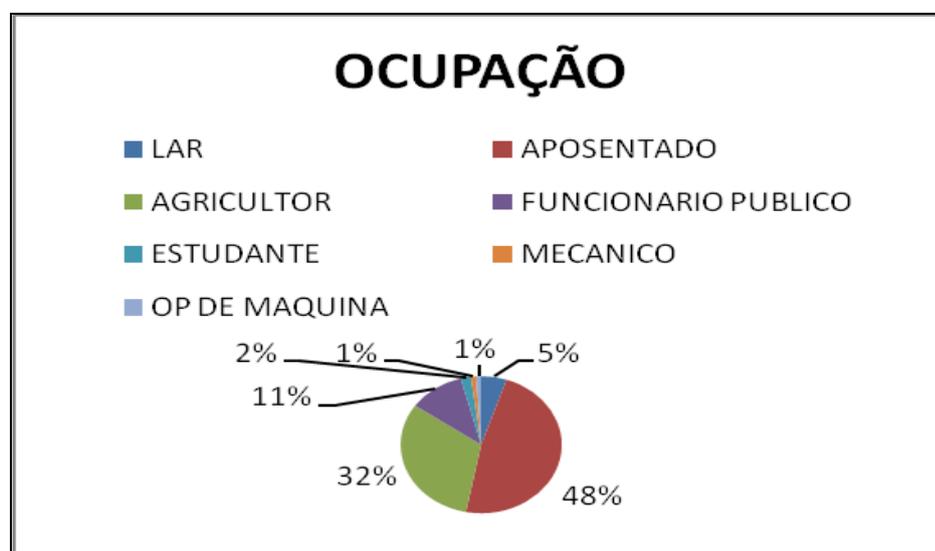
Elaborado por Adjairo Agripino

A figura acima mostra que 44% possuem 1º grau incompleto, 21% são analfabetos, pode-se também observar que, a população estudada estava compreendida entre analfabetos e 3º grau completo, confirmando uma baixa escolaridade entre os pacientes crônicos.

Em consonância a esses achados, estudos também verificaram que a maioria das pessoas que faz tratamento hemodialítico possuía o 1º grau incompleto (MARTINS; FRANÇA; KIMURA; 1996; SUAPE; BROCA; 2009)

Esses dados serve de alerta para os profissionais da saúde no que se refere a comunicação com esses pacientes renais crônicos, uma vez que necessita utilizar uma linguagem acessível ao nível de educação e/ou educação para a prevenção de complicações referentes ao tratamento. Dessa forma, há necessidade de explicações sobre a doença e tratamento. Para isso, o profissional deverá abandonar os termos técnicos e se valer de uma linguagem popular e de métodos participativos (TRENTINI *et. al.*, 2004).

Figura 6. Distribuição da população em relação ocupação.



Elaborado por Adjairo Agripino

De acordo com a ocupação (profissão) dos renais crônicos submetidos à hemodiálise na clínica estudada, a maioria (48%) dos entrevistados, encontram-se aposentados ou com licença saúde (Figura 4). Cabe mencionar que essa é uma realidade encontrada entre os pacientes de IRC e em tratamento hemodialítico, sendo que a aposentadoria é considerada uma condição de vida imposta pela doença.

Dentre a população que desenvolvia alguma atividade profissional remunerada 5% era funcionário público.

Diante do exposto acima, fica evidente que o desemprego entre portadores de IRC em programa de terapia renal substitutiva a hemodiálise é o tratamento em que a

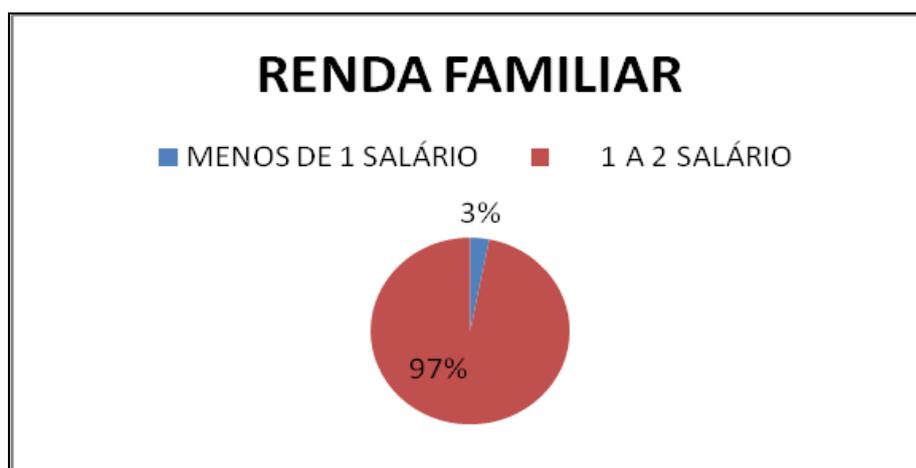
proporção de pacientes trabalhando é bem menor do que a proporção dos que estariam aptos para o trabalho (SILVA *et. al.*, 1995).

Segundo Daurgirdas e Ing. (1999), a capacidade dos indivíduos de retornar ao trabalho depende de sua condição socioeconômica e da gravidade da enfermidade no momento em que foi iniciado o tratamento.

Percebe-se assim que o trabalho, além de representar uma espécie de vínculo do indivíduo à comunidade humana, também constitui uma das formas mais desagregadas na sociedade (CARREIRA; MARCON, 2003).

Conforme NIU e LI (2005), o emprego e a atividade de ocupação entre os pacientes submetidos à hemodiálise tem sido um importante fator que pode melhorar a qualidade de vida desses pacientes em IRC. Por esse motivo, quando possível, deve inserir esses pacientes nas atividades profissionais.

Figura 7. Distribuição da população em relação a renda familiar.



Elaborado por Adjairo Agripino

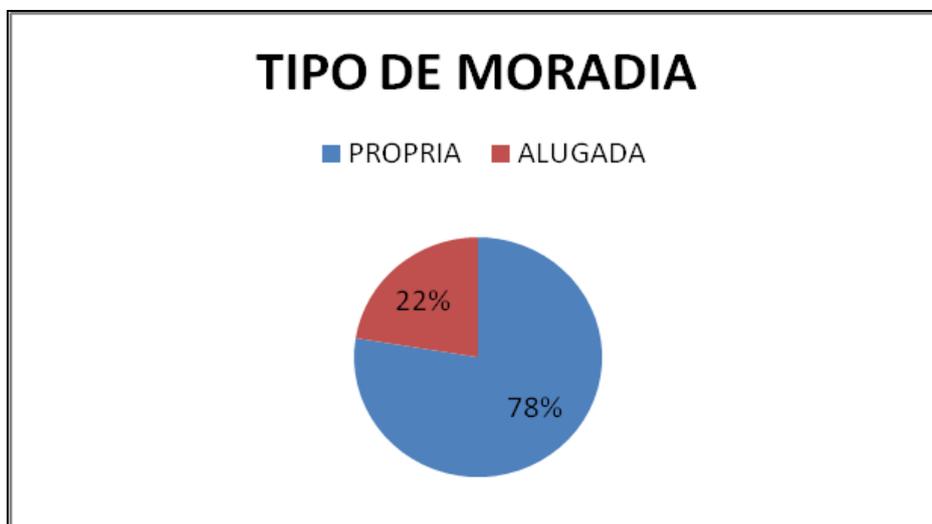
Em relação à renda familiar mensal e, com base no salário mínimo vigente de R\$ 545,00 reais, verificou-se que quase a população total, 97% dos entrevistados tinha uma renda de 1 a 2 salários mínimos, enquanto 3% recebiam menos de R\$ 545,00.

Vale ressaltar que nenhum paciente possuía uma renda mensal superior a 2 salários mínimos, conforme a (figura 5).

Autores confirmam esses dados, ou seja, no estudo de Martins, França e Kimura (2006), a maioria dos renais crônicos em hemodiálise contava com uma renda entre 01 a 02 salários mínimos. Reis e Glashan (2001), constataram que o nível socioeconômico

do grupo pesquisado era baixo, representado pela renda familiar de no máximo 02 salários mínimos.

Figura 8. Distribuição da população em relação a tipo de moradia.



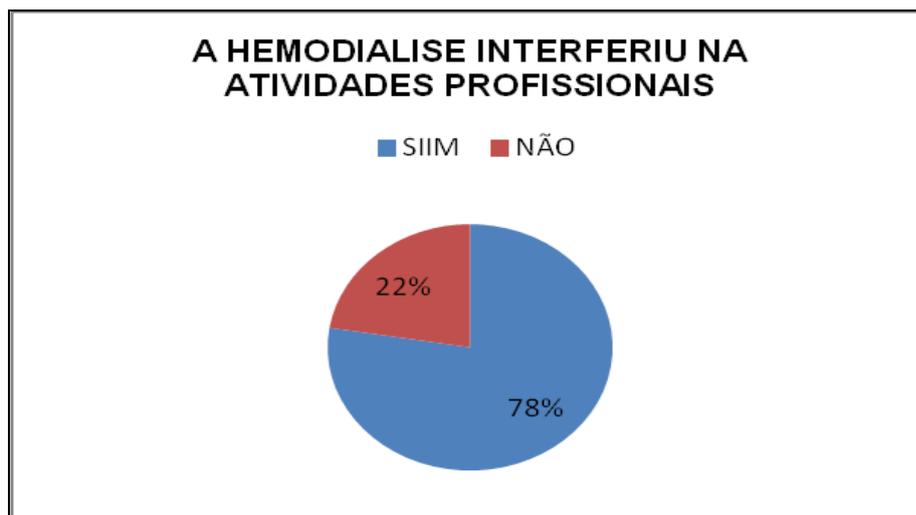
Elaborado por Adjairo Agripino

Com referência a tipo de moradia dos portadores de IRC estudados, pode-se observar que 78% tem casa própria e apenas 22% moram de aluguel.

Cabe inferir que o fato de grande parte dessa população não necessitar de direcionar o seu salário para custear o pagamento de aluguel é uma vantagem, uma vez que eles possuem uma renda baixa, além de muitos estarem impossibilitados para o trabalho, devido ao tratamento contínuo ou complicações da doença, diminuindo dessa forma, a sua renda mensal.

Segundo o ministério da saúde, as condições sociais de uma população tem peso expressivo na determinação de seu perfil de saúde. Desvantagens no desenvolvimento social e precárias condições de vida, principalmente de moradia acompanham-se, de modo geral, de um maior risco de adoecer e morrer precocemente em todas as idades e em ambos os sexos. Dessa forma é importante que o portador de nefropatia em tratamento hemodialítico tenha um local adequado para morar, sem preocupar-se com despesas em aluguel, e assim, diminuir os riscos de agravo à sua saúde (BRASIL, 2004).

Figura 9. Distribuição da população em relação a Interferência Hemodiálise nas atividades profissionais.



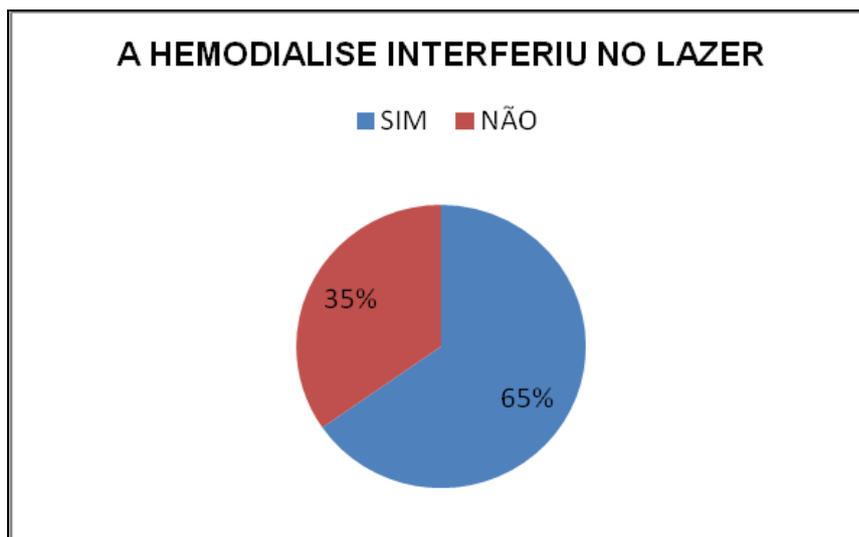
Elaborado por Adjairo Agripino

78% dos entrevistados relataram que a hemodiálise interferiu em suas atividades profissionais e 22% disseram que não houve essa interferência. (figura 7).

Segundo Mendes e Shiratori (2002), quando a doença se apresenta, geralmente aparece de forma repentina e intensa. Até o paciente melhorar, ele fica afastado do seu trabalho, para tratamento. Dependendo, de seu restabelecimento, retorna à empresa, contudo passa a experimentar uma grande dificuldade que é a de adequar o emprego ao tratamento, uma vez que as sessões de HD são realizadas durante horas seguidas, três vezes na semana, e geralmente as clínicas dispõem de vagas justamente durante o período de seu horário de trabalho.

Cabe salientar que o trabalho é um fator fundamental na avaliação da qualidade de vida e bem-estar dos pacientes, uma vez que ele está intimamente relacionado à autoestima e à representação do papel produtivo diante da sociedade. É certo afirmar que ele define a severidade na qual a doença afetou tanto fisicamente e psicologicamente, ou seja, os sujeitos que “ainda” trabalham estão se sentindo melhores, fisicamente e conseqüentemente tem mais e melhor vida social do que aqueles que não podem trabalhar (SCHWARTZMANN, 1998).

Figura 10. Distribuição da população em relação à Interferência da Hemodiálise No lazer e recreação.



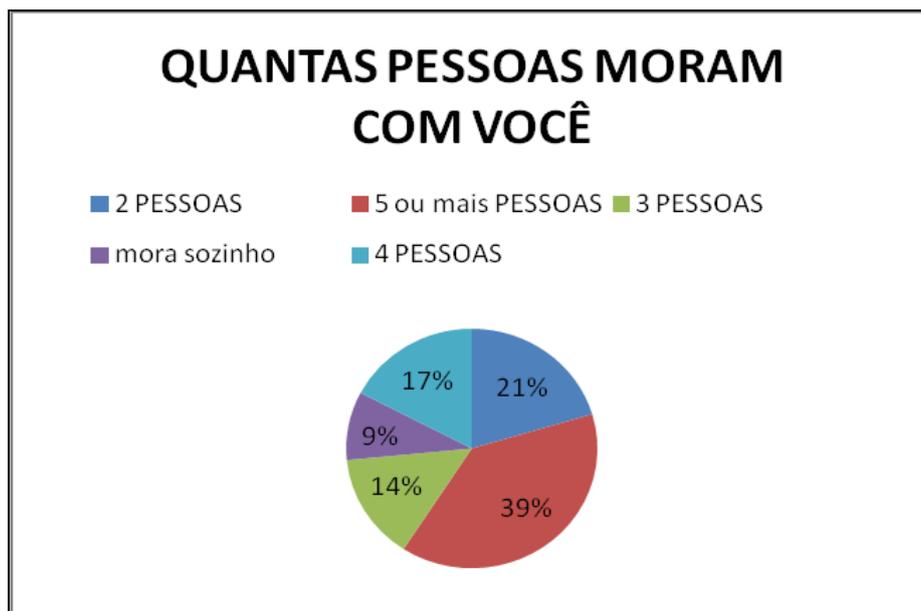
Elaborado por Adjairo Agripino

Quanto à interferência da hemodiálise nas atividades de lazer e recreação do renal crônico, 65% pacientes referiram que ela ocorreu em suas vidas; enquanto 35% informaram não ter sofrido essa alteração nas atividades de lazer. (Figura 8).

Há diminuição de passeios e atividades de lazer decorrentes da regularidade nos horários de medicação e as especificidades do tratamento hemodiálítico (CARREIRA; MARCON, 2003).

É importante destacar que o fato desse paciente renal crônico submetido à hemodiálise sobreviver, às vezes por longos períodos, devido aos avanços do tratamento hemodialítico, não significa “viver bem”, pois quase sempre há limitações com prejuízos da participação em várias atividades de lazer e recreação. Isto é, a qualidade de vida pode estar prejudicada em decorrência da periodicidade do tratamento contínuo (LAURENTI, 2003).

Figura 11. Distribuição da população em relação à quantidades de pessoas que moram na casa.

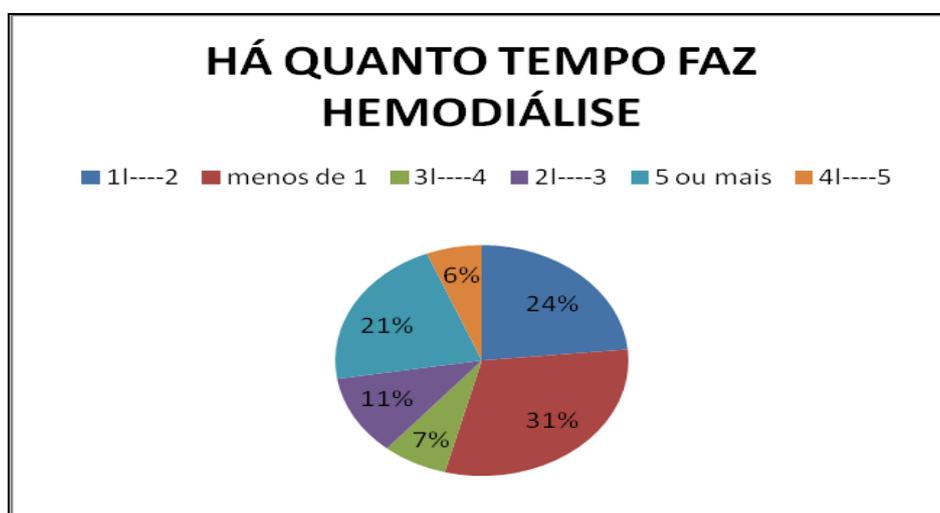


Elaborado por Adjairo Agripino

Quanto ao número de pessoas que residem com paciente renal crônico, 39% moram com 05 ou mais pessoas, enquanto 21% com 02 pessoas, 17% moram com 04 pessoas, 14% moram com 3 pessoas e 9% dos entrevistados moram sozinho.

O fato dos portadores de IRC em tratamento hemodialítico residirem com mais pessoas é vantajoso, pelo fato desses pacientes muitas vezes necessitarem de ajuda para as atividades diárias, devido as complicações e os agravos decorrentes da doença, além de possuírem ajuda para o controle no uso do medicamento.

Figura 12. Distribuição da população em relação quantidade de tempo que faz hemodiálise.

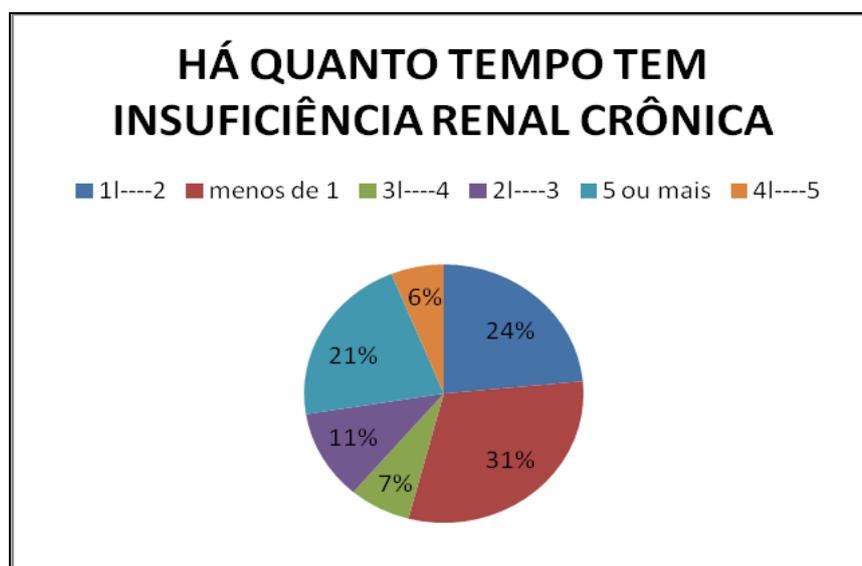


Elaborado por Adjairo Agripino

Quanto ao tempo de tratamento hemodialítico dos pacientes estudados, houve predominância (31%) renais crônicos de menos de 1 ano, seguido de 24% de 1 a 2 anos, 21% de 5 a mais anos, 11% de 2 a 3 anos, 7% de 3 a 4 anos e 6% de 4 a 5 anos.

Alguns trabalhos apresentam o tempo de tratamento hemodialítico dos pacientes estudados, não em intervalos de ano, mas sim em média (SOUZA; CINTRA; GALLANI, 2006).

Figura 13. Distribuição da população em relação a quantidade de tempo que tem hemodiálise

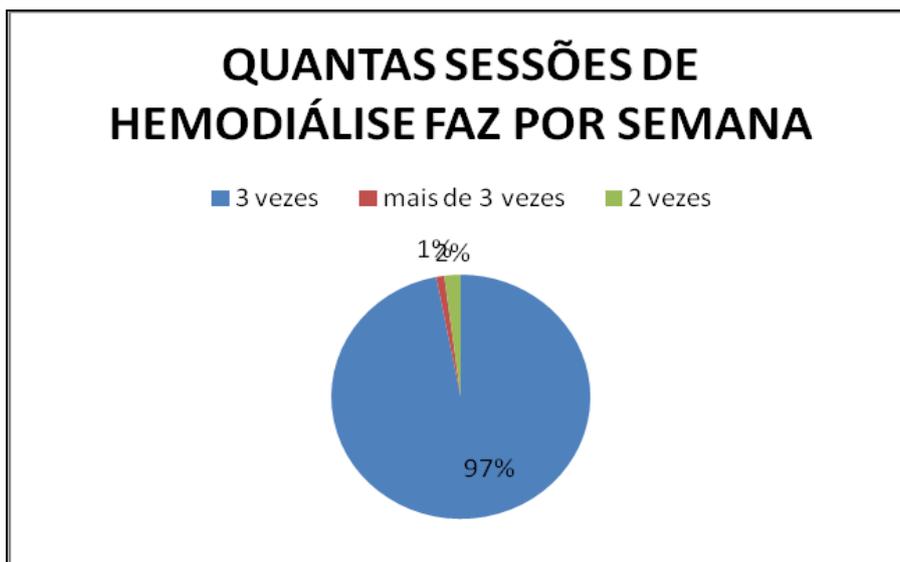


Elaborado por Adjairo Agripino

Os dados da figura 13 mostram que 31% dos entrevistados tem IRC há menos de 1 ano, 24% de 1 a 2 anos, 21% de 5 a mais anos, 11% 2 a 3 anos, 7% de 3 a 4 anos e 6% de 4 a 5 anos.

Com referência a esse assunto, encontrou-se na literatura apenas um estudo que abordou o tempo de conhecimento da IRC, pelo paciente renal crônico, o qual mostrou como resultado que grande parte dos entrevistados conhecia seu diagnóstico há 10 anos ou mais, vindo em seguida o grupo que o conhecia entre 4 a 6 anos (MARTINS, FRANÇA, KIMURA, 1996).

Figura 14. Distribuição da população em relação quantidade de sessões de hemodiálise são feitas por semana.

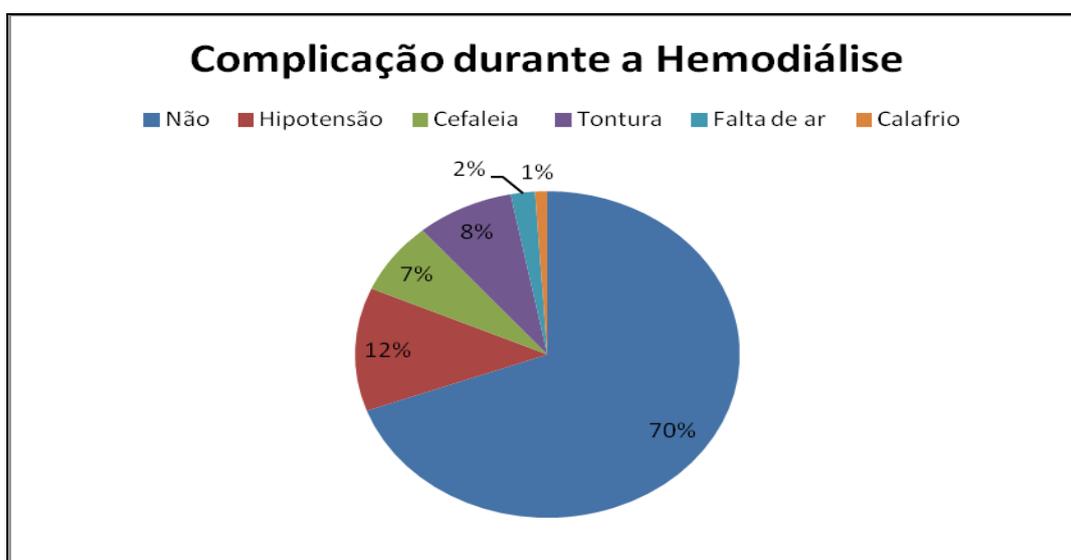


Elaborado por Adjairo Agripino

Quanto ao número de sessões que realizam por semana, verificou-se que quase todos (97%), realizam três sessões semanais, 2% realizam 2 vezes na semana e 1% realiza mais de 3 vezes na semana conforme a (Figura 14).

A literatura relata que, em geral, o paciente submetido à hemodiálise tem que comparecer na clínica de diálise três vezes por semana com duração aproximada de quatro horas por sessão, para conseguir manter-se em condições saudáveis. Esse número de sessões dependerá também da gravidade e avanço da doença (NIU; L; 2005).

Figura 15. Distribuição da população em relação à complicação durante a hemodiálise



Elaborado por Adjairo Agripino

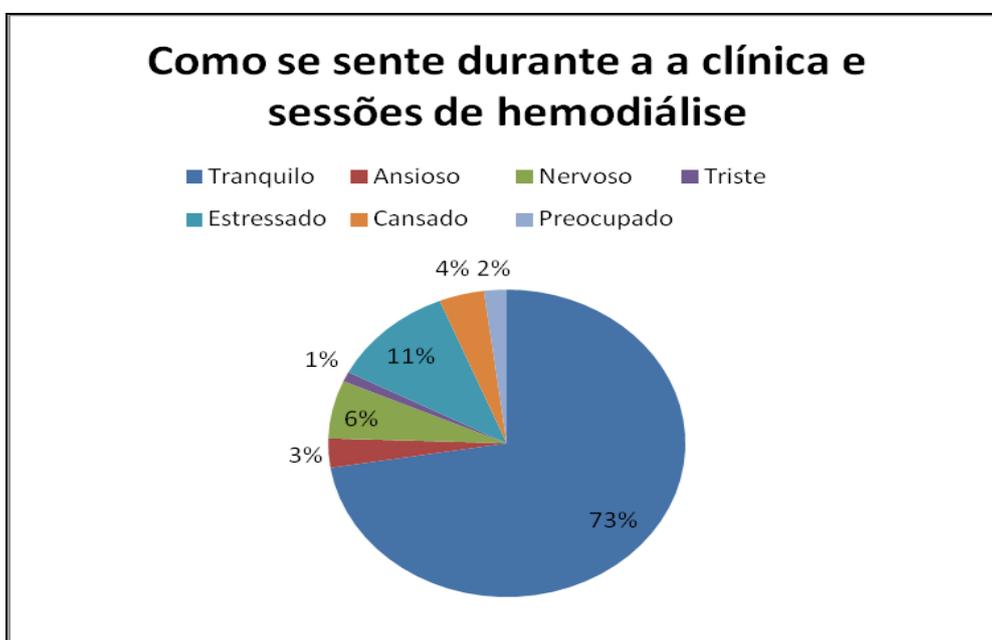
Com relação à ocorrência de complicações durante a realização da hemodiálise, observou-se que 70% dos entrevistados não tinham apresentado complicações, 12% hipotensão, 8% tontura, 7% cefaléia, 2% falta de ar e 1% calafrio.

Para Castro (2001), nos últimos 50 anos, a introdução de novos avanços tecnológicos no tratamento hemodialítico tornou esse procedimento seguro e capaz de manter a vida dos pacientes por longos períodos. Entretanto durante as sessões de HD pode ocorrer algum tipo de complicação.

De acordo com os dados da Figura 15. A principal complicação citada pelos participantes do estudo foi a hipotensão arterial, seguida da tontura, cefaléia, falta de ar e calafrio.

Autores colocam que as principais complicações durante a realização da hemodiálise são hipotensão, cefaléia, tontura, calafrio, dor no peito, falta de ar, náuseas, vômitos. (DAUGIRDAS, ING, 1999). Esses achados corroboram com os dados encontrados no presente estudo, em que a hipotensão arterial é uma das principais complicações ocorridas.

Figura 16. Distribuição da população em relação ao comportamento durante as sessões de hemodiálise



Elaborado por Adjairo Agripino

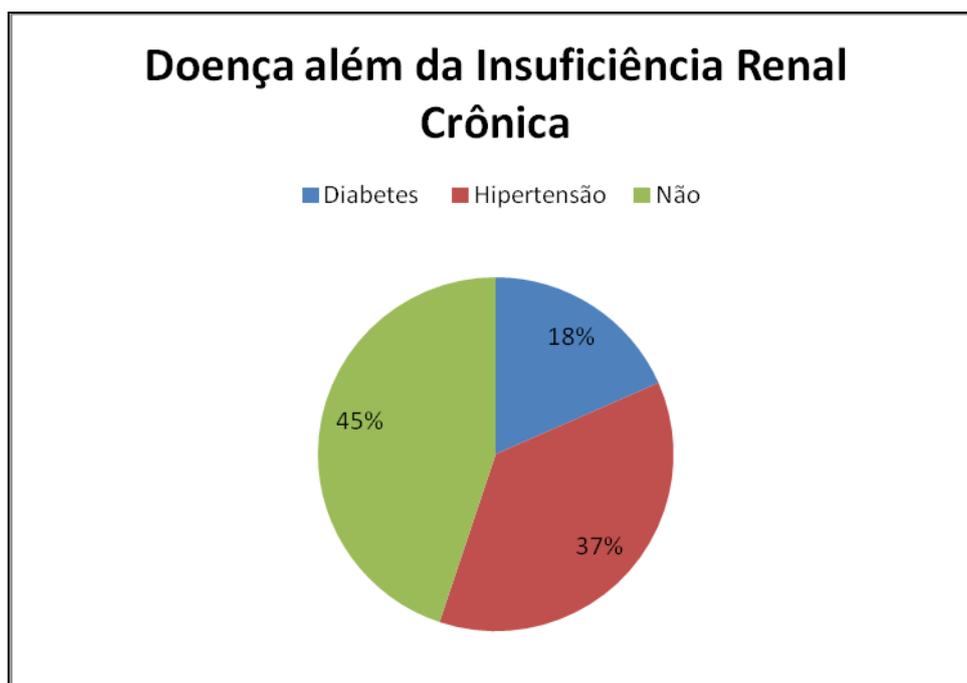
Com relação aos sentimentos apresentados pelos entrevistados durante a permanência no setor da hemodiálise, verificou-se 73% se sentem tranquilos (as).

Quanto aos sentimentos negativos, 11% estressados, 6% nervosos, 4% cansados, 3% ansiosos, 2% preocupados, 1% triste quando estão realizando hemodiálise.

O estresse é capaz de causar hipotensão arterial e assim, agravar o estado de saúde do paciente renal crônico. Em condições especiais, esta diminuição da pressão arterial pode ser mais intensa ou persistir mesmo após a descontaminação do estímulo. (NOMURA, PREUDÊNCIO, KOHLMANN JÚNIOR, 1995).

Para diminuir esses sentimentos negativos, Cesarino e Casagrande (1998). Colocam que tais pacientes, que ficam uma parte da semana em suas casas, e outra na unidade de hemodiálise, necessitam de profissionais com habilidades, conhecimentos e capazes de um relacionamento, para auxiliá-los a enfrentar esses sentimentos.

Figura 17. Distribuição da população em relação a doenças além da Insuficiência Renal Crônica.



Elaborado por Adjairo Agripino

Quanto à presença de outras doenças (comorbidades), 45% dos pacientes estudados, informaram que não tem outra doença além da Insuficiência Renal Crônica, 37% informaram ter além da IRC, a hipertensão arterial e 18% *diabetes mellitus* conforme a Figura 17.

Segundo Yan et. al. (2005), a IRC é uma doença associada com muitas condições adversas das comorbidades influenciam muitos aspectos da qualidade de vida dos pacientes submetidos a hemodiálise.

Dados da literatura indicam que portadores de hipertensão arterial, de *diabetes mellitus*, ou história familiar para a doença crônica tem maior probabilidade de desenvolverem insuficiência renal crônica (ROMÃO JÚNIOR, 2004).

Esse fato é justificado por Kusumota, Rodrigues e Marques (2004), ao relatarem DM e HA, são doenças silenciosas, pois nem sempre aparecem sinais e sintomas francos.

5 CONCLUSÃO

De acordo com os objetivos propostos para este estudo, os resultados permitiram as seguintes conclusões:

A maioria dos pacientes estudados é do gênero Masculino, na faixa etária de mais de 50 e menos de 65 anos, residem em municípios circunvizinhos à cidade de Salgueiro, são casados, tem o primeiro grau incompleto, encontram-se aposentados, com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos, possuem casa própria, na qual residem de 5 ou mais pessoas, realizam três sessões de hemodiálise por semana, com o tempo de IRC menos de 1 ano e tempo de hemodiálise menos de 1 ano.

Com relação a interferência da HD, 78% dos pacientes afirmaram sofrer essa interferência nas atividades profissionais e 65% nas atividades de lazer e recreação.

Grande parte da população estudada se sente tranqüila durante as sessões de HD e 37% possuem outras doenças além da IRC, sendo a hipertensão arterial a de maior frequência.

Em termo de complicações 32% da população estudada já apresentou complicação durante as sessões de HD sendo as de maior frequência a hipotensão arterial, tontura, cefaléia, falta de ar, calafrio.

A IRC pode ocasionar mudanças no estilo de vida e causar alterações corporais e comportamentais nos nefropatas crônicos. Ao mesmo tempo, as pessoas com essa doença passam também a experimentar diferentes sentimentos e comportamentos devido as alterações na capacidade física, na auto-estima e na imagem corporal, nas relações com outras pessoas e na realização de uma série de atividades da vida diária.

Os estudos sobre qualidade de vida oferecem subsídios para que os profissionais da saúde, a população, autoridades, a família percebam a necessidade de avaliar a

qualidade de vida das pessoas com nefropatia crônica e em tratamento hemodialítico, e, assim promover transformações condizentes com a realidade e prevenir o comprometimento das atividades cotidianas desses pacientes.

Espera-se que este trabalho desperte interesse e incentive a realização de novas pesquisas, nos mais diversos eixos metodológicos.

Por fim, o paciente submetido a hemodiálise terá uma melhor qualidade de vida, quando ele for informado acerca de sua doença e tratamento, quando existir um sólido sistema de suporte familiar e dos serviços de saúde, oferecer estratégias de reabilitação ao renal crônico, para que esse seja capaz de levar uma vida ativa, produtiva e auto suficiente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. B. Revisão – atualização em hipertensão arterial: hipertensão arterial e progressão da lesão renal. Em que podemos intervir? **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v.20, n.3, p. 327 – 331, set. 1998.

ALMEIDA, A. M.; MELEIRO, A. M. Depressão e insuficiência renal crônica: uma revisão. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v.22, n.1, p.199 – 200, 2000.

BARROS, E. et al. (Cols). **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. 627 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. **Coordenação de informação epidemiológica**. Estatísticas de Mortalidade – Brasil 1987. Brasília, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Controle da hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino serviço**. Rio de Janeiro: CDCV/NUTES, 2004.

CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.6, p 823 – 831, nov./dez. 2003.

CASTRO, M. et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF – 36. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.29, n.3, p.245 – 249, jul./set. 2003.

CESARINO, G.B.; CASAGRANDE, L.D.R. Paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: atividade educativa do enfermeiro. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.6, n.4, p. 31 – 40, out. 1998.

DAUGIRDAS, J. T.; ING, T. S. Manual de diálise. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. 661p.

GULLO, A.B.M.; LIMA, A. F. C.; SILVA, M.J.P. Reflexões sobre comunicação na assistência de enfermagem ao paciente renal crônico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 209 – 212, jul. 2000.

KUSUMOTA, L.; RODRIGUES, R.A.P.; MARQUES, S. Idosos com insuficiência renal crônica: alterações do estado de saúde. **Rev. Latino – Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n.3, p. 525 – 532, maio/jun. 2004.

LAURENTI, R. A mensuração da qualidade de vida. **Rev. Assoc. Med. Brass.** São Paulo, v.49, n.4, p. 361 – 362, 2003.

LIMA, A. F. C.; GUALDA, D.M.R. Reflexão sobre a qualidade de vida do cliente renal crônico submetido à hemodiálise. **Nursing – Revista Técnica de Enfermagem**, São Paulo, v.3, n.30, p.20 – 23, nov. 2000.

MACHADO, G. et al. Aplicación de um método de valoración de calidade de vida em um Centro de Hemodiálisis em Mendoza. **Rev. Nefrol. Dial. Y Transpla.**, Mendoza, v. 24, n.1, p. 181 – 184, mar. 2004.

MARCONDES, E. *Pediatria Básica*. 8. ed. São Paulo: Sarvier, 1999. v.2, 1790. p. 58

MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P. D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n. 5, p. 670 – 676, set./out. 2005.

MARTINS, M. R.I; CESARINO, C.B Atualização sobre programas de educação e reabilitação para pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v.26, n.1, p.45 – 50, mar. 2004.

MARTINS, M. R.I; CESARINO, C.B Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.5, p. 670 – 676, set.-out. 2005.

NIU, S.F.; LI, C. Quality of life patients having renal replacement therapy. **J. Adv. Nurs.**, Taiwan, v. 51, n.1, p.15 – 21, jul.2005.

NOMURA, P.I.; PRUDÊNCIO, L.A.R.; KOHLMANN JÚNIOR, O. Características do indivíduo hipertenso. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v.17, n.1, p.13 – 20, mar. 1995.

PERSO, P. Hemodiálise. Disponível em: <HTTP://www.perso.com.br>. Acesso em: 15 jun. 2005.

REIS, M. G.; GLASHAN, R.Q. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. **Rev. Latino – Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.3, p.51 – 57, maio 2001.

SANTOS, P.R. Correlação entre marcadores laboratoriais e nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo, v.27, n.2, p. 70 – 75, jun. 2005.

SAUPE, R.; BROCA, G.S. Indicadores de qualidade de vida como tendência atual de cuidado a pessoas em hemodiálise. *Revista Texto e Contexto em enfermagem*, Florianópolis, v. 13, n.1, p. 100 – 106, jan.\mar.2003.

SCHWARTZANN, L. Calidad de vida de pacientes en hemodiálises. **Rev. Nefrol. Diál. Y Transp.**, Córdoba, v.58, n.3, p.3 -8, mar.2003.

SILVA, L. F. et al. Doença crônica: o enfrentamento pela família. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n.1, p. 40 – 47, jan.2002b.

SOUZA, F. F.; CINTRA, F. A.; GALLANI, M.C.B.J. Qualidade de vida e severidade da doença em idosos renais crônicos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.58, n.5, p. 540 – 544, set.\out. 2005.

TOMÉ, F. S. et al. Insuficiência Renal crônica. In: BARROS, E. et al. (Cols). **Nefrologia: rotinas, diagnósticos e tratamento**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 1999a. p. 423 - 440

TRENTINI, M. et al. Qualidade de vida de pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais e emocionais. **Revista Texto e Contexto em enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n.1, p. 74 – 82, jan. mar. 2004.

WENGER, N. K. et al. **Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies**. New York: Le Jacq, 1984. p.56 – 70.

YANG, S.C. et al. Quality of life and its determinants of hemodialysis patients in Taiwan measured with WHOQOL – bref (TW). **Am. J. Kidney Dis.**, Taiwan, v.46, n.4, p. 635 – 641, oct. 2005.