

UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO
COORDENAÇÃO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO
PACIENTE RENAL CRÔNICO SUBMETIDO À
HEMODIÁLISE E SUA ADESÃO AO
TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DE USO
DIÁRIO

FÁBIO DE SOUZA TERRA

UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO
COORDENAÇÃO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO
PACIENTE RENAL CRÔNICO SUBMETIDO À
HEMODIÁLISE E SUA ADESÃO AO
TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DE USO
DIÁRIO

FÁBIO DE SOUZA TERRA

Dissertação apresentada a Coordenação
de Pesquisa e Pós-graduação da
UNIFENAS, como requisito para
obtenção do título de Mestre em Saúde,
área de concentração Biofarmacologia.

Orientadora: Prof^a. Dra. Ana Maria
Duarte Dias Costa.

Alfenas – MG
2007

Terra, Fábio de Souza.

Avaliação da qualidade de vida do paciente renal crônico submetido à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico de uso diário / Fábio de Souza Terra. – Alfenas: UNIFENAS, 2007.

173 f. : il..

Orientadora: Prof^a Dra Ana Maria Duarte Dias Costa

Dissertação (Mestrado em Saúde) – Universidade José do Rosário Vellano.

Referências bibliográficas: f. 145-160.

1. Hemodiálise. 2. Qualidade de Vida. 3. Insuficiência Renal Crônica. 4. WHOQOL.
5. Transplante Renal. 6. Aceitação pelo Paciente de Cuidados de Saúde. 7. Adesão ao Tratamento. 8. Uso de Medicamentos. 9. Expectativa de Vida. I. Costa, Ana Maria Duarte Dias. II. Universidade José do Rosário Vellano. III. Título.

CDU: 616.61 (043)



Coordenação de Pesquisa e Pós-graduação

CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

TÍTULO: "Avaliação da qualidade de vida do paciente renal crônico submetido à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico de uso diário".

AUTOR: Fábio de Souza Terra

ORIENTADORA: Prof^ª. Dra. Ana Maria Duarte Dias Costa

Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de **MESTRE EM SAÚDE** pela Comissão Examinadora.


Prof^ª. Dra. Ana Maria Duarte Dias Costa
Orientadora


Prof^ª. Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck


Prof. Dr. Mário Sérgio Oliveira Swerts

Alfenas, 23 de março de 2007


Prof^ª. Dra. Ana Maria Duarte Dias Costa
Presidente da Comissão Examinadora
Orientadora

**“Ter problemas na vida é
inevitável, ser derrotado por
eles é opcional”**

(Autor desconhecido)

**“Deus não prometeu dias sem dor, risos
sem sofrimentos, sol sem chuva, mas ...
Ele prometeu força para o dia, conforto
para as lágrimas e luz para o caminho”**

(Autor desconhecido)

**Dedico esta pesquisa a Deus pela
benevolência por ter me concedido a
graça da conclusão do trabalho e a
todos que torceram para a
realização de mais esta etapa de
minha vida.**

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me dar forças para enfrentar todos os obstáculos encontrados nesta caminhada.

Em especial à Profª Dra. Ana Maria Duarte Dias Costa, orientadora desta pesquisa, pela atenção, ensinamentos, incentivo, dedicação durante estes 2 anos, em especial nos momentos da elaboração desta pesquisa, e principalmente pela amizade, paciência e palavras amigas. Obrigado pela confiança e por acreditar em meu potencial.

À minha família, por estar sempre ao meu lado, apoiando as minhas decisões.

À Universidade José do Rosário Vellano – UNIFENAS, por me oferecer esta oportunidade preciosa de me tornar um Mestre.

À Direção do Hospital Universitário Alzira Velano, por permitir a realização desta pesquisa.

À Coordenação do Serviço de Terapia Renal Substitutiva do Hospital Universitário Alzira Velano, pela compreensão e ajuda durante a realização deste trabalho.

À Coordenação da Unidade de Terapia Renal Substitutiva - Nefrosul, por permitir a realização do pré-teste.

A todos os funcionários da Clínica de Hemodiálise, pelo respeito, compreensão e ajuda durante a coleta de dados.

Às Prof^{as}. Maria Betânia, Zélia, Eliana, Érika e Sueli Leiko, docentes do Departamento de Enfermagem da UNIFAL-MG, pela amizade, incentivo e apoio durante o mestrado.

Ao Prof. Vinícius Vieira Vignoli, pela ajuda com as traduções dos textos e realização da versão na língua inglesa.

Ao Prof. Alessandro Ferreira Alves, pela ajuda com o tratamento estatístico.

A todos os pacientes que participaram deste estudo, por compartilharem seus problemas, anseios e que se mostraram determinados e verdadeiros guerreiros em busca de uma vida com melhor qualidade.

Aos colegas e amigos do Mestrado, pela convivência, amizade e companheirismo durante toda esta etapa.

E a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta pesquisa.

A todos vocês, a minha eterna gratidão.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Domínios e facetas do <i>WHOQOL-bref</i>	61
Figura 1 - Distribuição percentual da população de estudo quanto à presença de outras doenças (comorbidades), em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.....	81
Figura 2 - Distribuição percentual da população de estudo com relação à ocorrência de complicações durante a realização da hemodiálise, em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.....	85
Figura 3 - Distribuição percentual da população de estudo com relação à quantidade de medicamentos utilizados diariamente, em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.....	93
Figura 4 - Distribuição percentual da população de estudo segundo a lembrança dos nomes dos medicamentos utilizados, em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.....	97
Figura 5 - Distribuição percentual da população estudada de acordo com o método de aquisição dos medicamentos utilizados, em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.....	98
Figura 6 - Distribuição percentual da população de estudo quanto ao conhecimento da utilização dos medicamentos (indicação), em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.....	101
Figura 7 - Distribuição percentual da população de estudo quanto à necessidade de auxílio de familiares/amigos para tomar os medicamentos, em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006....	106
Figura 8 - Distribuição percentual da população estudada de acordo com a interrupção do uso dos medicamentos por conta própria, em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.....	107
Figura 9 - Distribuição percentual da população que já interrompeu o uso de algum medicamento segundo os motivos que levaram a esta prática, em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006....	108
Figura 10 - Distribuição percentual da população que deseja realizar o transplante com relação à presença desse paciente na lista de espera para a realização dessa cirurgia, em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.....	134
Figura 11 - Distribuição percentual da população que deseja realizar o transplante quanto à disponibilidade do familiar em doar o órgão, em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.....	137

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Distribuição da população de estudo com relação às variáveis de caracterização: gênero, faixa etária, município que reside, estado civil, escolaridade, profissão, renda familiar, tipo de moradia, número de pessoas que residem com o paciente, número de sessões por semana, em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.....66
- Tabela 2 - Distribuição da população estudada de acordo com a interferência da hemodiálise nas atividades profissionais e de lazer e recreação dos pacientes atendidos em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.....74
- Tabela 3 - Distribuição da população de estudo quanto à religião e à prática religiosa, em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.....76
- Tabela 4 - Distribuição da população estudada segundo o tempo de insuficiência renal crônica e tempo de tratamento hemodialítico, em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.....77
- Tabela 5 - Distribuição da população de estudo com relação aos sentimentos apresentados durante a permanência no setor de hemodiálise, em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.....78
- Tabela 6 - Distribuição das doenças (comorbidades) apresentadas pelos pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.....82
- Tabela 7 - Distribuição das complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.....86
- Tabela 8 - Distribuição dos principais medicamentos utilizados pelos pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.....94
- Tabela 9 - Escore Médio das facetas da Qualidade de Vida Geral do instrumento *WHOQOL-bref.*, em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.....111
- Tabela 10 - Escore Médio das facetas do Domínio Físico do instrumento *WHOQOL-bref.*, em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.....113
- Tabela 11 - Escore Médio das facetas do Domínio Psicológico do instrumento *WHOQOL-bref.*, em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise em uma

clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.....	114
Tabela 12 - Escore Médio das facetas do Domínio Relações Sociais do instrumento <i>WHOQOL-bref.</i> , em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.....	116
Tabela 13 - Escore Médio das facetas do Domínio Meio Ambiente do instrumento <i>WHOQOL-bref.</i> , em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.....	117
Tabela 14 - Aplicação do Teste Qui-quadrado (χ^2) nos cruzamentos das variáveis com os domínios e QV geral do <i>WHOQOL-bref</i> e apresentação do p-valor, Alfenas, 2006.....	122
Tabela 15 - Comparações dos valores do Escore Médio de cada domínio e qualidade de vida geral do <i>WHOQOL-bref</i> no TESTE e no RETESTE do instrumento e aplicação do Teste t de Student, Alfenas, 2006.....	125
Tabela 16 - Comparações dos valores do Escore Médio de cada domínio e qualidade de vida geral do <i>WHOQOL-bref</i> no TESTE e no RETESTE do instrumento e aplicação do Coeficiente de Correlação de Pearson, Alfenas, 2006.....	126
Tabela 17 - Comparações dos valores do Escore Médio de cada domínio e qualidade de vida geral do <i>WHOQOL-bref</i> no TESTE e no RETESTE do instrumento e aplicação do Teste de Wilcoxon, Alfenas, 2006.....	126
Tabela 18 - Avaliação da consistência interna por meio da aplicação do Coeficiente Alfa de Cronbach em cada domínio e qualidade de vida geral do instrumento <i>WHOQOL-bref</i> , Alfenas, 2006.....	128
Tabela 19 - Distribuição da população de estudo segundo a expectativa de vida para o futuro com relação à saúde, em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.....	129

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CAPD - Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua

CDL - Cateter de Duplo Lúmen

CTI - Centro de Terapia Intensiva

DM - Diabetes Mellitus

DPA - Diálise Peritoneal Automatizada

DPI - Diálise Peritoneal Intermitente

FAV - Fístula Arteriovenosa

HA - Hipertensão Arterial

HD - Hemodiálise

HLA - Antígenos Leucocitários de Histocompatibilidade

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IECA - Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina

IRA - Insuficiência Renal Aguda

IRC - Insuficiência Renal Crônica

LORAC - Life Options Rehabilitation Advisory Council

MLC - Cultura Mista de Linfócitos

MOS SF-12 - Medical Outcomes Studies 12-item Short-Form

MOS SF-36 - Medical Outcomes Studies 36-item Short-Form

NIPD - Diálise Peritoneal Intermitente Noturna

NUCRN - Núcleo de Convivência em Situações Crônicas de Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PA - Pressão Arterial

PIB - Produto Interno Bruto

PSF - Programa de Saúde da Família

QV - Qualidade de Vida

Rename - Relação Nacional de Medicamentos

SBN - Sociedade Brasileira de Nefrologia

SPSS - Statistical Package for Social Science

SUS - Sistema Único de Saúde

TRS - Terapia Renal Substitutiva

Tx - Transplante

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

UNIFENAS - Universidade José do Rosário Vellano

Unifesp - Universidade Federal de São Paulo

WHOQOL Group - World Health Organization Quality of Life Group

RESUMO

TERRA, Fábio de Souza Terra. **Avaliação da qualidade de vida do paciente renal crônico submetido à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico de uso diário**. Orientadora: Ana Maria Duarte Dias Costa. Alfenas: UNIFENAS, 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde, área de concentração Biofarmacologia).

Este estudo avaliou a QV dos nefropatas crônicos submetidos à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico de uso diário; conhecer a expectativa 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, de um hospital universitário de Alfenas-MG, com todos os 30 pacientes submetidos à HD no período da coleta de dados. Utilizou-se para a coleta um questionário com dados sobre a caracterização dos participantes, adesão ao tratamento farmacológico e expectativa de vida, e a QV foi analisada por meio do instrumento WHOQOL-bref da Organização Mundial da Saúde. Os dados foram tabulados no programa estatístico SPSS versão 10.0 e analisados por meio do escore médio com aplicação dos seguintes testes: Qui-quadrado, Coeficiente de Correlação de Pearson, Teste de Wilcoxon, Teste t de Student, Coeficiente Alfa de Cronbach. Os resultados mostraram que a maioria dos entrevistados referiram que a HD interferiu em suas atividades profissionais e de lazer e recreação, mas 53,33% se sentem tranquilos durante a permanência na clínica. As complicações de maior ocorrência foram a hipotensão arterial, vômito e tontura. Todos os pacientes fazem uso de medicamentos, sendo os antihipertensivos os mais utilizados. Quanto ao conhecimento da indicação dos medicamentos, 40% dos renais crônicos conhecem todos os fármacos que usam. Os 30 pacientes estudados informaram tomar os medicamentos diariamente, mas 16,66% já interromperam o uso por conta própria, devido a reações adversas. Os escores médios referentes à QV foram: QV geral, 3,26; domínio físico, 3,10; psicológico, 3,58; relações sociais, 4,19 e meio ambiente, 3,54. Assim, os participantes do estudo classificaram a QV como sendo acima do “nem ruim, nem boa”, enquanto o domínio relações sociais foi avaliado entre “boa” e “muito boa”. As variáveis estudadas não interferiram na QV dos pacientes, ou seja, elas não apresentaram correlação com os domínios do WHOQOL-bref. Por meio da reprodutibilidade verificou-se que a QV dos entrevistados foi estável entre o “teste” e o “reteste”, tendo uma confiabilidade satisfatória; enquanto a consistência interna do WHOQOL-bref foi aceitável para as facetas e domínios, indicando uma homogeneidade nos itens avaliados. A principal expectativa de vida dos pacientes é a realização do transplante renal, sendo que 82,35% estão na lista de espera e 47,06% se depararam com a recusa dos familiares em doar o órgão. Pode-se verificar que o instrumento WHOQOL-bref mostrou-se eficaz para avaliar a QV de renais crônicos submetidos à HD, sendo confiável para essa medida. Por fim, o paciente submetido à HD terá uma melhor QV, quando ele for informado acerca de sua doença e tratamento, quando existir um sólido sistema de suporte e reabilitação, e ser capaz de levar uma vida ativa, produtiva e autosuficiente.

Palavras-chave: Hemodiálise. Qualidade de Vida. Insuficiência Renal Crônica. WHOQOL. Transplante Renal. Aceitação pelo Paciente de Cuidados de Saúde. Adesão ao Tratamento. Uso de Medicamentos. Expectativa de Vida.

ABSTRACT

Evaluation of the quality of life of end-stage renal patients submitted to hemodialysis and their adherence to daily pharmacologic treatment.

This study evaluated the QL of end-stage renal patients submitted to hemodialysis, and their adherence to daily pharmacologic treatment; knowing their life expectancy and the main complications presented during HD. It is an epidemiologic, descriptive, transversal and quantitative research, carried out at a hemodialysis clinic of a university hospital of Alfenas, State of Minas Gerais, Brazil, with the participation of all the 30 dialysis patients in the period of the collection of data. A questionnaire was used for the obtainment of data about the participants' characterization, adherence to pharmacologic treatment and life expectation. QL was analyzed through the instrument WHOQOL-bref of the World Health Organization. The data were tabulated in the statistical program SPSS version 10.0 and analyzed by means of the medium score with application of the following tests: Qui-square, Coefficient of Correlation of Pearson, Test of Wilcoxon, Student's *t* test, Cronbach's Alpha Coefficient. The results showed that most of the interviewees referred that HD interfered in their professional activities and in leisure and recreation, but 53.33% were calm during the permanence in the clinic. The most frequent complications were the arterial hypotension, vomit and dizziness. All the patients take medicines, mainly antihypertensives. With regard to knowledge of the indication of the medicines, 40% of the dialysis patients know all the drugs that they take. Thirty patients informed to take the medicines daily, but 16.66% have already interrupted the treatment on their own account due to adverse reactions. The average scores of QL were: General QL, 3.26; physical domain, 3.10; psychological domain, 3.58; social relationships, 4.19; and environment, 3.54. Therefore, the participants of the study classified their QL as being above "neither bad, nor good", while the domain social relationships was evaluated between "good" and "very good". The variables did not interfere in the patients' QL; in other words, they did not present any correlation with the domains of WHOQOL-bref. Through the reproducibility it was verified that the interviewees' QL was stable between the "test" and the "retest", having satisfactory reliability; while the internal consistency of WHOQOL-bref was acceptable for the facets and domains, indicating a homogeneity in the appraised items. The main expectation of the patients' life is receiving a renal transplantation; 82.35% are in the waiting list and 47.06% encountered the refusal of their relatives in donating the organ. It can be verified that the instrument WHOQOL-bref showed to be effective to evaluate QL of end-stage renal patients submitted to HD, thus being a reliable instrument for such a measure. Finally, dialysis patients will have a better QL when they are informed about their disease and treatment, when cared for in a solid supportive system and rehabilitation, in order to make them capable to lead an active, productive and self-sufficient life.

Key words: Hemodialysis. Quality of Life. End-stage Renal Disease. WHOQOL. Renal Transplant. Patient's Acceptance of Health Care. Adherence to Treatment. Use of Medicines. Expectation of Life.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	JUSTIFICATIVA.....	20
3	OBJETIVOS.....	21
4	REVISÃO DE LITERATURA.....	22
5	METODOLOGIA.....	57
5.1	Tipo de Estudo.....	57
5.2	Local de Estudo.....	57
5.3	População de Estudo.....	58
5.4	Período de Investigação.....	58
5.5	Aspectos Éticos.....	58
5.6	Instrumento para Coleta de dados.....	59
5.7	Procedimento de Coleta.....	63
5.8	Análise dos dados.....	64
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	66
6.1	Caracterização da população de estudo.....	66
6.2	Complicações durante as sessões de hemodiálise.....	84
6.3	Adesão dos renais crônicos ao tratamento farmacológico....	92
6.4	Avaliação da qualidade de vida dos renais crônicos submetidos à hemodiálise.....	111
6.5	Testes de confiabilidade do instrumento de qualidade de vida.....	124
6.6	Expectativa de vida dos renais crônicos em hemodiálise.....	129
7	CONCLUSÕES.....	140
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	142
	REFERÊNCIAS.....	145
	APÊNDICES E ANEXOS.....	161

1 INTRODUÇÃO

A crescente evolução tecnológica na assistência à saúde, bem como o processo de transição demográfico-epidemiológica que vem ocorrendo no país nas últimas décadas, tem influenciado de maneira significativa o perfil da população brasileira. Observa-se, de um lado, 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 têm levado ao aumento da expectativa de vida, expondo a população a um maior risco de desenvolver as doenças crônico-degenerativas, ocupando estas as primeiras posições nas estatísticas de mortalidade no Brasil (BRASIL, 1992).

O aumento da incidência das doenças crônicas entre a população é um fato conhecido e tem suscitado muitas discussões sobre a questão. O cuidado à saúde das pessoas com essas doenças tem sido um grande problema na área da saúde, abrangendo várias dimensões e representando um desafio a ser enfrentado no dia-a-dia, tanto por aqueles que vivenciam a situação quanto para os cuidadores (SILVA *et al.*, 2002a).

Dentre as doenças crônico-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 a história natural dessa doença, melhorando de forma substancial seu prognóstico. Os mesmos autores relatam ainda que, quando a diálise tornou-se disponível, o prolongamento da sobrevida do paciente era uma das únicas preocupações. Hoje, diante de tantas mudanças, a qualidade dessa sobrevida tem sido o centro das atenções dos profissionais de saúde.

Para entender o significado da IRC, Marcondes (1999) a define como uma síndrome provocada por uma variedade de nefropatias que, devido a sua evolução progressiva, determinam de modo gradativo e quase sempre inexorável uma redução global das múltiplas funções renais, isto é, glomerulares, tubulares e endócrinas. Em consequência, os rins tornam-se incapazes de desempenhar suas

múltiplas e essenciais atividades hemostáticas. 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 hidroeletrólítico e metabólico está altamente comprometida. Este fato leva ao aumento da uréia e creatinina no organismo, gerando sinais e sintomas típicos de distúrbios bioquímicos denominados de uremia (BIALY *et al.*, 1999).

Soares *et al.* (2003) relatam que a IRC possui etiologia variada, podendo ser resultante de doenças que acometem diretamente os rins ou os atingem a partir de um acometimento sistêmico. Apresenta quadro clínico complexo, envolvendo distúrbios hidroeletrólíticos, ácido-básicos, do metabolismo de cálcio e fósforo, endocrinológicos, nutricionais e repercussões sociais negativas.

Segundo Tomé *et al.* (1999a), os meios de tratamentos utilizados no nefropata crônico são: terapia renal substitutiva, por meio da hemodiálise (HD), diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD), diálise peritoneal cíclica, diálise peritoneal intermitente e transplante. Smeltzer e Bare (2002) mencionam também a importância de realizar o tratamento dietético, restrição hídrica e tratamento farmacológico.

O melhor método a ser escolhido deve, portanto, ser individualizado e contemplar as características clínicas, psíquicas e socioeconômicas. É importante apresentar ao paciente e aos familiares, de forma clara e compreensível, as opções de tratamento, assegurando-lhes a possibilidade de modificar a escolha inicial conforme a evolução (TOMÉ *et al.*, 1999b).

É importante mencionar que os portadores de nefropatia crônica devem ter uma eficiente adesão ao tratamento, principalmente o dietético e o farmacológico. Este, principalmente por ser constituído de vários medicamentos de uso diário, com o intuito de estabilizar a doença e evitar o surgimento de complicações.

Para Crespo (1997), a taxa de adesão para tratamento de doenças crônicas é, em geral, baixa, e isso se agrava significativamente quando associado a uma doença com limitada perspectiva de sobrevida. Alguns fatores identificados como limitativos ou impeditivos da adesão do indivíduo à consulta e à terapêutica são aqueles relacionados às características do indivíduo, da doença e do tratamento por ela implicado, relação equipe de saúde/indivíduo, inserção social e também fatores

como distância geográfica do serviço de saúde, dificuldades no acesso à consulta (em face da falta de médicos, ao grande número de indivíduos atendidos, às numerosas listas de espera) e o grande espaçamento do período de tempo entre as diferentes consultas.

Referente ao exposto acima, Figueiredo *et al.* (2001) consideram que fatores como a quantidade de medicamentos, as reações adversas (intolerância), a necessidade de períodos de jejum, a incompatibilidade entre as drogas, a dificuldade na compreensão das metas da terapia e da implicação do seu uso inadequado, também contribuem para dificultar o processo terapêutico.

A aderência refere-se à conduta do indivíduo ao seguir as prescrições médicas, no que diz respeito à posologia, à quantidade de medicamentos por horário, o tempo de tratamento e às recomendações especiais para determinados medicamentos. Porém, a adesão deve ser entendida como uma atividade conjunta na qual o indivíduo não apenas obedece à orientação médica, mas segue, entende e concorda com a prescrição estabelecida pelo médico (GIR; VAICHULONIS; OLIVEIRA, 2005).

Vários autores categorizam os fatores relacionados à adesão de acordo com características do paciente, do regime de tratamento, do vínculo com os profissionais, da inserção social e severidade da doença (WILLIAMS, 1999; ICKOVICS; MEISLER, 1997).

Por esse motivo, a implantação do planejamento do tratamento pelo próprio indivíduo, considerando a elaboração de guias e esquemas da terapêutica medicamentosa com desenhos, números e cores, caixa com identificação, unidade para uso de bolso e detalhes específicos da rotina de cada indivíduo, constituem métodos eficazes para auxiliar na ingestão das medicações (LIGNANI; GRECO; CARNEIRO, 2001).

Ainda para os mesmos autores, a implementação de orientação e aconselhamento para avaliar, discutir e sensibilizar o indivíduo sobre o impacto potencial da doença em sua rotina diária, e posteriormente com ele definir as estratégias factíveis ao incremento da adesão correta, considerando as condições socioeconômicas e culturais que possam impedir ou limitar uma boa adesão, constituem táticas imprescindíveis para amenizar a má adesão ao tratamento farmacológico.

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 técnico-científicos dos profissionais que dele participam são muito importantes para se evitar riscos e garantir melhores resultados na manutenção da vida do cliente e do seu relativo bem-estar (LIMA; GUALDA, 2000). Este método de tratamento proporciona uma alteração mais rápida na composição de solutos do plasma e na remoção de excesso de água corporal, em comparação com a diálise peritoneal ou com procedimentos contínuos lentos (DAUGIRDAS; ING, 1999).

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, o potássio e cloretos. Em média, são realizadas 3 sessões por semana, com duração de 3 a 4 horas.

Em relação à entrada de pacientes para diálise, a Sociedade Brasileira de Nefrologia estima que ocorram aproximadamente 20000 novos casos por ano (BRASIL, 2003), sendo que, no Brasil, o gasto anual específico com diálise financiado pelo SUS supera US\$ 400 milhões. Apesar da restrição aos gastos com o tratamento da IRC, seu custo total vem crescendo, devido ao aumento significativo da população em tratamento dialítico (BARROS *et al.*, 1999).

Gomes (1997) relata que atualmente as atenções começaram a se voltar para uma terapêutica que vise à melhora da qualidade de vida do portador de nefropatia crônica, como um fator relevante no cenário da terapêutica renal, e não apenas a extensão de sua vida.

Isto se deve ao fato de o portador de IRC conviver com uma doença incurável que o obriga a submeter-se a um tratamento doloroso, de longa duração, que provoca muitas limitações. Geralmente esses problemas são o isolamento social, perda de emprego, dependência da Previdência Social, perda da autoridade no contexto familiar, afastamento dos amigos, impossibilidade de passeios e viagens prolongadas em razão da periodicidade das sessões de hemodiálise, diminuição da atividade física, disfunção sexual, entre outros, além desses pacientes poderem apresentar complicações durante e após o tratamento (MARTINS; CESARINO, 2004; GULLO; LIMA; SILVA, 2000).

Assim, a qualidade de vida dos renais crônicos em tratamento hemodialítico sofre influência de fatores físicos, biológicos, psicológicos, sociais e culturais, além de possuírem dependência de uma máquina e, portanto o cotidiano deles passa a ser controlado em função das restrições impostas pela patologia (TRENTINI *et al.*, 2004).

O entendimento de qualidade de vida pode estar relacionado à satisfação de necessidades fundamentais básicas do ser humano. Se de alguma forma a satisfação dessas for privada, acaba por gerar grande tensão. Porém, esse pode não ser um indicador fidedigno de qualidade de vida, se analisado isoladamente (LISS, 1994).

Também dentro desse contexto associa-se qualidade de vida à noção de felicidade, referindo-se essa a aspectos externos (condições financeiras) e internos (condições de saúde) do sujeito (NORDENFELT, 1994).

Schwartzmann (1998) define qualidade de vida (QV) como sendo a percepção do cliente de seu bem-estar físico, psíquico e social; a qualidade depende de fatores orgânicos (características da enfermidade de base), psicológicos (característica da personalidade, mecanismos de defesa e afrontamento) e sociais (situação socioeconômica, suporte social), assim como o momento da vida em que a enfermidade surge.

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

Assim, torna-se fundamental que os profissionais atuantes nesta área empreguem esforços contínuos para o conhecimento das necessidades humanas afetadas, percebendo e identificando as necessidades e expectativas individuais dos clientes, além de tornarem-se imprescindíveis o resgate e a valorização do cliente enquanto pessoa que tem a sua forma singular de pensar, agir e sentir. Ao estarem alertas e sensíveis para tais aspectos, certamente poderão criar condições de mudança para possibilitar, além do prolongamento da sobrevida, uma melhoria na qualidade de vida do cliente renal crônico submetido à hemodiálise (LIMA; GUALDA, 2000; OLIVEIRA, 1994).

2 JUSTIFICATIVA

O aumento da incidência das doenças crônicas na população, principalmente a IRC com tratamento hemodialítico, é um fato conhecido que tem suscitado muitas discussões. O cuidado das pessoas com essas doenças tem sido um grande problema na área da saúde, abrangendo várias dimensões e representando um desafio a ser enfrentado no dia-a-dia, tanto por aqueles que vivenciam a situação quando para os cuidadores.

Também, a qualidade de vida desses clientes pode ser alterada pela severidade dos sintomas da doença e por intercorrências clínicas ou complicações paralelas, quantidade de medicação exigida para aliviar os sintomas e alteração da vida social, devido a restrições sofridas na vida cotidiana impostas pela condição crônica. Além disso, ainda se estabelece uma relação de dependência a uma máquina, a uma equipe especializada e à obrigatoriedade de aceitar e assumir um esquema terapêutico rigoroso para manutenção de sua vida.

Ao considerar que a maioria dos clientes renais crônicos está em programa de hemodiálise, que este é o método mais utilizado nas últimas décadas (ROCHA *et al.*, 1990), que, para muitos, a possibilidade de transplante só será viável em longo prazo e fato dessas pessoas, apesar de resignadas, viverem com incertezas e algumas com pouca esperança em relação a um futuro melhor (NAGLE, 1998), será preciso empenhar para conhecer a situação da qualidade de vida desses clientes a fim de colaborar para a sua melhoria.

A realização de tal estudo permitirá um aprofundamento no assunto, favorecendo a instrumentalização e dando subsídios para a criação de critérios que possam minimizar as dificuldades geradas pelo tratamento contínuo e presença de complicações e sintomas decorrentes da patologia. Tem como intuito buscar maior harmonia no setor de hemodiálise e maior ajustamento e adaptação dos renais crônicos submetidos a essa modalidade de diálise, melhorando assim a sua qualidade de vida.

3 OBJETIVOS

Esta pesquisa teve como objetivos:

OBJETIVO GERAL

- Avaliar a qualidade de vida dos pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico de uso diário.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar se as variáveis faixa etária, gênero, tempo de IRC, tempo de HD, estado civil, escolaridade, renda familiar, profissão (ocupação), tipo de moradia, prática dentro da religião, município onde reside, interferência da HD nas atividades profissionais, interferência da HD nas atividades lazer/recreação, número de pessoas que residem com o paciente, quantidade de medicamentos utilizados diariamente, e método de aquisição dos medicamentos interferem na qualidade de vida dos nefropatas crônicos em hemodiálise;
- Identificar as principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante a hemodiálise;
- Verificar se o portador de nefropatia crônica em tratamento hemodialítico possui adesão ao tratamento farmacológico de uso diário e se conhece a razão principal de seu uso (indicação);
- Identificar qual a expectativa de vida dos renais crônicos em hemodiálise com relação ao seu futuro.

4 REVISÃO DE LITERATURA

A saúde nos dias atuais se apresenta como um conceito abrangente e positivo que se apóia nos recursos sociais, pessoais e não somente, na capacidade física ou condições biológicas das pessoas (BRASIL, 2002).

Diante o exposto, Oliveira, Lenardt e Tuoto (2003) relatam que a existência humana desenvolve-se imersa num contexto demarcado pela presença de várias doenças. Em determinadas épocas, era crescente o surgimento de doenças infecto-contagiosas que, aos poucos, foram dando lugar às doenças crônicas e hoje coabitam o espaço no processo saúde-doença, atingindo a sociedade juntamente com o processo de industrialização e urbanização, o aumento da população em situação de estresse gerado pelo estilo de vida, que suscetibiliza o ser humano a desenvolver as doenças crônico-degenerativas, como a Hipertensão Arterial Severa, Diabetes Mellitus e Insuficiência Renal Crônica.

No processo de transição epidemiológica, o envelhecimento populacional chama particular atenção por sua ocorrência de modo acelerado, aumentando a probabilidade de expressão das doenças crônicas não transmissíveis, que geralmente manifestam-se em idades avançadas. Isso propicia a multiplicidade dessas doenças, muitas vezes incapacitantes, em uma mesma pessoa (ROUQUAYROL; FILHO, 1999).

Historicamente, uma das definições de doença crônica mais amplamente aceita é aquela proposta em 1957 pela Comissão de Doença Crônica de Cambridge, na qual se incluíam todos os desvios do normal que tinham uma ou mais das seguintes características: permanência, presença de incapacidade residual, mudança patológica não reversível no sistema corporal, necessidade de treinamento especial do paciente para a reabilitação e previsão de um longo período de supervisão, observação e cuidado (GREGG; ROBERTUS; STONE, 1989).

Vale ressaltar que, segundo Ide e Chaves (1992) e Martins, França e Kimura (1996), essas doenças relacionam-se, portanto, às condições de vida de trabalho e consumo da população, gerando tensões psicossociais e conseqüentemente o desgaste e a deterioração orgânica funcional, com especial sobrecarga do sistema nervoso, endócrino e cardiovascular. Neste contexto, um número cada vez maior de

indivíduos com este padrão de afecções tende a compor a clientela dos serviços de saúde.

As doenças crônicas são encontradas em todos os grupos socioeconômicos, étnicos, culturais e raciais, porém são mais comuns nos indivíduos dos grupos socioeconômicos baixos, provavelmente devido ao fato desta população ter nutrição subótima e menos acessos aos cuidados de saúde (KIGTON; SMITH, 2002).

Essas doenças podem começar com uma condição aguda, aparentemente insignificante e que se prolonga por meio de episódios de exacerbação e remissão. Embora seja passível de controle, o acúmulo de eventos e as restrições impostas pelo tratamento podem levar a uma drástica alteração no estilo de vida das pessoas (LUBKIN, 1990).

A este respeito, Trentini *et al.* (1990) observaram que, a partir do diagnóstico da doença crônica, os indivíduos acometidos passam a ter novas incumbências, como fazer regime de tratamento, conhecer a doença e lidar com incômodos físicos, perdas nas relações sociais, financeiras, nas atividades como locomoção, trabalho e lazer, ameaças à aparência individual, à vida e à preservação da esperança.

Assim, tradicionalmente, a assistência às pessoas em condições crônicas de saúde tem sido desenvolvida por meio da rotina que se inicia com o diagnóstico, confirmado por exames, a definição de um tratamento básico e o acompanhamento para avaliação e ajustes que se fizerem necessários (SAUPE; BROCA, 2004).

Dentre as doenças crônicas, destacam-se as degenerativas, como o diabetes mellitus, as artrites, a hipertensão arterial e a insuficiência renal crônica.

No que se refere à homeostasia, os rins exercem funções importantes, como a regulação do balanço de água e eletrólitos; excreção de escórias metabólicas (uréia, creatinina, ácido úrico), de produtos finais de degradação da hemoglobina (como a bilirrubina) e de metabólitos de diversos hormônios; regulação da pressão arterial, por meio da excreção de sódio e água e da secreção de substâncias vasoativas (por exemplo, a renina); regulação do equilíbrio ácido-básico; regulação da produção de eritrócitos por meio da secreção de eritropoetina; regulação da produção da forma ativa de vitamina D e, através da gliconeogênese, isto é, síntese de glicose a partir de aminoácidos e de outros precursores (GUYTON, 1997).

Quando os rins deixam de exercer essas funções, desencadeia a insuficiência renal, de acordo com o seu quadro clínico, que pode ser dividida em aguda (IRA) e crônica (IRC). A IRA é uma síndrome caracterizada por supressão aguda das

funções renais, em que o débito urinário geralmente se reduz a menos de 400 mL/24 horas e onde há profunda redução da taxa de filtração glomerular, resultando em retenção das escórias nitrogenadas, que persiste ou aumenta. Nesta doença, a pele e as membranas mucosas apresentam-se secas por desidratação, e a respiração pode ter o mesmo odor de urina (odor urêmico); as manifestações no sistema nervoso central incluem sonolência, cefaléia, tremores musculares e convulsões (SANTOS, 1999).

A IRA pode ser reversível dependendo do tipo de tratamento, da extensão da lesão, e da rapidez da identificação do processo patológico, ou ainda pode evoluir para a insuficiência renal crônica (IRC) (SMELTZER; BARE, 2002).

Assim, Bialy *et al.* (1999) definem a IRC como sendo uma degeneração progressiva da função renal e, ao contrário da IRA, não passível de reversão. Nesta doença, a capacidade do organismo de manter o equilíbrio hidroeletrolítico e metabólico está altamente comprometida. Este fato leva ao aumento da uréia e creatinina no organismo, gerando sinais e sintomas típicos de distúrbios bioquímicos denominados de uremia. Para verificar a quantidade de função perdida, costuma-se usar os qualificativos imprecisos como “leve”, “moderada” e “grave” ou “terminal”, conforme o grau de diminuição da filtração glomerular. Geralmente ela é deduzida por meio da avaliação da depuração da creatinina endógena (TOMÉ *et al.*, 1999a).

Quanto à epidemiologia da IRC, o grande número de casos de diabetes mellitus, que abrange cerca de 7,6% da população brasileira, e hipertensão arterial, que atinge de 15% a 20%, tem colaborado significativamente para o aumento do número de casos de IRC no país, que apresenta aproximadamente 150 mil casos (III CONSENSO, 2005). No entanto, dados do DATASUS sobre doença renal mostram que entre 1998 e 2001 ocorreram cerca de 400000 internações e cerca de 9500 pessoas foram a óbito (BRASIL, 2003).

As causas da insuficiência renal podem ser classificadas em parenquimatosas renais, doença do trato urinário e doenças sistêmicas com comprometimento renal. Dentre essas, destaca-se a hipertensão arterial sistêmica e a nefropatia diabética (RODRIGUES JÚNIOR, 1995). Outras doenças sistêmicas, como diabetes, aterosclerose, além da insuficiência cardíaca, podem alterar a capacidade dos rins em responder a alterações hidroeletrolíticas agudas (SMELTZER; BARE, 2002).

De acordo com Francischetti (2001), os motivos que levam ao aumento exponencial na prevalência de nefropatia secundária à hipertensão arterial não estão

bem elucidados. A contribuição de fatores socioeconômicos e raciais, associados ao controle inadequado da pressão arterial e a subutilização de uma terapêutica anti-hipertensiva responde em parte, por tal aumento dessa prevalência.

Nussenzveig (1994) relata ainda que o envelhecimento é um dos principais fatores causais da insuficiência renal. Este fato se deve às alterações morfológicas e anatômicas relacionadas com as disfunções renais, destacando-se a redução do tamanho e do peso dos rins, diminuição do número de néfrons, espessamento da membrana basal glomerular e tubular, esclerose e hialinização glomerular, bem como redução do comprimento e do volume dos túbulos proximais.

Draíbe (2002) afirma que a doença renal pode progredir independentemente de fator causal inicial. Desse modo, alterações renais intensas são causadas por glomerulonefrites graves, hipertensão arterial severa, diabetes mellitus não controlada, lesões renais auto-imunes causadas por lúpus eritematoso e doenças hereditárias como rins policísticos, além de más formações congênitas, as quais quase sempre podem evoluir para esclerose glomerular e atrofia tubular com perda total da função renal.

Vale mencionar que a magnitude do processo da insuficiência renal deve-se não somente às manifestações clínicas decorrentes da falência do processo de filtração, mas também às patologias crônicas causais que vêm contribuir para o agravamento do estado clínico e emocional de seu portador (KINGTON; SMITH, 2002).

Dados da literatura indicam que portadores de hipertensão arterial, de diabetes mellitus, ou história familiar para a doença crônica têm maior probabilidade de desenvolverem insuficiência renal crônica. No Brasil, dentre 2467812 pacientes com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus cadastrados no programa HiperDia do Ministério da Saúde em 29 de março de 2004, a frequência de doenças renais foi de 6,63% (175227 casos) (ROMÃO JÚNIOR, 2004).

Registros europeus e norte-americanos mostram que as principais causas de IRC são o diabetes mellitus (DM) e a hipertensão arterial (HA), sendo a incidência norte-americana de 41,8% e 25,4% respectivamente. Para indivíduos que já se encontram em tratamento dialítico, esta prevalência é de 33,2% para o DM e 24% para a HA (DRAÍBE, 2002). Já no Brasil, de acordo com o 2º Registro Latino Americano de Diálise e Transplante, publicado em 1997, as principais causas de IRC

eram a glomerulonefrite crônica (24%), seguida de hipertensão arterial (22%) e diabetes mellitus (15%) (RIELLA, 2003).

Estudo realizado na Argentina, com pacientes submetidos à diálise em um Hospital Nacional de Clínicas, mostrou como a principal causa da IRC nesses pacientes a HA (45,23%), seguido pela DM, com 14,28% dos casos (SCHNIDRIG *et al.*, 2003).

Esse fato é justificado por Kusumoto, Rodrigues e Marques (2004) ao relatar que DM e a HA são doenças silenciosas, pois nem sempre apresentam sinais e sintomas francos. Os portadores dessas patologias podem desconhecer que as possuem, ou, ainda, têm conhecimento delas, porém não aderem ao tratamento por julgarem-no desnecessário, uma vez que não há manifestações clínicas importantes. Assim, o não monitoramento e o tratamento inadequado dessas doenças, com o passar dos anos, desenvolverão lesões lentas e progressivas nos rins, podendo levar à IRC.

De acordo com vários autores, cerca de 15 a 20% da população adulta brasileira, com idade acima de 20 anos, é portadora de HA, sendo que, aproximadamente, 12 milhões de brasileiros são atingidos. Na América Latina há mais de 30 milhões de hipertensos, com pequenas variações entre os países. Dessa forma, aumenta a probabilidade de surgirem novos portadores de insuficiência renal crônica, tendo como causa principal a HA (REIS; GLASHAN, 2001; SIMONETTI; BATISTA; CARVALHO, 2002).

Uma vez iniciada a insuficiência renal, a deteriorização da função é progressiva e leva à IRC terminal em um período variável de tempo. Além dos mecanismos próprios de adaptação renal, outros fatores podem contribuir para a piora mais rápida da função renal residual, como HA, insuficiência urinária, obstrução e uso de drogas nefrotóxicas. Entretanto, embora possivelmente com menor velocidade, a insuficiência renal progride independente do controle desses fatores. Experimentalmente, a redução na função dos néfrons remanescentes leva à hipertensão sistêmica, proteinúria, esclerose glomerular e progressiva insuficiência renal (TOMÉ *et al.*, 1999a).

Ainda para os mesmos autores, a IRC apresenta um conjunto de sinais e sintomas que constituem a síndrome urêmica. Essas manifestações clínicas são conseqüências ou estão associadas às doenças que evoluem com redução progressiva da filtração glomerular.

Segundo Bandeira (1996), os principais sinais e sintomas apresentados por renais crônicos são nictúria, poliúria, oligúria, disúria, incontinência urinária, edema, hipertensão arterial, fraqueza, fadiga, adinamia, anorexia, náuseas, vômitos, insônia, câibras, prurido, palidez cutânea, xerose, miopatia proximal, dismenorréia, amenorréia, atrofia testicular, impotência, déficit cognitivo, confusão, sonolência, obnubilação e coma, dor renal no flanco ou região lombar e edema até anasarca. As anormalidades laboratoriais são constituídas pelo aumento de uréia, creatinina, fósforo, ácido úrico, potássio, magnésio, fosfatase alcalina, paratormônio, glicose, colesterol, triglicerídios, diminuição de bicarbonato, cálcio, ferro, albumina, calcitriol, eritropoetina e proteinúria.

A síndrome urêmica é muito freqüente em pessoas com IRC, sendo definida por Bennett e Plum (1997) como o conjunto clínico de sinais e sintomas da insuficiência renal terminal que resulta de distúrbios funcionais em muitos sistemas orgânicos, com presença de náuseas, vômitos, fadiga, confusão mental, coma, entre outros, como HA, edema e insuficiência cardíaca congestiva, embora a predominância de sintomas específicos possa variar de um paciente para outro.

Quanto ao exame físico, pode-se notar no nefropata crônico hálito com odor amoniacal, pele amarelada com possível presença de escoriações decorrentes de prurido intenso; 10% dos indivíduos renais crônicos apresentam a metade proximal da unha pálida e a metade distal rósea; geralmente apresentam aumento da pressão arterial, à ausculta pulmonar pode apresentar atrito e derrame pleural e no coração pode-se auscultar atrito pericárdico, além de desequilíbrio endócrino e fraqueza (FERMI, 2003).

Vale ressaltar que todas essas manifestações clínicas e laboratoriais apresentadas em renais crônicos ocorrem em graus diferentes, dependendo da gravidade, duração e causa da insuficiência renal (TOMÉ *et al.*, 1999a).

Além de todos esses sintomas causados pela IRC, os nefropatas crônicos podem, com o decorrer dessa doença, apresentar algumas complicações como: encefalopatia urêmica, encefalopatia da diálise, neuropatia periférica, pericardite, miocardiopatia, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, calcificações pulmonares, anemia, distúrbios da coagulação e sangramento, estomatite, esofagite, pancreatite, ascite, hepatite, hiperglicemia ou hipoglicemia, diminuição da libido, impotência, abortos espontâneos, alopecia, prurido, deficiência da vitamina D, diminuição da imunidade celular e humoral (TOMÉ *et al.*, 1999a). O hiperparatireoidismo

secundário persistente é comum no doente renal crônico, assim como a osteodistrofia renal que constituem desordens esqueléticas secundárias a alterações do metabolismo de cálcio e fósforo (SESSO; FERRAZ, 2003; RODRIGUES JÚNIOR *et al.*, 2004).

Quanto às complicações hematológicas, a anemia é a mais comum em clientes renais crônicos. A principal causa da anemia na IRC consiste na deficiência de eritropoetina, e pode ser agravada por perdas sangüíneas durante a diálise, por inflamações, acúmulo de alumínio, deficiência de fosfato ou vitamina B12 (MAFRA, 2003).

Para evitar ou diminuir estes sintomas e complicações causadas pela IRC, o doente precisa ser submetido a alguns tratamentos. Esse tratamento dependerá da evolução da doença, sendo que inicialmente ele poderá ser apenas conservador, por meio da terapêutica medicamentosa e dietética. A diálise (terapia renal substitutiva) será necessária quando os medicamentos, dieta e restrição hídrica se tornarem insuficientes. Por fim, o paciente terá a possibilidade de submeter-se a um transplante renal (BARBOSA; AGUILLAR; BOEMER, 1999).

Tomé *et al.* (1999b) relatam que o melhor método a ser escolhido deve ser individualizado e contemplar as características clínicas, psíquicas e socioeconômicas do paciente, sendo importante apresentar ao paciente e seus familiares as opções de tratamento, assegurando-lhes a possibilidade de modificar a escolha inicial conforme a evolução.

Cabe mencionar que a Sociedade Brasileira de Nefrologia estima que, no Brasil, apenas 33% dos clientes com IRC recebem tratamento adequado para a doença. Os 67% restantes, cerca de 100 mil doentes, morrem antes mesmo de iniciar a diálise (SOCIEDADE, 2005).

Em pesquisa realizada por Arredondo *et al.* (1998), na qual compararam-se o custo e efetividade da hemodiálise (HD), diálise peritoneal (CAPD) e transplante, constatou-se que o tratamento de menor custo é o transplante (US\$ 3 021,63), seguido pela diálise peritoneal (US\$ 5 643,07) e por último a hemodiálise (US\$ 9 631,60). Ao analisar a efetividade dos métodos, observou-se que a sobrevida foi maior no transplante, seguido pela CAPD e depois pela HD.

Referente à sobrevida dos renais crônicos, Seidl e Zannon (2004) relatam que os avanços nos tratamentos e as possibilidades efetivas de controle dessa

enfermidade têm acarretado o aumento da sobrevida e/ou a vida longa das pessoas acometidas por esse agravo.

A probabilidade de sobrevivência de pacientes em HD varia entre países e regiões, em função de variáveis como sexo, idade, condição social, presença de outras doenças associadas, condições estruturais e organizacionais dos serviços, suporte social e familiar recebido pelo paciente e recursos tecnológicos disponíveis nos serviços, dentre outros (CHAVES *et al.*, 2002).

Os mesmos autores salientam que o diagnóstico precoce, medidas preventivas adotadas, melhoria da expectativa de vida geral da população, tecnologia empregada nos procedimentos dialíticos, qualificação dos recursos humanos que atendem estes pacientes, melhoria das condições estruturais e de equipamentos de terapia renal substitutiva, enfim, um conjunto de fatores tem contribuído para a qualidade do tratamento, implicando no aumento da sobrevida destes pacientes.

Ávila *et al.* (1999) destacam, como fatores que influenciam negativamente a sobrevida do renal crônico, a presença de complicações clínicas concomitantes, como doenças cardiovasculares, cirrose, caquexia, doenças malignas e a presença de diabetes, além da idade avançada.

Devido às alterações fisiológicas ocorridas em portadores de nefropatia crônica, tornam-se necessárias mudanças de hábitos e costumes, até então usuais, de maneira radical. Assim, o tratamento dietético baseia-se, de um modo geral, na dieta hipercalórica (uma vez que os renais crônicos apresentam catabolismo aumentado, resultado da uremia), hipoprotéica, hipossódica, com restrição de potássio, fósforo, magnésio, e contando com suplementos de cálcio e vitaminas. Além disso, a restrição hídrica é de fundamental importância, geralmente de 500 a 1000 mL, e deve ser estabelecida de acordo com o ganho de peso e volume urinário do cliente (GULLO; LIMA; SILVA, 2000; BERKOW; FLETCHER, 1995).

Outro princípio básico da terapia nutricional da uremia é evitar a desnutrição. Além de aumentar o risco para o paciente, há indícios de que a desnutrição protéico-calórica favorece a liberação de fatores inflamatórios que induzem à produção de lipoproteína, fator de risco para aterogênese. Também, como a deficiência vitamínica no urêmico é prevalente, imprevisível e de etiologia multifatorial, é necessário o uso de vitaminas do complexo B e ácido fólico para diminuir os níveis de homocisteína, fator de risco para aterosclerose; além do consumo de vitamina K e A, se a ingestão

for pobre. Alguns autores preconizam suplementação também de vitamina E e D (TOMÉ *et al.*, 1999a).

Pelo motivo de a IRC poder causar anormalidades nutricionais, torna-se imprescindível a detecção e o tratamento precoce do déficit nutricional, pois assim pode-se reduzir os riscos de infecção, outras complicações e a mortalidade dos pacientes (VALENZUELA *et al.*, 2003). Martins e Riella (2001) ressaltam ainda que para prevenir a desnutrição é importante acompanhar o estado nutricional, auxiliando na terapia específica e na determinação das necessidades de cada nutriente.

Há também o tratamento farmacológico que, segundo Black *et al.* (1996), baseia-se no uso de hipotensores (inibidores da enzima conversora de angiotensina - IECA), vasodilatadores centrais e periféricos, também diuréticos tiazídicos e de alça, beta-bloqueadores, bloqueadores de canais de cálcio, além de anticonvulsivantes. A eritropoetina humana recombinante e a hemoterapia, com a infusão de papa de hemácias, são utilizadas para o tratamento da anemia.

O uso dessas medicações tem como meta restituir a pessoa ao “estado pré-mórbido”, ou seja, ao estado de personalidade anterior ao que foi considerado como doença. Também, a medicação é um instrumento, entre outros, capaz de auxiliar o indivíduo a superar o seu sofrimento (RODRIGUES, 2003).

Para o mesmo autor, a medicação vem sendo utilizada principalmente como forma de alívio ou de cura de uma determinada doença ou síndrome.

Os principais medicamentos de uso diário comumente prescritos aos portadores de nefropatia crônica incluem: captopril, lonitem, furosemida, nifedipina, atenolol, propranolol, metildopa (hipotensores); monocordil (vasodilatador coronariano); omeprazol (protetor gástrico – reduz a secreção do ácido gástrico); Ácido fólico (antianêmico); carbonato de cálcio (para evitar a hipocalcemia); sulfato ferroso (para repor a perda de ferro no sangue residual); complexo B; vitamina C; bicarbonato de sódio (antiácido gástrico – alcalinizante) e eritropoetina humana recombinante (para evitar ou tratar a anemia) (TOMÉ *et al.*, 1999a; BERKOW; FLETCHER, 1995).

De acordo com Nies e Spielberg (1996), a utilização de vários medicamentos tem como objetivos atingir o efeito terapêutico desejado ou tratar doenças coexistentes, porém o resultado pode ser tanto a potencialização como a inibição dos efeitos terapêuticos. Para estes autores, a maioria das prescrições

estabelecidas utiliza seis ou mais medicamentos, o que aumenta a incidência das interações, chegando a 20% em clientes que fazem uso de 10 a 20 fármacos.

Os mesmos autores afirmam ainda que a utilidade de cada esquema terapêutico deve ser constantemente avaliada durante a terapia. A utilidade de um esquema pode ser definida como o benefício que ele produz, mais os perigos do não tratamento da doença, menos a soma dos efeitos adversos da terapia. Dessa forma, o uso simultâneo de dois ou mais fármacos aumenta a complexidade da individualização da terapia medicamentosa.

Assim, é de fundamental importância que os renais crônicos tenham uma eficiente adesão ao tratamento farmacológico de uso diário, com o intuito de diminuir os efeitos adversos e sintomas da doença, e evitar complicações decorrentes de uma doença não tratada.

A palavra adesão, do latim *adhaesione*, significa, do ponto de vista etimológico, junção, união, aprovação, acordo, manifestação de solidariedade, apoio; pressupõe relação e vínculo (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Nobre *et al.* (2001) definem a adesão ao tratamento como sendo o grau de coincidência entre a prescrição e o comportamento do paciente.

Para Fuchs, Castro e Fuchs (2004), adesão é a extensão na qual o comportamento do paciente coincide com a recomendação médica ou aconselhamento por outros profissionais de saúde, seja seguindo a prescrição medicamentosa ou as recomendações sobre a dieta, mudança de hábitos de vida e frequência de consultas.

Referente aos autores acima citados, a adesão pode ser definida operacionalmente por meio da quantificação da dispensação, em serviços onde há distribuição de medicamentos, recusa em tomar o medicamento, subtração de uma ou mais doses, administração inferior ou superior à dose prescrita, erro na dosagem, emprego de medicamento adicional não prescrito, etc.

A despeito de existirem outras definições, parece bastante adequada aquela que estabelece que a não adesão se caracteriza como um desvio significativo do tratamento ou do regime terapêutico prescrito, mesmo que esse desvio não apresente resultados clínicos (HOMEDES; UGALE, 1994).

Cabe destacar que se deve conceber adesão ao tratamento como um processo com três componentes principais: a noção de doença que possui o

paciente, a idéia de cura ou de melhora que se forma em sua mente, o lugar do médico no imaginário do doente (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Também, Pierin, Gusmão e Carvalho (2004) colocam que a adesão ao tratamento relaciona-se a uma série de fatores. Trata-se de um processo comportamental complexo que sofre influências do meio ambiente, dos profissionais de saúde e de cuidados de assistência médica.

Assim, algumas características dos pacientes têm sido associadas à adesão ao tratamento farmacológico, tais como idade, gênero, etnia, nível socioeconômico, escolaridade, estado civil, nível de inteligência, religião, tipo de personalidade, ocupação, hábitos de vida, aspectos culturais e crenças, o conhecimento sobre a doença, e, por fim, fatores psicossociais, como percepção individual, auto-eficácia, automotivação, auto-estima, sentimento de bem-estar, ansiedade e depressão (FUCHS; CASTRO; FUCHS, 2004; PIERIN; GUSMÃO; CARVALHO, 2004).

Uma boa adesão implica na habilidade do paciente em cumprir com as recomendações clínicas conforme o recomendado, utilizar o medicamento como prescrito, adotar as mudanças aconselhadas no estilo de vida e realizar os procedimentos diagnósticos e de monitoramento recomendados (MARIN *et al.*, 2003).

Uma forma de facilitar a adesão ao tratamento, principalmente o farmacológico, é a introdução de esquemas terapêuticos fáceis e adequados, tendo em conta o perfil biopsicossocial do indivíduo, bem como suas rotinas diárias. Outro aspecto que também facilita a adesão é a simplificação e adequação do esquema terapêutico à rotina de cada indivíduo, sempre que possível (GIR; VAICHULINIS; OLIVEIRA, 2005).

Funchal (2000) refere que, no mundo, 50% dos pacientes com doenças crônicas não seguem o tratamento corretamente, principalmente o farmacológico. Outros trabalhos também mostram que os pacientes têm uma reconhecida dificuldade de adesão ao tratamento (WILKIS *et al.*, 2000; MOREIRA *et al.*, 1999).

Apesar dos esforços para diagnosticar e tratar a hipertensão arterial (esta aparece como uma das principais causas da IRC e também como consequência desta patologia), cerca de 35% a 83% dos portadores de hipertensão desconhecem ser sua condição e aproximadamente 75% a 92% daqueles em tratamento não mantêm a hipertensão descontrolada. Em condições reais da vida diária, há baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo, variando entre 51% nos Estados Unidos,

43% na China, e 27% em Gâmbia. Por esse motivo, pode-se inferir que a probabilidade de surgir um grande número de portadores de IRC é relevante e merece destaque na área da saúde pública (FUCHS; CASTRO; FUCHS, 2004).

Pierin, Gusmão e Carvalho (2004) colocam que a não-adesão é um impedimento ao alcance dos objetivos terapêuticos e pode constituir-se em uma fonte de frustração para os profissionais de saúde, além das sérias complicações inerentes ao não-controle tensional.

Geralmente, a não adesão acarreta conseqüências negativas ao processo de cuidado do cliente por desorganizar ou negativizar os potenciais benefícios do tratamento; exacerbar ou prolongar a doença; comprometer a avaliação médica no que tange à resposta do paciente a um tratamento ou à qualidade do tratamento empreendido; acarretar angústia e dano ao paciente; resultar em sobras de medicamentos, situação que pode ocasionar automedicação irracional e envenenamento e favorecer a elevação dos custos e do desperdício de recursos (MARIN *et al.*, 2003).

De acordo com os mesmos autores, a má comunicação entre a equipe de saúde e o paciente, a má organização dos serviços de saúde, o custo e outros dificultadores de acesso aos medicamentos, a sensação de melhora do paciente, o tipo de tratamento (muitos medicamentos, aparecimento de efeitos adversos e falta de confiança), além de aspectos sociais e culturais que irão influenciar na capacidade de compreensão e aceitação das informações fornecidas podem ser entendidos como algumas das razões pelas quais não se cumprem as indicações médicas.

Como exemplo de impacto da não adesão ao tratamento, citam-se alguns dados dos EUA, onde se tem estimado que esta acarreta aumento das consultas ambulatoriais, internação e atendimentos de emergência com um custo inerente estimado em US\$ 50 bilhões (JOHNSON; BOOTMAN, 1995). Segundo os mesmos autores, as taxas de admissões hospitalares relacionadas a medicamentos variam de 2,3% a 27,3%, e 5,3% das internações seriam devidas à não adesão.

Nos Estados Unidos, em 1998, os gastos com hipertensão arterial (uma das principais causas da IRC) e suas complicações representaram 12,6% do total dispensado com o cuidado à saúde. Em nosso meio, no mesmo período, de acordo com dados do Ministério da Saúde, houve 1.150.000 internações por doenças

cardiovasculares, com um custo de 475 milhões de reais que, na época, equivalia a cerca de 400 milhões de dólares (PIERIN; GUSMÃO; CARVALHO, 2004).

A respeito de vários autores insistirem que não existem sinais absolutamente seguros para identificar o paciente “não cumpridor”, o grau de cumprimento de regime terapêutico prescrito depende, dentre outros fatores, da percepção que os pacientes têm de sua enfermidade e do sistema assistencial, de sua relação com o prestador de cuidados de saúde, de sua confiança nos medicamentos, do regime terapêutico e do tipo e aspecto de medicamento receitado. Assim, cabe aos profissionais que assistem os portadores de nefropatia crônica avaliar a prescrição médica e reforçar os conselhos do prescritor ao paciente e aconselhar para a necessidade do cumprimento das medidas não farmacológicas e farmacológicas (MARIN *et al.*, 2003; MACEDO JÚNIOR; ARAÚJO, 2004).

Para realização dessa avaliação e aconselhamento aos renais crônicos, por parte dos profissionais de saúde, é que atualmente, existem os grupos de adesão ao tratamento, um espaço solidário que permite o acesso à informação, a troca de experiências, o intercâmbio de motivações, o apoio mútuo e a vivência de uma pluralidade de situações que criam oportunidades para pacientes e profissionais de saúde posicionarem-se, tirarem dúvidas, interagirem e superarem dificuldades no processo de tratamento (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Esse grupo de adesão é uma prática de saúde que se fundamenta no trabalho coletivo, na interação e no diálogo. Trata-se de um grupo homogêneo quanto à enfermidade dos pacientes, aberto com relação à entrada destes em cada reunião e multidisciplinar no que diz respeito à coordenação. Tem caráter informativo, reflexivo e de suporte, e sua finalidade é identificar dificuldades, discutir possibilidades e encontrar soluções adequadas para problemáticas individuais e/ou grupais que estejam dificultando a adesão ao tratamento (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Vale ressaltar que, para Faé *et al.* (2006), o suporte social tem significativa importância na manutenção do bem-estar e conseqüentemente na adesão ao tratamento, pois proporciona sustentação emocional, que favorece a saúde por estabelecer um relacionamento interpessoal baseado em confiança, solidariedade e valorização, proporcionando, assim, melhor adaptação às condições de estresse. Ainda, a presença de redes de suporte social encoraja e facilita a participação ativa dos sujeitos nas atividades necessárias para o controle da doença.

Por fim, a adesão ao tratamento é um processo complexo que envolve não somente o esforço do profissional, mas principalmente o engajamento do paciente, considerado em seu contexto, conforme as contingências que permeiam sua vida, a forma de apreender a doença, o tratamento e o cotidiano, sua rede de apoio social e os modelos de saúde e de enfrentamento das adversidades por ele construídos ao longo da existência (FAÉ *et al.*, 2006).

Descreveu-se anteriormente que o renal crônico inicialmente é submetido ao tratamento conservador (dietético e farmacológico) de acordo com o estágio da doença. Em caso de lesão renal avançada, esses tratamentos não são suficientes, tendo o mesmo que ser submetido à terapia renal substitutiva (diálise) ou até mesmo um transplante (BARROS *et al.*, 1999).

Para os mesmos autores, a terapia renal substitutiva pode ser realizada por meio da hemodiálise (HD) e diálise peritoneal. Esta última ainda se subdivide em diálise peritoneal intermitente (DPI), diálise peritoneal cíclica e diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD).

Segundo Bevilacqua e Guerra (2001), ao término de 1999 havia cerca de 1,2 milhão de sujeitos sob tratamento dialítico em todo o mundo, dos quais 140 mil em diálise peritoneal. Nesta mesma época, dados do DATASUS indicavam a existência de quase 45 mil sujeitos em diálise no Brasil. Desses, 7,8% encontravam-se em diálise peritoneal ambulatorial contínua e 1% em diálise peritoneal automatizada (DPA).

Sesso (2002) refere que dados epidemiológicos da IRC no Brasil datam de dezembro de 1999 e foram coletados em janeiro de 2000 pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SOCIEDADE, 2005), sendo que 53% dos sujeitos em diálise concentram-se na região sudeste. Além disso, de 1994 a 1999, a prevalência de indivíduos em diálise no país aumentou em média 12,6% ao ano. Em 1999, 52% dos indivíduos em diálise eram do sexo masculino, 26% tinham mais de 60 anos, havendo tendência para aumento deste grupo, 2,2% tinham menos de 18 anos e somente 297 pessoas tinham menos de 10 anos de idade.

No ano de 2001, os dados do Anuário Estatístico Brasileiro apontam a existência de 65.534 pacientes em diálise. Em relação à entrada de clientes para tratamento dialítico, a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) estima que ocorram aproximadamente 20.000 novos casos por ano, com uma incidência anual em torno de 100 casos novos por milhão de habitantes, embora apenas 60 pacientes novos

iniciem tratamento dialítico, por falta de diagnóstico ou por tratamento incorreto (BRASIL, 2003; CARREIRA; MARCON, 2003).

O último censo realizado pela SBN, referente aos dados de 2004/2005, apontam que existem atualmente 65.121 pacientes submetidos à terapia renal substitutiva. Desses, 57.988 em hemodiálise, 4.363 em diálise peritoneal ambulatorial contínua, 2.485 em diálise peritoneal automatizada e 285 em diálise peritoneal intermitente. Cabe ressaltar que 517 desses pacientes têm menos de 15 anos e 72,4% dos centros de diálise oferecem três turnos de trabalho (CENSO, 2006).

No estado de Minas Gerais, também referente aos dados de 2004/2005 da SBN, existem 69 centros de diálise, sendo 68 conveniados ao SUS (Sistema Único de Saúde); 7.627 pacientes em tratamento dialítico (6.876 em hemodiálise); 67 pacientes com menos de 15 anos e 50 centros com três turnos de hemodiálise (CENSO, 2006).

É importante mencionar que, no Brasil, o gasto anual específico com diálise financiado pelo SUS supera US\$ 400 milhões. Apesar da restrição aos gastos com o tratamento da IRC, seu custo total vem crescendo devido ao aumento significativo de população em tratamento dialítico (BARROS *et al.*, 1999). Dados estatísticos mais recentes (2004) apontam que essa despesa com o programa de diálise e transplante renal no país situa-se ao redor de 1,4 bilhões de reais ao ano (ROMÃO JÚNIOR, 2004).

Uma das formas de terapia renal substitutiva é a diálise peritoneal que consiste na infusão de uma solução hipertônica na cavidade peritoneal, na qual a membrana peritoneal funciona como uma membrana semipermeável. O acesso à cavidade é obtido por meio da introdução de um cateter. A diálise é realizada em três fases: entrada, permanência e drenagem da solução de diálise. Existem duas modalidades de diálise peritoneal: Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD), que consiste na infusão de 2 a 2,5 litros de solução de diálise, com 4 a 5 trocas por dia, realizado 7 dias por semana, no domicílio do próprio paciente; e a Diálise Peritoneal Intermitente Noturna (NIPD), que é uma técnica realizada com uma cicladora automática, durante a noite, com volume de infusão de 8 a 20 litros de tempo fixo de 9 a 10 horas (TOMÉ *et al.*, 1999b).

Com relação à diálise peritoneal intermitente, Ávila *et al.* (1999) relatam que, associada a maior número de complicações e importante fator de risco de

mortalidade, tendo como causa as infecções, na maioria das vezes, de natureza hospitalar, este método geralmente é utilizada apenas como alternativa para alguns pacientes impedidos de realizar outros métodos dialíticos, como por exemplo, pacientes sem acesso vascular para a HD e sem condições domiciliares para a realização de CAPD.

Vale ressaltar que o treinamento do paciente para realizar a CAPD é desenvolvido pela enfermagem do serviço de diálise; entretanto, o tratamento propriamente dito, isto é, a troca das bolsas de diálise, é realizada pelo paciente e/ou família em seu domicílio. O paciente retorna ao ambulatório para consultas médicas e de enfermagem periódicos, com objetivo de avaliar o estado de saúde, bem como o tratamento da CAPD, e possíveis complicações (KUSUMOTA; RODRIGUES; MARQUES, 2004).

Destaca-se ainda que estes tipos de terapias são os métodos mais simples, eficientes e de baixo custo, uma vez que não necessitam de aparelhos sofisticados e energia elétrica. É um procedimento adequado às características sociais e recursos limitados da população de um país como o nosso. Apesar dessas vantagens, a diálise peritoneal pode apresentar algumas complicações como: formação de hérnia, vazamentos pericater e na parede abdominal, edema genital, complicações respiratórias e dor lombar (DAUGIRDAS; ING, 1999).

Todos esses métodos dialíticos (CAPD e NIPD) visam à melhoria do estado de saúde do cliente, porém, o transplante renal, de acordo com Vieira (2005), é apontado como um procedimento que garante ao portador de IRC uma vida mais longa e com maior qualidade.

Bastos, Medeiros e Manfro (1994) apontam que o transplante renal, além de permitir a reabilitação do paciente e um estilo de vida normal, possibilita também uma economia significativa para o sistema de saúde.

É importante destacar que dados da literatura demonstram que a qualidade de vida, após o transplante, embora melhore do ponto de vista social e físico, se comparado com a população em geral, a baixa auto-estima e autopiedade permanecem, comprovando que, apesar de não serem mais portadores de insuficiência renal terminal, ainda consideram-se doentes, agora transplantados renais susceptíveis a intercorrências clínicas (TSUJI-HAYASHI *et al.*, 1999).

O transplante renal, segundo Ferreira e Heilberg (2001), é uma importante opção terapêutica para o paciente com IRC, tanto do ponto de vista médico, quanto

social ou econômico. É um procedimento cirúrgico que consiste na reposição de um órgão ou tecido de uma pessoa doente (receptor) por outro órgão normal de um doador. Este novo e único rim deve substituir totalmente os dois rins que pararam de funcionar.

Pode-se dizer que todo paciente portador de insuficiência renal terminal é um candidato, em potencial, a um transplante de rins, mas autores relatam que as principais indicações para a realização do transplante são: paciente em terapia renal substitutiva, pacientes com *clearance* de creatinina < 10 mL/min em tratamento conservador, diabéticos e crianças com *clearance* de creatinina < 20 mL/min, e nefropatas não diabéticos e maiores de 18 anos com *clearance* de creatinina <20 mL/min (DIRETRIZES, 2006; RIELLA, 2003; TRANSPLANTE, 2006).

Porém, existem algumas contra-indicações como: doença maligna incurável, infecção incurável, doença cardíaca e pulmonar avançada, doença hepática progressiva, doença vascular cerebral, anormalidades graves do trato urinário inferior, coagulopatia persistente, idade maior que 70 anos, doença mental ou psiquiátrica grave, condições psicossociais adversas graves, doença renal com elevado índice de recorrência e, por último, recusa do paciente (DIRETRIZES, 2006; GONÇALVES *et al.*, 1999; IANHEZ, 2006; TRANSPLANTE, 2006).

O paciente deve passar por uma avaliação clínica (história e exame físico, avaliação da pressão arterial e laboratorial adequada). Segundo os autores acima citados, dentre os exames necessários, destacam-se: tipagem ABO, prova cruzada, tipagem HLA (antígenos leucocitários de histocompatibilidade), tipagem sorológica, tipagem celular – MLC (cultura mista de linfócitos), urina, urocultura, fezes (parasitológico), química de sangue, ionograma, hemograma, testes para Sífilis, Hepatite e Chagas, Rx de tórax, urografia, endoscopia digestiva, arteriografia renal ou aortografia (em pacientes diabéticos, maiores de 50 anos, ou gravemente hipertensos), cistouretrografia miccional (em pacientes com suspeita de lesões obstrutivas baixas), eletrocardiograma, perfil hepático, testes imunológicos e *clearance* de creatinina.

Para a realização do transplante, faz-se necessário ter um órgão (rim). Existem três tipos de doador: vivo relacionado (parentesco consangüíneo), vivo não relacionado (sem nenhum grau de parentesco) e doador cadáver. Cabe salientar que a vantagem do doador vivo é a melhor sobrevida do paciente e do enxerto. Além disso, o número de doadores cadavéricos disponíveis é muito menor que o número

de pacientes urêmicos em lista de espera para o transplante. Por esses motivos, o transplante renal é realizado preferencialmente com doadores vivos (DIRETRIZES, 2006).

Mesmo realizando o transplante com doadores vivos, os pacientes podem vir a desenvolver complicações pós-transplante. Dentre essas complicações, Ferreira e Heilberg (2001) citam como as principais a infecção do trato urinário e a rejeição.

Para evitar ou diminuir o risco do paciente transplantado desenvolver uma rejeição ao órgão, faz-se necessário o uso de medicamentos imunossupressores. A grande limitação da imunodepressão na clínica é sua inespecificidade, significando que ela afeta não só as células imunocompetentes, mas todas as outras do mesmo modo, originando vários fenômenos colaterais indesejáveis (TÁVORA, 1992).

De acordo com Ianhez (2003) e Kalil (2003), o tratamento imunossupressor busca, em primeiro lugar, prevenir o desencadeamento da resposta imune do receptor contra o enxerto e, em segundo lugar, conter quando necessário o processo de rejeição já instalado. Dessa forma, atualmente, existem cinco tipos de drogas usadas como manutenção, profilaxia e tratamento da rejeição: corticóide, azatioprina, ciclosporina, anticorpo monoclonal e anticorpos policlonais.

A imagem que os pacientes possuem do transplante antes de realizá-lo é modificada com as novas limitações que lhes são impostas. Eles tomam consciência de que não são normais como se achavam antes, e que, embora não precisem mais da máquina, vêm-se obrigados a tomar medicações pelo resto da vida, para evitar a rejeição, mas que provocam efeitos colaterais nocivos à sobrevivência do enxerto. Terão também de adequar-se a uma rigorosa dieta, assim como tomar rigorosos cuidados com a higiene e ambientes freqüentados, devido aos riscos das medicações (MENDES; SHIRATORI, 2002).

Cabe ressaltar que, embora o transplante tenha sido considerado o tratamento de melhor custo-efetividade, deve-se considerar a dificuldade de captação dos órgãos e a necessidade de uma central de transplante bem equipada e uma equipe multidisciplinar definida e competente (ARREDONDO *et al.*, 1998).

Por esses motivos, o sucesso de um programa de transplante renal está na dependência não só do treinamento da equipe clínica e cirúrgica, mas também do auxílio de outras especialidades médicas, como imunologia, infectologia, radiologia, patologia e terapia intensiva, e do concurso de outros profissionais de saúde, como

enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, bioquímicos e biólogos (GONÇALVES *et al.*, 1999).

De acordo com Brasil (2003), a lista de espera para realização de transplante compõe-se de 28.659 pessoas, até maio de 2003, sendo que no ano de 2001 foram realizados cerca de 3.099 transplantes de rins, dos quais 1.256 com doador cadáver. Dados mais recentes apontam que em 2004 foram realizados 1.728 transplantes com doador cadáver e 1.604 com doador vivo; em 2005, o número de transplantes com doador cadáver elevou-se para 1.768 e com doador vivo diminuiu para 1.594 (TRANSPLANTE, 2006).

Pode-se verificar pelos dados referidos acima que o acesso ao transplante renal no Brasil é ainda restrito a uma parcela muito pequena dos pacientes que dele necessitam. Enquanto os países do primeiro mundo realizam entre 30 a 40 transplantes renais por 1 milhão de habitantes, este número não excede a 10 transplantes por 1 milhão de habitantes no Brasil (IANHEZ *et al.*, 2006).

O número de candidatos a receptores é crescente a cada ano, e mesmo com o esforço do Ministério da Saúde e dos profissionais envolvidos nesse processo, o fator determinante para aumentar o número de doações é a conscientização e sensibilização da população sobre essa modalidade terapêutica, uma vez que a grande expectativa de um renal crônico submetido à hemodiálise é a realização do transplante (PESTANA, 2002).

É evidente a necessidade de educação dirigida à sociedade, como campanhas educativas, palestras, aulas e esclarecimentos por meio de comunicação em massa, com o intuito de possibilitar a mudança de atitude da população frente à doação de órgãos (PADRÃO; LIMA; MORAES, 2006).

Antes da realização do transplante, um dos métodos dialíticos mais utilizados em nefropatas crônicos como substituto da função renal para a manutenção da vida, por tempo indeterminado ou permanente, é a hemodiálise (HD). Essa vem gradativamente ampliando seu espaço enquanto modalidade terapêutica para pacientes com problemas renais crônicos. Constitui-se um procedimento de alto custo/complexidade que envolve uma assistência altamente especializada, tecnologia avançada, ações de alta complexidade e requer uma articulação entre os níveis secundários e terciários. Além disso, apresenta nos últimos anos, uma demanda crescente, o que tem implicado em considerável consumo de recursos

financeiros, aproximadamente R\$ 15000 por paciente, ao ano. Cada sessão de HD tem o custo de R\$ 93,58 (CHAVES *et al.*, 2002; BRASIL, 2003).

No período de 1996 a 1999, houve um crescimento de aproximadamente 39,4% na quantidade de sessões de HD realizadas e faturadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2000, para 5.982.639 sessões, foram gastos R\$ 559.855.357,62 (CHAVES *et al.*, 2002).

Os autores acima citados observaram nos últimos anos a ampliação dos gastos com terapia renal substitutiva (TRS), que pode ser justificada pelo aumento da demanda e pelas mudanças na legislação sobre as condições estruturais e organizacionais de funcionamento dos serviços que, ao se adequarem às determinações governamentais, implementaram melhorias no atendimento, as quais podem estar ocasionando um aumento na sobrevivência dos pacientes à hemodiálise.

A história da hemodiálise é a história também dos componentes necessários para sua realização: anticoagulante, circuito extracorpóreo, bomba de sangue, membrana dialisadora, filtro dialisador e acesso à circulação sangüínea (TOMÉ *et al.*, 1999b).

Os conceitos de osmose e diálise descritos por Thomas Graham, em 1854, só foram aplicados para tratamento da uremia em humanos em 1918 por G. Ganter (primeira diálise peritoneal) e em 1924 por George Hass (primeira hemodiálise). Após um período inicial de dificuldades, a era da diálise como tratamento efetivo da insuficiência renal começou em 1945, quando, coincidentemente, ocorreram a primeira diálise peritoneal (com a equipe de Frank, Seligman e fine) e a primeira hemodiálise (utilizando as técnicas do Dr. Willem Kolff) bem-sucedidas. Ambos trataram pacientes com insuficiência renal aguda. Os primeiros pacientes com IRC foram tratados com sucesso em Seattle, em 1960 (TOMÉ *et al.*, 1999b).

Com o passar dos tempos, novos sistemas foram inventados, como o filtro de fibras ocas, o sistema de proporção para banho de diálise, e a hemodiálise expandiu-se em todo o mundo como uma técnica salvadora de vidas, que permitiu que os pacientes renais crônicos sobrevivessem e pudessem ser transplantados (TOMÉ *et al.*, 1999b).

Ainda para os mesmos autores, a década de 80 trouxe o desenvolvimento de máquinas mais seguras, com monitores, controles e sistemas automáticos. Também foram idealizados os métodos contínuos de diálise em Centro de Terapia Intensiva

(CTI) para pacientes com insuficiência renal aguda instáveis hemodinamicamente. Desenvolveu-se também o conceito de diálise de alta eficiência e novas membranas mais biocompatíveis foram comercializadas.

Apesar dos importantes avanços em técnicas, equipamentos e manuseio terapêutico, Salomão (2002) salienta que, ainda assim, a IRC é uma condição com problemas médicos, sociais e econômicos devastadores em todo o mundo, principalmente em países do terceiro mundo, havendo regiões pobres da Ásia e África Central onde nem há a possibilidade regular de suporte dialítico.

A hemodiálise é definida como um processo terapêutico capaz de remover catabólitos do organismo e corrigir as modificações do meio interno por meio da circulação do sangue em uma máquina idealizada para este fim. O método consiste, essencialmente, na circulação extracorpórea do sangue em tubos ou compartimentos feitos de uma membrana semipermeável e constantemente banhados por uma solução eletrolítica apropriada – solução de diálise ou banho. Durante o tratamento, o sangue flui, por tubos, para o dialisador, este filtra os resíduos e o excesso de líquidos, sendo que este flui por meio de outro tubo e volta para o organismo do paciente (PERSO, 2005; MARCONDES, 1999).

O filtro dialisador engloba dois compartimentos, um por onde circula o sangue e outro por onde circula o dialisato. A comunicação entre esses dois compartimentos ocorre por uma membrana semipermeável disposta de modo a ampliar ao máximo a área de contato entre os dois líquidos. O sangue entra por uma ponta, distribuindo-se por dentro dos inúmeros e finos tubos capilares dispostos em feixe até sair na outra extremidade, e externamente a essas fibras, circula o dialisato (TOMÉ *et al.*, 1999b).

As máquinas modernas de hemodiálise possuem equipamentos que controlam e monitorizam vários parâmetros. Existem alarmes e sistemas de segurança que anunciam quando algum desses parâmetros desvia-se do desejado e pode mesmo suspender o processo para evitar riscos ao paciente (TOMÉ *et al.*, 1999b).

Segundo Daugirdas e Ing (1999), as indicações para o início deste tratamento dialítico são a síndrome urêmica, a insuficiência renal aguda e a insuficiência renal crônica ou doença renal terminal; e tem como finalidade a remoção de substâncias endógenas e exógenas, tóxicas ao organismo, correção do equilíbrio ácido-básico e

remoção de excesso de líquidos no organismo (BARBOSA; AGUILLAR; BOEMER, 1999).

Com relação ao tempo de permanência em tratamento hemodialítico, o processo normalmente é feito em quatro horas, e em média, três vezes por semana (BARROS *et al.*, 1999). Assim, esses usuários da hemodiálise passam, em média, 40 horas mensais durante anos e anos na unidade de hemodiálise ligados a uma máquina e monitorados por profissionais de saúde (TRENTINI *et al.*, 2004).

Além disso, o renal crônico ainda estabelece uma relação de dependência a essa máquina, a uma equipe especializada e à obrigatoriedade de aceitar e assumir um esquema terapêutico rigoroso para manutenção de sua vida (LIMA; GUALDA, 2000).

No Brasil, de acordo com dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia, 89,53% dos nefropatas crônicos são submetidos à hemodiálise, e o restante dos pacientes encontra-se em tratamento por meio da diálise peritoneal contínua, automatizada ou intermitente; e estão distribuídos em 518 centros de diálise, sendo 490 conveniados ao SUS e 28 não conveniados (SOCIEDADE, 2005).

Devido a esse grande número de clientes renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico, faz-se necessária uma maior atenção prestada a eles, com orientações e explicações, visando o seu esclarecimento. Também, a adequação de materiais e equipamentos, o preparo e a competência técnico-científicos dos profissionais que dele participam são muito importantes para se evitar riscos e garantir melhores resultados na manutenção da vida do cliente e do seu relativo bem-estar (LIMA; GUALDA, 2000).

Contudo, para a realização da hemodiálise, é necessário um acesso vascular que pode ser temporário ou permanente. A inserção percutânea de um cateter em veia de grande calibre (jugular, femoral, subclávia) denominado cateter de duplo lúmen (CDL), fornece um acesso temporário. Um acesso permanente é obtido por meio da confecção de uma fístula arteriovenosa (FAV) ou por meio da inserção de um cateter de luz dupla de silicone com *cuff* (como o Perm Cath) ou um par de cateteres de luz única com *cuff* - cateter Tesio – em uma veia jugular interna (DAUGIRDAS; ING, 1999).

O acesso permanente de escolha para a hemodiálise é a fístula arteriovenosa, que consiste na anastomose de veia com artéria, sendo que este acesso é mais seguro e duradouro, porém necessita de tempo para sua maturação

(2 a 3 semanas). No entanto, em algumas situações, torna-se difícil a FAV, principalmente em pacientes com veias de pequeno calibre ou profundas, em pacientes com múltiplas punções venosas devido à lesão vascular e em pacientes idosos (SMELTZER; BARE, 2002).

Embora possua algumas vantagens sobre os cateteres, a fístula possui a desvantagem da realização das punções com agulhas extremamente calibrosas em cada sessão de hemodiálise. Os cateteres são bastante incômodos para os pacientes, limitando os movimentos naturais, devido à sua localização. Mas não são apenas esses os motivos que incomodam tanto os pacientes dependentes da hemodiálise. Após o término da HD, faz-se necessário cobrir o cateter com um curativo, com o objetivo de proteger o paciente de infecções (MENDES; SHIRATORI, 2002).

Por esse motivo, de acordo com os autores referidos acima, esses curativos são geralmente grandes e visíveis quando localizados na subclávia ou jugular. A sua constante presença também acarreta um desconforto psicológico, provocado pela alteração de sua aparência. No caso da fístula, as punções repetidas, com o tempo, levam ao desenvolvimento de aneurismas, que se caracterizam pela dilatação dos vasos. Cabe ressaltar que grandes hematomas também podem acontecer devido ao erro da punção.

Mesmo com a sofisticação crescente das máquinas de hemodiálise nas últimas décadas, tornando esse procedimento seguro e capaz de manter a vida dos pacientes por longos períodos, vale mencionar que, em 30% das sessões de hemodiálise, pode ocorrer algum tipo complicação decorrente desta modalidade terapêutica (CASTRO, 2001). Essas complicações incluem: hipotensão arterial (sendo uma das principais), câibras, náuseas e vômitos, cefaléia, dor no peito, dor lombar, prurido, febre e calafrios, diarreia, reações alérgicas, arritmia cardíaca, embolia gasosa, hemorragia gastrointestinal, problemas metabólicos, convulsões, espasmos musculares, insônia, inquietação, demência, infecções, pneumotórax ou hemotórax, isquemia ou edema da mão e a anemia (BERKOW; FLETCHER, 1995; TOMÉ *et al.*, 1999a).

Segundo Carmo *et al.* (2003), uma vez iniciada a hemodiálise, a sobrevida dos renais crônicos está diretamente relacionada às complicações cardiovasculares, como a hipertrofia ventricular esquerda, o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular encefálico, as disritmias cardíacas e a hipertensão arterial sistêmica.

Portanto, além de constituir a segunda causa da IRC no nosso meio, a hipertensão arterial pode exercer influências na mortalidade cardiovascular nos pacientes em fase mais tardia da terapia renal substitutiva. Tal influência se deve ao controle inadequado da pressão arterial, alterações hemodinâmicas durante a perda do volume no tratamento hemodialítico e ganho de líquido no período interdialítico.

Assim, Cesarino e Casagrande (1998) referem que a IRC e o tratamento hemodialítico provocam uma sucessão de situações para o paciente renal crônico, que compromete o aspecto físico e psicológico, com repercussões pessoais, familiares e sociais. Mendes e Shiratori (2002) relatam ainda que o tratamento força o paciente a um ritual repetitivo e de dependência a uma máquina que toma muito o seu tempo e provoca alterações na sua imagem corporal causada pela presença de cateteres e fístulas arteriovenosas. A condição crônica e hemodiálise causam ainda o isolamento social, perda do emprego, dependência da Previdência Social e um sentimento ambíguo entre medo de viver e de morrer (MACHADO; CAR, 2003).

Cabe ressaltar que, de acordo com Barbosa, Aguillar e Boemer (1999), a adaptação do paciente ao tratamento hemodialítico tende a passar por uma série de estágios: período de lua-de-mel, que é marcado pelo aumento do bem estar físico, e sensação de confiança e esperança. Este período geralmente dura de seis semanas a seis meses. Em seguida, vem o período de desencanto e desencorajamento, que é caracterizado por um início súbito de tristeza, desesperança e impotência. A depressão e o comportamento suicida são comuns durante esse estágio. E por fim, a adaptação a longo prazo, que ocorre quando o paciente finalmente alcança um nível de aceitação de sua doença e suas limitações. Alguns pacientes jamais conseguem alcançar esse estágio de adaptação.

Assim, os efeitos psicológicos relacionados à ansiedade, medo, perda da auto-imagem, percepção da doença e enfrentamento positivo, influenciam o tratamento. A maneira como os renais crônicos enfrentam as mudanças decorrentes de sua doença e do tratamento vai influenciar no processo de aceitação de sua condição; pois, um enfrentamento mais efetivo, que inclui mudanças na perspectiva de vida, como a valorização do que é realmente importante, permite uma avaliação mais positiva de sua vidas, independente da condição de saúde que enfrentam (WHITE; GRENYER, 1999).

Não podemos ignorar que o impacto da doença e da hemodiálise pode ocasionar no cliente renal crônico, além do desgaste físico, um grande estresse

mental e emocional. Ele é obrigado a conviver com uma dura realidade: o fato de possuir uma doença incurável que o remete à dependência a um tratamento doloroso, de duração e conseqüências incertas, e que, aliado à evolução natural da doença, ocasiona mudanças importantes na sua vida e na vida das pessoas que compõem a sua rede social (LIMA; GUALDA, 2000).

Lima e Gualda (2000) afirmam que o avanço da hemodiálise e do transplante renal tem possibilitado um aumento do número de crianças com IRC que conseguem atingir a idade adulta, porém nos alerta para o fato de estas modalidades terapêuticas não restabelecerem plenamente a saúde, afetando a sua qualidade de vida.

No entanto, não existem suficientes investigações que confirmem que os tratamentos utilizados nos renais crônicos vem favorecendo uma melhor qualidade de vida (SILVA *et al.*, 2002a). Dentre os estudos que abordam a questão da qualidade de vida de pessoas com IRC, encontra-se em vários autores uma perspectiva negativa de viver com esta patologia, que inclui ser uma doença estressante, afetando a qualidade de vida e trazendo importantes limitações físicas, psicológicas e sociais, interferindo em sua auto-estima (WHITE; GRENYER, 1999; LIMA; GUALDA, 2000; CESARINO; CASAGRANDE, 1998).

De acordo com Gullo, Lima e Silva (2000), com a continuidade da hemodiálise e a confirmação da irreversibilidade da doença, o enfermo sofre profundas modificações, reconstruindo sua própria identidade social durante essa trajetória. Após alguns meses nesse convívio hospitalar, ele passa a se ver como paciente terminal que necessita da máquina para sobreviver. Os horários, o trabalho e até as relações familiares se reorganizam, de forma à adaptar-se a relativa qualidade de vida que essa situação propicia.

A preocupação com a qualidade de vida dos indivíduos em condição crônica de saúde tem sido constante nos trabalhos desenvolvidos pelo grupo de pesquisa NUCRN (Núcleo de Convivência em Situações Crônicas de Saúde), cujos pesquisadores acreditam que mesmo quando não é possível modificar o curso da vida e da doença, é possível que, as pessoas nessa condição mantenham-se saudáveis. Resultados de estudos desse grupo de pesquisa mostram que maneiras saudáveis de enfrentar a condição crônica podem ser aprendidas por meio do processo educativo onde se exercita, principalmente, o compartilhar experiências em grupos de convivência (SILVA *et al.*, 2002a).

No cenário da terapêutica renal, Lima e Gualda (2000) salientam que só muito recentemente as atenções começaram a se voltar para uma terapêutica que vise à qualidade de vida do cliente renal crônico submetido à hemodiálise.

Qualidade de vida (QV) é uma noção eminentemente humana e abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades. Tais significados refletem o momento histórico, a classe social e a cultura a que pertencem os indivíduos (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003).

A expressão qualidade de vida começou a ser utilizada nos Estados Unidos, após a 2ª Guerra Mundial, com objetivo de descrever aquisição de bens materiais, tais como: casa, carro, investimentos, dinheiro, viagens, entre outros. Posteriormente, o conceito foi ampliado com a finalidade de se medir o desenvolvimento econômico de uma sociedade, comparando diferentes cidades e regiões por intermédio de indicadores econômicos, como por exemplo, o produto interno bruto (PIB) e a renda *per capita*. Passou, mais tarde, a mensurar o desenvolvimento social, por meio da saúde, educação, moradia, transplante, entre outros (BOWLING, 1997).

Na cultura oriental, a QV passou a ser mais divulgada após a 2ª Guerra Mundial, ganhando um sentido comunista, pois, no período pós-guerra, houve grande crescimento econômico, e a qualidade de vida era avaliada segundo os bens possuídos (FARQUHAR, 1995).

Segundo o mesmo autor, QV passou a ser utilizada como crítica a valores externos, como os efeitos de exploração de recursos naturais, os efeitos do crescimento econômico, a poluição ambiental e as condições de vida da população. Nesta perspectiva, adquirem então uma conotação política e social.

Na sociedade atual, o assunto qualidade de vida vem sendo muito discutido e utilizado dentro do campo de pesquisas, tendo recebido atenção crescente, não somente da literatura científica, mas também de campanhas publicitárias, nos meios de comunicação e plataformas políticas. Além de ser considerada como poderosa frase no discurso popular, tornando-se até mesmo um clichê; é também motivo de interesse de pesquisas de várias áreas especializadas como: Sociologia, Antropologia, Política, Medicina, Enfermagem, Psicologia, Economia, Geografia, História Social e Filosofia (KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2005; GAÍVA, 1998).

O conceito de qualidade de vida começou a ser aplicado aos serviços de saúde desde 1970, sendo utilizada por profissionais de saúde, por ocasião da implantação dos serviços de saúde comunitários. Inicialmente o termo qualidade esteve apenas vinculado às atividades de atendimento ambulatorial e hospitalares, gerando um aumento dos custos hospitalares, devido à necessidade de implementar melhorias na área física, equipamentos e contratação de profissionais. Em anos mais recentes, o foco da qualidade de vida tem sido dirigido aos pacientes, principal cliente do sistema de saúde. Diagnóstico correto, tratamento adequado e, principalmente, a satisfação do cliente, têm sido freqüentemente considerados como fatores integrantes do conceito de QV (CASTRO *et al.*, 2003).

Assim, para Kawakame e Miydahira (2005), a QV vem surgindo como uma nova meta a ser alcançada pela medicina e área da saúde, já que o principal objetivo do sistema de saúde não pode ser somente a cura e o controle da doença, bem como a prorrogação da morte, mas, deverá proporcionar melhora da QV das pessoas pertencentes a diferentes contextos sociais.

Portanto, o conceito de QV vem sendo introduzido na literatura internacional ao lado de parâmetros tradicionalmente usados, tais como: controle dos sintomas, índices de mortalidade e aumento da expectativa de vida, como uma nova dimensão a ser considerada na avaliação dos resultados dos tratamentos, bem como nas decisões sobre a alocação de recursos na área da saúde (KIMURA, 1999).

Também, para Fayers (2000), a qualidade de vida, hoje, é tema de pesquisa imprescindível na área da saúde, visto que seus resultados contribuem para aprovar e definir tratamentos e avaliar custo/benefício do cuidado prestado.

O interesse por medir a “qualidade de vida” na área da saúde, segundo Gaíva (1998), surge à medida que avanços na Medicina têm proporcionando quedas nas taxas de mortalidade de algumas doenças e um aumento na expectativa de vida, de um modo geral, quando se considera que viver não é somente sobrevivência, mas viver com alguma qualidade.

Muitos são os termos utilizados e comparados à expressão qualidade de vida nos dias de hoje, porém o grande número desses não reduz a dificuldade e a complexidade de definição deste indicador. Dentre os termos mais usados podemos citar: satisfação com a vida, saúde, trabalho, bem-estar, felicidade, lazer, auto-estima, valores e necessidades (SUZUKI, 2002).

O conceito de QV tem sido definido por diversos autores e de diferentes maneiras. O conceito mais comumente utilizado por pesquisadores, porém, controverso, baseia-se na própria definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), ou seja, a percepção individual de um “completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade” (FERRAZ, 1998).

Mas, o Grupo de qualidade de vida da OMS, sob a coordenação de John Orley, define especificamente a QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores, nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Nessa definição, incluem seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (WHOQOL, 1995).

No entanto, Hornquist (1990), ao discutir qualidade de vida dentro de uma perspectiva global, argumenta que ela estará relacionada a componentes tais como capacidade física, estado emocional, interação social, atividade intelectual, situação econômica e autopercepção de saúde.

O mesmo autor definiu como fatores determinantes da QV os seguintes indicadores chamados de subjetivos: orgânicos (saúde e estado funcional); psicológico (auto-estima, identidade, aprendizado, conhecimentos); sociais (relacionamento, vida familiar, vida sexual); comportamentais (hábitos, lazer, vida profissional, capacidade de auto cuidado); materiais (renda, habitação, economia privada, capacidade para se mover) e estruturais (posição social, significado da própria vida).

Martins, França e Kimura (1996) relatam que a qualidade de vida é um conceito intensamente marcado por essa subjetividade, que integra todos os componentes essenciais da condição humana, seja físico, psicológico, social, cultural e espiritual.

Quanto a esses indicadores subjetivos, Minayo, Hartz e Buss (2000) relatam que “eles respondem como as pessoas sentem ou que pensam das suas vidas, ou como percebem o valor dos componentes materiais, reconhecendo como base social da qualidade de vida”.

Cabe ressaltar que, de acordo com os mesmos autores, também existem os indicadores de caráter objetivo que permeiam a qualidade de vida, caracterizando-a. Assim, esses indicadores objetivos

referem-se a aspectos globais da vida cujas referências são a satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade, e avaliam itens como renda, emprego/desemprego, população abaixo da linha de pobreza, consumo alimentar, moradia com disponibilidade de água encanada e sistema de esgoto, disponibilidade de energia elétrica, transporte, qualidade do ar, concentração de moradores por domicílio, entre outros (p. 10).

Percebeu-se, então, que para conceituar e caracterizar a qualidade de vida é necessário abordar os indicadores objetivos e subjetivos, pois, foi verificado que nem sempre somente a presença dos aspectos objetivos significava bem-estar ou felicidade. Assim, os indicadores subjetivos referem-se à satisfação pessoal em relação aos aspectos objetivos da qualidade de vida (KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2005).

Outra definição de qualidade de vida que merece destaque refere à de Oleson (1990), que diz ser “a experiência cognitiva manifestada pela satisfação com os domínios da vida importantes para o indivíduo e como uma experiência afetiva manifestada pela felicidade com os diferentes domínios de vida”.

Minayo, Hartz e Buss (2000) fazem referência a três aspectos de fundamental importância na formulação do conceito de QV. Primeiramente, deve-se analisar o aspecto histórico, no qual o bem-estar de uma mesma sociedade relaciona-se ao momento no qual ela se encontra inserida; em segundo lugar, temos o cultural, que se refere às peculiaridades de valores e necessidades próprias de cada cultura; e, por final, o das classes sociais que, devido às disparidades existentes entre os diversos níveis sociais, proporcionam concepções diversas para a expressão “qualidade de vida”.

Ao se analisar o conceito de QV relacionada à saúde, três domínios podem ser considerados: o primeiro é o domínio psicológico que considera principalmente a adaptação e aceitação da pessoa à doença; o social, que envolve a capacidade de exercer trabalho remunerado e/ou atividades domésticas; o físico, relacionado a aspectos como mobilidade, sono, alimentação, sensibilidade dolorosa, entre outros (NORDENFELT, 1994).

Como pode ser observado, apesar de serem muitas as tentativas, ainda não existe um consenso entre os autores sobre o conceito de qualidade de vida. Pode-se notar ainda que isso é decorrente da complexidade e da subjetividade do assunto, uma vez que, cada vez mais, novos temas passam a englobar essa definição (GUSMÃO; PIERIN, 2004).

Os atributos de qualidade de vida analisados por Schwartzmann (1998) referem-se a três categorias prioritárias. São elas: ter satisfação com sua vida em geral; capacidade mental para avaliar a sua própria vida como satisfatória ou não; um estado aceitável de saúde física, mental e emocional de acordo com as necessidades da pessoa. Esses atributos indicam a concepção de QV, ou seja, da forma como as pessoas percebem sua própria vida, ou da forma como conduzem o cotidiano. Isto então varia de pessoa para pessoa, não podendo ser generalizado para todos.

Assim, a qualidade de vida, bem como a felicidade, depende das expectativas e do plano de vida de cada indivíduo. Dessa maneira, o que é uma vida de boa qualidade para uma pessoa pode não ser para outra (KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2005; GAÍVA, 1998).

Também, a qualidade de vida assume um cunho essencialmente subjetivo, portanto está ligada às prioridades de cada indivíduo e ao seu contexto de vida. A QV está centrada basicamente nas necessidades humanas, e como essas necessidades não são únicas e se modificam, logo QV não é a mesma em todo lugar, isto é, depende do contexto em que está inserida (GAÍVA, 1998). Em suma, QV implica num processo de avaliação de como se vive e, conseqüentemente, do contexto em que se processa este viver e dos seus componentes (SAUPE; BROCA, 2004).

Tem havido um interesse crescente em transformar o conceito de QV em uma medida quantitativa, que possa ser usada em ensaios clínicos e modelos econômicos. O número de ferramentas usadas para avaliar quantitativamente a QV continua a se expandir, mas somente um pequeno número delas tem sido objeto de testes rigorosos para determinar sua consistência e capacidade para definir objetivos de tratamento de médio e longo prazo (PEREIRA *et al.*, 2003).

Os instrumentos de mensuração da QV relacionada à saúde, de acordo com Seidl e Zannon (2004), tendem a manter o caráter multidimensional e avaliam ainda

a percepção geral da QV, embora a ênfase habitualmente recaia sobre sintomas, incapacidades ou limitações ocasionados por enfermidade.

Cabe destacar que, na literatura médica e social, não existe um consenso sobre os itens que devem ser levados em consideração na avaliação da qualidade de vida de um paciente. Dispõe-se atualmente de questionários específicos e genéricos (CASTRO *et al.*, 2003).

Zanei (2006) relata que os instrumentos para avaliação da QV são conhecidos como gerais quando idealizados para aplicação em populações sadias ou doentes e indicados para estudos populacionais ou epidemiológicos, planejamentos e avaliação geral do sistema de saúde.

Os instrumentos específicos têm como vantagem a capacidade de detectar particularidades da QV em determinadas situações. Eles avaliam de maneira individual e específica determinados aspectos de QV como as funções física, sexual, o sono, a fadiga, etc. Têm como desvantagem a dificuldade de compreensão do fenômeno e dificuldade de validar as características psicométricas do instrumento (reduzido número de itens) (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003).

Para os mesmos autores, os questionários genéricos abordam o perfil de saúde ou não, procuram englobar todos os aspectos importantes relacionados à saúde e refletem o impacto de uma doença sobre o indivíduo. Podem ser usados para estudar indivíduos da população geral ou de grupos específicos, como portadores de doenças crônicas. Assim, permitem comparar a QV de indivíduos sadios com doentes ou de portadores da mesma doença, vivendo em diferentes contextos sociais e culturais.

Dessa forma, é desejável que os instrumentos de medida de QV sejam multidimensionais e capazes de abranger grande parte dos aspectos presentes no constructo QV, ou aqueles mais relevantes para a população em estudo. Assim, a maioria dos estudos que abordam o paciente renal crônico tem empregado instrumentos genéricos para a medida da QV relacionada à saúde (SOUZA; CINTRA; GALLANI, 2005). Isso se dá devido ao número reduzido de instrumentos específicos, para essa doença, com validade e confiabilidade comprovadas (GUSMÃO; PIERIN, 2004).

Os principais e mais freqüentes instrumentos genéricos de avaliação de QV descritos por Dantas, Sawada e Malerbo (2003), em seu estudo de revisão bibliográfica da produção acadêmica sobre essa temática, são o *Medical Outcomes*

Studies 36-item Short-Form (MOS SF-36), Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers, *WHOQOL-100* e *WHOQOL-bref* (da Organização Mundial de Saúde) e *Medical Outcomes Studies 12-item Short-Form* (MOS SF-12).

Por fim, vale mencionar que a maioria desses instrumentos de avaliação de QV foi formulada na língua inglesa e dimensionada a populações que falam este idioma. Assim, fez-se necessário a aplicação de um processo rigoroso e complexo de validação transcultural antes de serem usados em outros países e culturas, no caso, o Brasil (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003; GUSMÃO; PIERIN, 2004; PEREIRA *et al.*, 2003).

Retomando o contexto da qualidade de vida dos nefropatas crônicos submetidos à hemodiálise, observa-se que o impacto do diagnóstico de uma doença incurável, a necessidade de submissão a um tratamento longo e de resultados incertos, as limitações físicas, a diminuição da vida social e, principalmente, a incerteza sobre o futuro podem ser citados como os principais responsáveis pelo comprometimento da QV destes clientes (LIMA; GUALDA, 2000).

Carreira e Marcon (2003) colocam que as mudanças na rotina de vida interferem diretamente no autocuidado, além das restrições alimentares, regularidades nos horários dos medicamentos, desgaste emocional, sentimentos de dependência de outras pessoas e do tratamento, traduzida pela falta de liberdade para realizar atividades, revolta e frustração em relação à limitação para o trabalho.

Segundo Mendes e Shiratori (2002), o tratamento hemodialítico também provoca alteração na auto-imagem, causadas pela presença de cateteres e fístula arteriovenosas. Além disso, há a exposição a outros tipos de estresse como diminuição de auto-estima. Portanto, é comum se deparar com as alterações no humor, como a depressão e comportamento não cooperativo com a equipe de saúde e familiares.

Esses clientes apresentam “altos e baixos” em virtude da sua disposição biológica, que pode mudar bruscamente entre uma e outra sessão do tratamento. Isto ocorre devido ao acúmulo de líquidos no organismo ou então retirada em excesso pela diálise, o que pode deixá-los irritados, de mau humor e depressivos. Os modos depreciativos podem estar também relacionados à falta de apoio da família (TRENTINI *et al.*, 2004; TRENTINI; SILVA; LEIMANN, 1990).

Assim, são inúmeros os fatores que interferem nos aspectos físicos e psicológicos dos clientes em terapia renal substitutiva, afetando conseqüentemente

a sua qualidade de vida. Citam-se entre os principais aspectos, os sintomas e complicações decorrentes da patologia e do tratamento hemodialítico; o uso de medicamentos, que geralmente são em grandes quantidades e usados para estabilizar a saúde ou evitar complicações; e por último, o tempo em que o cliente permanece em tratamento de hemodiálise (CESARINO; CASAGRANDE, 1998).

Com relação às complicações e sintomas, Trentini *et al.* (1990) relatam que a qualidade de vida dos renais crônicos é afetada pela severidade dos sintomas e por intercorrências clínicas ou complicações paralelas, como dor ou dispnéia, e quantidade de medicação exigida para aliviar esses sintomas. Poucos tratamentos são livres de efeitos colaterais. Os sintomas que esses efeitos induzem podem aumentar ou reduzir o potencial dos benefícios do tratamento.

Ainda cabe mencionar que a garantia do acesso gratuito a medicamentos necessários à manutenção da vida, que nem sempre estão disponíveis nos serviços de saúde é um outro elemento que interfere na qualidade de vida desses clientes. O mesmo acontece com os exames que precisam ser realizados e que muitas vezes são adiados, suspensos ou marcados para datas que inviabilizam a continuidade do tratamento. Essa situação os deixa bastante ansiosos e interfere em seu bem-estar, influenciando a maneira como percebem sua QV (SILVA *et al.*, 2002a).

A variável “tempo de hemodiálise” também é importante na determinação da qualidade de vida do renal crônico. Destaca-se ainda que quanto mais tempo de hemodiálise, mais resignação à doença é percebida, assim como há menos relato de atividades significativas. Quanto menos tempo de hemodiálise, mais alterações emocionais são percebidas, como irritação, raiva, frustração, desconforto e um desejo de se acostumar com esta modalidade terapêutica de modo a acabar com essa angústia; e maior número de atividades significativas são relatadas (LIMA; GUALDA, 2000; SILVA *et al.*, 2002a).

Além disso, esse cliente encontra-se dependente do tratamento hemodialítico, tendo o compromisso de comparecer ao serviço de diálise cerca de três vezes por semana e permanecendo em média 4 horas. Este fato causa-lhe limitações e implicações na utilização do seu tempo e nas atividades de lazer, no trabalho, nos estudos e no relacionamento com a família (BARBOSA; AGUILLAR; BOEMER, 1999; LIMA; GUALDA, 2000). Por conseguinte, poderá ocorrer diminuição da renda familiar do renal crônico, devido à perda do emprego e aumento de gastos com medicamentos e alimentação especial (CARREIRA; MARCON, 2003).

Diante de tais dados, devem-se oferecer cuidados mais intensivos ao renal crônico, principalmente no seu primeiro ano de tratamento hemodialítico. São necessárias também, a adequação da diálise, o ajuste das drogas, a monitorização do ganho de peso, as orientações dietéticas (principalmente daqueles com diabetes e/ou hipertensão arterial associadas) e a adesão e compreensão do indivíduo, fatores os quais podem determinar de forma irreversível a sobrevivência deste sujeito e a sua qualidade de vida (TRENTINI *et al.*, 2004).

Neste universo marcado pela especificidade do cliente renal crônico e a complexidade do tratamento, não basta que os profissionais se preocupem somente com a utilização de recursos tecnológicos sofisticados ou com a adequação estrutural dos serviços de hemodiálise. Tornam-se imprescindíveis o resgate e a valorização do cliente enquanto pessoa que tem a sua forma singular de pensar, agir e sentir (LIMA; GUALDA, 2000).

Faz-se necessário também que os profissionais estabeleçam diálogo com esses pacientes, ultrapassando o formalismo técnico habitual de fornecer informações frias, de difícil compreensão, estanques, no momento errado, e onde praticamente só o profissional tem e a razão (CESARINO; CASAGRANDE, 1998).

Conforme Barbosa, Aguilar e Boemer (1999), o apoio recebido da família e dos profissionais de saúde tem um papel determinante na avaliação que as pessoas fazem de sua qualidade de vida. O fato de receber apoio das pessoas queridas faz o doente sentir-se melhor. A doença de certa forma é também da família, quando os familiares estão presentes, dando apoio constante, a dor do doente renal crônico é compartilhada, diluída.

Os autores citados acima dizem que o medo de viver uma vida insatisfatória como um doente crônico e incapacitado parece quase tão intolerável quanto o medo da morte iminente. Observaram ainda que os pacientes que se ajustavam melhor à doença e à incerteza de seu futuro foram aqueles que tiveram relação íntima com alguém a quem pudessem recorrer em ocasiões de tensão e desânimo.

É importante mencionar que, de acordo com Araújo e Andrade (1992), pacientes emocionalmente instáveis podem prejudicar não apenas o próprio tratamento como influir negativamente sobre outros pacientes.

É relativamente comum o fato de encontrar a presença de um cuidador nas sessões de hemodiálise, especialmente em seu início e no fim, quando eles levam e buscam o familiar para o tratamento (SILVA *et al.*, 2002b).

Compartilhar todos esses momentos com o renal crônico significa entender a assistência mais humana e mais qualificada, em que a compreensão do Ser perpassa pelo aspecto ético, moral, biológico e ecológico, isto é, a compreensão do Ser na sua real plenitude, vivendo de forma digna e integrada (MENDES; SHIRATORI, 2002).

Maneiras saudáveis de enfrentar a condição crônica podem ser aprendidas por meio do processo educativo onde se exercita, principalmente, o compartilhar experiências em grupos de convivência. Para tanto, esses grupos, como espaço para o desenvolvimento de educação em saúde, provocam uma educação participativa, com a intenção de reconstrução coletiva do viver cotidiano, problematizando as situações de vida. Cabe, assim, ao profissional que atua como facilitador, optar pelo compromisso com a educação-saúde, contemplando: a compreensão da situação, a perseguição de comportamentos saudáveis, a promoção de uma consciência social dos determinantes da saúde e a ativação do desenvolvimento de potencialidades e de personalidades (DIAS; TRENTINI; SILVA, 1995).

Desse modo, segundo Silva *et al.* (2005), esses grupos de convivência provocam educação participativa, concretizando-se quando o profissional se envolve e se compromete, de modo solidário, com o crescimento do grupo, na perspectiva de que todos se mostrem ativos no trabalho grupal.

Por fim, é essencial a ação educativa com os pacientes renais crônicos, para que esses descubram maneiras de viver dentro dos seus limites, de forma que não seja contrária ao seu estilo de vida e que consigam conviver com a doença e com o tratamento hemodialítico. Para que os pacientes assumam os cuidados e controle do esquema terapêutico, é necessário identificar as suas necessidades, auxiliá-los a se sentirem responsáveis e capazes de cuidarem de si mesmos (CESARINO; CASAGRANDE, 1998).

Em suma, receber apoio das pessoas que estão próximas, especialmente familiares e profissionais da saúde, influencia a qualidade de vida de pessoas com IRC submetido à hemodiálise. Esse apoio é dado de diferentes maneiras, seja chorando junto, dando força, esclarecendo dúvidas ou discutindo opções de tratamento. Enfim, o estar próximo parece o ponto mais importante nesse apoio (SILVA *et al.*, 2002a).

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa.

A pesquisa epidemiológica é baseada na coleta sistemática de informações sobre eventos ligados à saúde em uma população definida e na quantificação desses eventos. Este tipo de estudo objetiva descrever a frequência, distribuição, padrão e tendência temporal de eventos ligados à saúde em populações específicas (BLOCH; COUTINHO, 2002).

O estudo descritivo é a distribuição de frequência das doenças e dos agravos à saúde, em função de variáveis ligadas ao tempo, ao espaço e à pessoa, possibilitando o detalhamento do perfil epidemiológico, com vistas à promoção da saúde (ROUQUAYROL; FILHO, 1999).

Segundo Polit e Hungler (1995), a pesquisa descritiva é de grande valor para o estudo de fenômenos naturais, tornando-se possível descrever as relações observadas entre as variáveis. Geralmente são categorizadas em transversal, ou seja, o fator e o efeito são observados num mesmo momento histórico. O caráter instantâneo de um estudo se define quando a produção de dados é realizada em um único momento no tempo, como se fosse um corte transversal do processo em observação (ROUQUAYROL; FILHO, 1999).

A abordagem quantitativa, de acordo com Oliveira (2000), significa quantificar opiniões, dados, nas formas de coleta de informações, utilizando recursos e técnicas estatísticas. É comum ser utilizado no desenvolvimento de pesquisas descritivas, na qual se procura descobrir e classificar a relação entre variáveis, assim como na investigação da relação de causalidade entre os fenômenos: causa e efeito.

5.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital do município de Alfenas - MG.

Esse hospital é caracterizado como universitário, de médio porte, com uma clínica de hemodiálise que oferece serviço a trinta pacientes com IRC de nove municípios circunvizinhos. Neste serviço existem onze máquinas para tratamento hemodialítico, que ocorrem de segunda a sábado, divididos em dois turnos. Em média os renais crônicos realizam três sessões de diálise por semana com duração de quatro horas.

5.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo constituiu-se de todos os trinta pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise na clínica do respectivo hospital do município de Alfenas - MG no período da coleta de dados.

5.4 PERÍODO DE INVESTIGAÇÃO

O levantamento de dados desenvolveu-se nos meses de janeiro e fevereiro de 2006, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do referido hospital e da Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS).

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

Conforme a Resolução 196/96, que trata de Pesquisa Envolvendo os Seres Humanos, foram obedecidos os seguintes princípios (GAUTHIER *et al.*, 1998; BRASIL, 1996):

- Solicitação de autorização prévia à administração geral e diretoria clínica do hospital e da clínica de hemodiálise onde o estudo foi desenvolvido (APÊNDICE A e B).
- Aos participantes da pesquisa foi solicitada a concordância por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantido o anonimato e o direito de desistência em qualquer fase da mesma (APÊNDICE C).

Encaminhou-se o Projeto de Pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS), para avaliação e apreciação, tendo o parecer aprovado com o protocolo nº 116/2005 (ANEXO A).

5.6 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados utilizaram-se dois instrumentos.

O primeiro foi um questionário (APÊNDICE D), contendo 29 questões estruturadas, semi-estruturadas e abertas, abordando os aspectos socioeconômicos e caracterização dos participantes do estudo, além do levantamento sobre a adesão ao tratamento farmacológico de uso diário e expectativa de vida para o futuro.

O questionário, segundo Cervo e Bervian (2002) é a forma mais usada para coletar dados, pois possibilita medir com melhor exatidão o que se deseja por meio das respostas às questões em que o próprio informante preenche, devendo ter natureza impessoal, ser limitado em sua extensão e finalidade.

Este questionário (APÊNDICE D) foi submetido a um pré-teste antes do início da coleta de dados, com o objetivo de verificar a melhor forma de entrevistar as pessoas, identificar possíveis falhas na formulação das questões e no registro dos dados, assim como buscar clareza e verificar a necessidade de adequação do vocabulário. O procedimento ocorreu com doze pacientes selecionados aleatoriamente em uma clínica de hemodiálise do município de Varginha – MG, que atende uma clientela de 105 renais crônicos submetidos ao tratamento hemodialítico, em que foi solicitada à direção clínica a autorização para realização do pré-teste (APÊNDICE E). Após este teste, foram realizadas alterações no questionário, reformulando e inserindo questões, visando uma maior fidedignidade do referido instrumento para a coleta de dados.

O segundo instrumento (ANEXO B) foi destinado para a coleta de dados referente à “qualidade de vida”. Utilizou-se o *WHOQOL-Bref* (WHOQOL, 2005), instrumento testado e validado em várias culturas, sob a coordenação do *World Health Organization Quality of Life Group* (WHOQOL Group) da Organização Mundial da Saúde (OMS) (SAUPE; BROCA, 2004).

De acordo com Zanei (2006) esse instrumento de medida criado pelo grupo fundamenta-se no pressuposto que a QV é uma construção subjetiva (percepção

individual), multidimensional (envolve aspectos culturais, sociais e de meio ambiente) e abrange tanto aspectos positivos quanto negativos.

O Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolveu a versão abreviada do *WHOQOL-100*, o *WHOQOL-Bref*, em 1998. Este consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõem o questionário original. Assim, diferente do *WHOQOL-100*, em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de quatro questões, no *WHOQOL-Bref* cada faceta é avaliada por apenas uma questão (THE WHOQOL GROUP, 1998).

Vale mencionar que essa versão abreviada surgiu da necessidade de se ter um instrumento de aplicação rápida, mas que preservasse as características do questionário original, ou seja, que mantivesse seu caráter abrangente, passível de ser aplicado em qualquer cultura (perspectiva transcultural) e que mantivesse suas propriedades enquanto instrumento de medida (SKEVINGTON; LOTFY; CONNEL, 2004).

Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes, com a finalidade de obter um instrumento genérico que pudesse ser aplicado em qualquer cultura ou país. A preocupação da OMS era obter um questionário de caráter internacional, considerando-se que, na concepção do grupo, há um “universo cultural” de qualidade de vida, ou seja, sentimento de bem-estar psicológico, boas condições físicas, estar socialmente integrado e funcionalmente competente, independente de nacionalidade, cultura ou época (FLECK *et al.*, 2000; THE WHOQOL GROUP, 1998).

No Brasil, tanto o questionário de 100 itens, como a versão abreviada, foram traduzidos e validados pelo Grupo *WHOQOL – Brasil* da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (FLECK *et al.*, 2000).

As questões do *WHOQOL-Bref*, por sua vez, compõem quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, com as suas respectivas facetas (FLECK *et al.*, 2000) e estão descritas no QUADRO a seguir:

Quadro 1 – Domínios e facetas do *WHOQOL-bref*.

Domínios e facetas do <i>WHOQOL- Bref</i>
<i>Domínio 1 – Domínio físico</i>
3. Dor e desconforto 4. Dependência de medicação ou tratamentos 10. Energia e fadiga 15. Mobilidade 16. Sono e repouso 17. Atividades da vida cotidiana 18. Capacidade de trabalho
<i>Domínio 2 – Domínio psicológico</i>
5. Sentimentos positivos 6. Espiritualidade / religião / crenças pessoais 7. Pensar, aprender, memória e concentração 11. Imagem corporal e aparência 19. Auto-estima 26. Sentimentos negativos
<i>Domínio 3 – Relações sociais</i>
20. Relações pessoais 21. Atividade sexual 22. Suporte (apoio) social
<i>Domínio 4 – Meio Ambiente</i>
8. Segurança física e proteção 9. Ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima) 12. Recursos financeiros 13. Oportunidade de adquirir novas informações e habilidades 14. Participação e oportunidades de recreação e lazer 23. Ambiente no lar 24. Cuidados de saúde e sociais 25. Transporte

FONTE: FLECK *et al.* (2000)

Essas questões do *WHOQOL-bref* possuem quatro tipos de escalas de respostas: intensidade, capacidade, frequência e avaliação, todas graduadas em cinco níveis (1 a 5). Essas escalas são do tipo Likert, sendo que a escala de intensidade varia de *nada* a *extremamente*; a escala de capacidade varia de *nada* a *completamente*; a escala de avaliação de *muito insatisfeito* a *muito satisfeito* e *muito ruim* a *muito bom* e a escala de frequência varia de *nunca* a *sempre*. Todas as âncoras possuem uma pontuação de um a cinco, e para as questões de número 3, 4 e 26 os escores são invertidos em função de 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1. As duas questões de qualidade de vida geral (número um e dois) são calculadas em conjunto

para gerar um único escore independente dos escores dos domínios, denominada *overall* ou “qualidade de vida geral” (MICHELONE; SANTOS, 2004; ZANEI, 2006).

Os domínios são pontuados de forma independente, considerando a premissa de que QV é um construto multidimensional; dessa forma, o escore pode variar de um a cinco, sendo que quanto maior o valor, melhor é o domínio de qualidade de vida avaliado (ZANEI, 2006).

Com relação à utilização do *WHOQOL-bref* para avaliação da QV, há uma vasta literatura, sobretudo internacional, relatando sua aplicação em pacientes portadores de doenças crônicas, como distúrbios psiquiátricos, neurológicos, portadores de HIV/AIDS, hipertensos, renais crônicos, entre outros (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003; SKEVINGTON; LOTFY; CONNELL, 2004).

Dentre as populações estudadas citam-se: pessoas com problemas respiratórios crônicos (SILVA *et al.*, 2005), pessoas com dependência ao álcool (LIMA, 2001), pacientes com câncer colorretal com e sem ostomia (MICHELONE; SANTOS, 2004) e pacientes de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e seus familiares (ZANEI, 2006).

Na área da nefrologia, o *WHOQOL* foi utilizado nas seguintes populações e estudos brasileiros e internacionais: pacientes submetidos à hemodiálise (MACHADO *et al.*, 2004; SAUPE; BROCA, 2004; SOUZA; CINTRA; GALLANI, 2005; YANG *et al.*, 2005), comparação entre pacientes em tratamento de HD, CAPD e transplante (NIU; LI, 2005), pacientes transplantados (BITTENCOURT *et al.*, 2004; ERYILMAZ *et al.*, 2005; WESOLOWSKI; SZYBER, 2004) e comparação entre pacientes submetidos à HD e transplantados (TOMASZ; PIOTR, 2003).

É importante ressaltar que este instrumento apresenta como ponto forte a inclusão de um domínio para a avaliação da QV relacionada ao meio ambiente, além de abordar a satisfação com o sono e com a vida sexual, aspectos que não estão presentes em alguns instrumentos de QV (ZANEI, 2006; SOUZA; CINTRA; GALLANI, 2005).

Pesquisadores concluíram que o *WHOQOL* tem boa capacidade psicométrica para mensurar a QV e que a estrutura do construto é comparável nas diferentes culturas, reforçando a sua importância como ferramenta transcultural. Assim, o uso desse instrumento tende a aumentar nos próximos anos, dadas as suas características transculturais, permitindo a comparação de seus resultados entre

diferentes populações (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003; SEIDL; ZANNON, 2004).

5.7 PROCEDIMENTO DE COLETA

Após autorização da Administração Geral e Diretoria Clínica do hospital, aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFENAS, e realização do pré-teste, teve início a coleta de dados, que foi realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2006, durante as sessões de hemodiálise, e após o agendamento prévio com a supervisão da clínica de HD.

Antes da coleta, apresentou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes do estudo, e mediante a sua concordância em participar da pesquisa, foram apresentados os dois instrumentos, os quais foram preenchidos pelo próprio pesquisador.

Optou-se pela coleta de dados na forma de entrevista, considerando-se a possibilidade dos sujeitos apresentarem dificuldade visual, baixo nível instrucional e dificuldade em escrever devido à imobilização do membro durante a sessão de HD. Dessa forma, quando o respondente não entendia o significado de alguma questão do *WHOQOL-bref*, era relida a pergunta de forma pausada para o paciente, evitando dar sinônimos ou explicações às palavras, assim como a escala de respostas. Nas questões abertas, para se conseguir maior fidelidade, procurou-se registrar na íntegra as declarações dos participantes a respeito de suas expectativas sobre o assunto, tomando-se o cuidado de não induzir as respostas.

Uma parte da população de estudo, quinze pacientes (50%) foram retestados após dez dias da primeira aplicação do instrumento de “qualidade de vida”, *WHOQOL-bref* (ANEXO B), para avaliar a estabilidade e confiabilidade deste questionário, por meio da fidedignidade “teste-reteste”. Esse teste avalia de forma mais direta se o instrumento produz os mesmos resultados em repetidas aplicações; assim tem como característica a verificação do grau de concordância entre os escores obtidos na primeira avaliação e na avaliação subsequente. Quanto maior a concordância entre eles, maior a confiabilidade da medida (ZANEI, 2006).

Vale mencionar que não há consenso entre os estudiosos sobre o tempo exato entre uma e outra medida (coleta). É necessário que este tempo seja

suficiente para que o respondente não se recorde das respostas da primeira avaliação, mas não tão longo a ponto de ocorrerem mudanças reais das dimensões avaliadas. Portanto, sugerem-se de dois a 14 dias (ZANEI, 2006).

5.8 ANÁLISE DOS DADOS

Utilizou-se o software SPSS (Statistical Package for Social Science) versão 10.0 para criação das variáveis, inserção dos dados obtidos pelos questionários e tabulação dos mesmos. A utilização desse software para a tabulação dos dados é o modelo recomendado e validado para o instrumento de qualidade de vida (ANEXO B), em que é possível obter os escores (WHOQOL, 2005).

Para a elaboração e edição das tabelas e figuras, usou-se o MSOffice Word versão 2003 e MSOffice Excel versão 2003, com apresentação de valores absolutos e percentuais.

O escore médio, calculado para o instrumento de QV – WHOQOL-bref, consiste na atribuição de valores às “respostas nominais” de tal forma que se possibilite entender a variação entre elas e estabelecer uma resposta que represente a percepção da maioria dos entrevistados (BISQUERA; SARRIERA; MARTINEZ, 2004).

O cálculo desse escore médio seguiu o seguinte roteiro de procedimento: 1) atribuir peso para os diversos tipos das respostas; 2) multiplicar-se o número de respostas de cada tipo por seu peso, respectivamente; 3) somar os resultados dos produtos; 4) dividir o resultado da soma pelo número total de respostas (BISQUERA; SARRIERA; MARTINEZ, 2004).

Com o resultado dessa divisão chegou-se ao escore médio. Com esta sistemática calculou-se o escore médio de cada uma das 26 facetas e, em seguida, o escore médio de cada um dos 4 domínios, além da QV geral.

Após essa etapa, realizaram-se os cruzamentos das variáveis com tratamentos estatísticos, além de testes de confiabilidade do instrumento WHOQOL-bref, utilizando os seguintes testes (ARANGO, 2005):

- Teste Qui-quadrado (χ^2): é um teste não-paramétrico amplamente utilizado cuja principal aplicabilidade é caracterizar a associação (correlação) entre variáveis (Qui-quadrado para homogeneidade).
- Coeficiente de Correlação de Pearson: é uma medida que descreve a intensidade ou o grau de correlação entre as variáveis.
- Teste de Wilcoxon: é um teste não-paramétrico utilizado para averiguar se existem diferenças estatísticas entre dois grupos.
- Teste t de Student: é uma metodologia utilizada para testar se dois grupos diferem estatisticamente a partir da comparação de suas médias.
- Coeficiente Alfa de Cronbach: é um coeficiente utilizado para medir a consistência interna dos subgrupos (facetas) de um determinado grupo (domínios).

Considerou-se o nível de significância de 5%, ou seja, os dados foram estatisticamente significantes para $p < 0,05$.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO

Os dados referentes às variáveis de caracterização dos nefropatas crônicos submetidos à hemodiálise, como gênero, faixa etária, município que reside, estado civil, escolaridade, profissão, renda familiar, tipo de moradia, número de pessoas que residem com o paciente, número de sessões por semana, estão elucidados na TAB. 1.

TABELA 1 - Distribuição da população de estudo com relação às variáveis de caracterização: gênero, faixa etária, município que reside, estado civil, escolaridade, profissão, renda familiar, tipo de moradia, número de pessoas que residem com o paciente, número de sessões por semana, em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.

<i>Variáveis</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Gênero</i>		
Masculino	22	73,33
Feminino	08	26,67
<i>Faixa etária</i>		
20 I---- 35	02	6,67
35 I---- 50	11	36,67
50 I---- 65	09	30,0
65 ou mais	08	26,66
<i>Município onde reside</i>		
Alfenas	12	40,0
Outro	18	60,0
<i>Estado civil</i>		
Casado(a)	21	70,0
Solteiro(a)	05	16,67
Viúvo(a)	03	10,0
Divorciado(a)	01	3,33
<i>Escolaridade</i>		
Analfabeto(a)	05	16,67
1º grau incompleto	14	46,67
1º grau completo	05	16,67
2º grau incompleto	01	3,33
2º grau completo	03	10,0
3º grau incompleto	01	3,33
3º grau completo	01	3,33

TABELA 1 - Distribuição da população de estudo com relação às variáveis de caracterização: gênero, faixa etária, município que reside, estado civil, escolaridade, profissão, renda familiar, tipo de moradia, número de pessoas que residem com o paciente, número de sessões por semana, em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006 (continuação).

<i>Profissão (ocupação)</i>		
Aposentado(a) / Licença saúde	26	86,66
Do lar	02	6,67
Outra	02	6,67
<i>Renda familiar</i>		
1 a 2 salários mínimos	15	50,0
3 a 5 salários mínimos	12	40,0
Mais de 5 salários mínimos	03	10,0
<i>Tipo de moradia</i>		
Casa própria	25	83,33
Aluguel	03	10,0
Emprestada	02	6,67
<i>Número de pessoas que residem com o paciente</i>		
1 pessoa	05	16,68
2 pessoas	08	26,66
3 pessoas	08	26,66
4 pessoas	06	20,0
5 ou mais pessoas	03	10,0
<i>Número de sessões de hemodiálise por semana</i>		
2 vezes	01	3,33
3 vezes	29	96,67

Com relação ao gênero, pode-se observar que houve predomínio do sexo masculino, 22 (73,33%) entrevistados (TAB. 1).

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).

Em contradição a esses achados, alguns estudos encontraram predominância do gênero feminino entre a população de renais crônicos submetidos à hemodiálise (NIU; LI, 2005; REIS; GLASHAN, 2001; TRENTINI *et al.*, 2004).

Um dado que pode ser mencionado para justificar o fato de ter mais homens em tratamento hemodialítico, é que a hipertensão arterial 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).

Quanto à faixa etária, 11 (36,67%) pacientes tinham mais de 35 anos e menos de 50; enquanto 09 (30,0%) tinham mais de 50 e menos de 65 anos (TAB. 1). A média de idade da população estudada foi de 52,97 anos (variando de 21 a 81 anos).

As pesquisas encontradas na literatura verificaram que 53,1% dos nefropatas crônicos estudados compreendiam a faixa etária de 36 a 55 anos (MARTINS; CESARINO, 2005); 57,8% na faixa de 50 a 69 anos (REIS; GLASHAN, 2001); 26,3% estavam entre a faixa etária de 40 a 49 anos e a mesma proporção entre 50 a 59 anos (NIU; LI, 2005); e 49,0% encontravam-se entre a faixa etária de 41 a 60 anos (TRENTINI *et al.*, 2004).

Estudo realizado em clínicas de diálise das cidades de Taipei e Keelung (Taiwan), com utilização do WHOQOL-bref em pacientes submetidos à hemodiálise, mostrou que 64% da amostra tinham idade acima de 50 anos (YANG *et al.*, 2005). No presente trabalho, 56,66% dos pacientes estudados tinham mais de 50 anos (TAB. 1).

De acordo com a média de idade dos renais crônicos estudados, 52,97 anos, autores corroboram esse resultado, apontando em seus estudos os valores de 53,1 anos (MARTINS; CESARINO, 2005), e 52,89 anos (MACHADO *et al.*, 2004). Santos (2005) verificou em sua amostra um valor abaixo dos citados acima, 42,9 anos.

Cabe salientar que a idade avançada é um fator que influencia fortemente na mortalidade, porém não deve impedir a indicação do tratamento. Assim, os efeitos negativos da idade avançada e elevada comorbidade podem ser compensados pelos cuidados ministrados aos pacientes, bem como pelo número, duração e qualidade das sessões de diálise, as quais podem melhorar a expectativa de vida deste grupo etário (CHAVES *et al.*, 2002).

Ávila *et al.* (1999) revelaram, em sua pesquisa realizada em Sorocaba, que a mortalidade foi maior nos pacientes mais idosos. Isto se explica, talvez, pelo fato de que, com o aumento da idade, aumente também a frequência de problemas e complicações decorrentes da condição crônica.

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 diária.

Com referência ao município onde residem os renais crônicos estudados, a maioria, 18 (60,0%) moram em cidades circunvizinhas de Alfenas (TAB. 1). Dentre essas cidades citam-se: Paraguaçu, Cabo Verde, Campestre, Fama, Muzambinho, Machado, Areado, São Pedro e Damião, Poço Fundo e Nova Rezende.

É importante mencionar que esses pacientes se 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.

Estudo realizado com o objetivo de identificar as dificuldades e as facilidades no seguimento do tratamento da hipertensão arterial de doentes em atendimento ambulatorial e na internação mostrou que, quando a população estudada foi questionada se a distância entre a moradia e o serviço de saúde dificultava o tratamento, a maioria (58,8%) do ambulatório e 70,6% da unidade de internação, disse que não. Metade dos doentes tratados no ambulatório justificou que apesar de morar longe da instituição, não sentiu a distância como dificuldade devido à qualidade do atendimento valer o esforço para vir ao serviço. Dos 41,2% doentes do ambulatório que disseram considerar a distância do serviço de saúde como dificuldade para o seguimento do tratamento, 57,2% justificaram ser por motivos relacionados ao número de conduções e o tempo gasto nesse transporte (CASTRO; CAR, 1999).

Ao serem abordados sobre o estado civil, verificou-se que 21 (70,0%) nefropatas crônicos eram casados, enquanto 05 (16,67%) encontravam-se solteiros (TAB. 1).

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

Pesquisa realizada por Saupe e Broca (2004) com 73 pacientes submetidos à hemodiálise, e com o objetivo de avaliar a qualidade de vida desses pacientes, revelou que 71% dos entrevistados eram casados. Esse achado foi o mais próximo dos valores encontrados no presente estudo, referente ao estado civil: 70% (TAB. 1).

Outros trabalhos revelaram apenas que a maioria dos pacientes estudados que eram submetidos à terapia renal substitutiva, possuíam um parceiro (a), não especificando o estado civil (REIS; GLASHAN, 2001; SOUZA; CINTRA; GALLANI, 2005).

Um dado surpreendente que merece destaque, encontrado na pesquisa realizada por Niu e Li (2005) com pacientes de um Centro Médico no norte de Taiwan, é que, da população em tratamento hemodialítico, 80,0% eram divorciados. Nenhuma outra literatura apontou o divórcio como sendo predominante nessa população.

Os valores da TAB. 1 mostram que 14 (46,67%) respondentes possuem o 1º grau incompleto, seguido de 05 (16,67%) pacientes sem alfabetização, e a mesma proporção de renais crônicos, 05 (16,67%), com o 1º grau completo. Dessa forma, pode-se observar que 80,01% da população estudada estavam compreendidos entre o analfabetismo e o 1º grau completo, confirmando uma baixa escolaridade entre os pacientes estudados.

Em consonância a esses achados, estudos também verificaram que a maioria dos nefropatas crônicos em tratamento hemodialítico possuía o 1º grau incompleto (MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996; SAUPE; BROCA, 2004).

É importante destacar que 16,67% da população estudada eram analfabetos (TAB. 1). Trabalhos revelaram resultados próximos a esses: 9,9% dos pacientes sem alfabetização (MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996); 18,5% eram analfabetos (SAUPE; BROCA, 2004); e 11,8% sem nenhum grau de instrução (TRENTINI *et al.*, 2004).

Reis e Glashan (2001) mostraram, em pesquisa realizada em uma Clínica Médica do Núcleo de Hospital Universitário da UFMS, que a população de hemodialisados estudada tinha grau de escolaridade muito baixo, sendo que a maioria não tinha completado o primeiro grau (92,8%). No presente estudo, pode-se verificar que, dentre os pacientes entrevistados, 80,01% compreendiam entre o analfabetismo e o 1º grau completo, mostrando um baixo nível educacional (TAB. 1).

Por fim, esses dados podem servir de alerta para os profissionais da saúde no que se refere à comunicação com esses pacientes renais crônicos, uma vez que se necessita utilizar uma linguagem acessível ao nível de educação deles, principalmente, quando se trata de orientação 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).

De acordo com a ocupação (profissão) dos renais crônicos submetidos à hemodiálise na clínica estudada, a maioria, 26 (86,66%) dos entrevistados, encontravam-se aposentados ou com licença saúde (TAB. 1). Cabe mencionar que essa é uma realidade encontrada entre os portadores 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, 02 (6,67%) eram vendedores autônomos.

Vários trabalhos que estudaram renais crônicos em hemodiálise encontraram os mesmos resultados, ou seja, maior frequência dos pacientes aposentados/licença saúde ou que não trabalhavam, mas todos com valores inferiores aos citados acima: 57,2% (IANHEZ *et al.*, 2006); 52,8% (MARTINS; CESARINO, 2005); 67,5% (NIU; LI, 2005); e 51,4% (TRENTINI *et al.*, 2004). O estudo de Santos (2005) foi o que apresentou a percentagem mais próxima do encontrado nos pacientes da referida clínica de hemodiálise estudada: 85,0%.

Alguns pacientes ainda desenvolviam alguma atividade remunerada, 6,67% (TAB. 1). Esse achado é corroborado por Carreira e Marcon (2003), que encontraram 15,5% da população estudada com algum tipo de trabalho; e por Santos (2005), que apontou 15,0% de renais crônicos trabalhando.

Diante o exposto acima, fica evidente que o desemprego entre portadores de IRC em programa de terapia renal substitutiva é um problema extremamente freqüente. Chama a atenção que, dentre os tipos de terapias 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 Daugirdas e Ing (1999) cerca de 2/3 dos sujeitos em diálise não retornam para o emprego em que se encontravam antes do aparecimento da IRC. 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. Em geral, as mulheres têm mais opções do que os homens, especialmente as mulheres casadas para as quais o retorno ao trabalho doméstico pode ser possível. A perda do emprego é de extrema importância psicológica para

todos, sobretudo para os homens, cujo senso de masculinidade costuma estar diretamente ligado ao trabalho que eles executam.

Percebe-se assim que o trabalho, além de representar uma espécie de vínculo do indivíduo à comunidade humana, também constitui uma das formas mais ativas das pessoas conviverem melhor no meio familiar, sem perder o equilíbrio e a desagregação 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 com IRC. Por esse motivo, quando possível, deve inserir esses pacientes nas atividades profissionais.

Com relação à renda familiar mensal, e com base no salário mínimo vigente (R\$ 350,00), verificou-se que metade da população, 15 (50,0%), tinha uma renda de 1 a 2 salários mínimos, enquanto 12 (40,0%) recebiam de 3 a 5 salários. Vale ressaltar que nenhum paciente possuía uma renda familiar mensal inferior a 01 salário (TAB. 1).

Autores confirmam esses dados, ou seja, no estudo de Martins, França e Kimura (1996), a maioria dos renais crônicos em hemodiálise contava com uma renda entre 1 e 2 salários mínimos (56,5%); enquanto Reis e Glashan (2001) constataram que o nível socioeconômico do grupo pesquisado era baixo, representado pela renda familiar de no máximo 02 salários mínimos para 57,3% dos pacientes.

O trabalho realizado na unidade de diálise da Santa Casa de Sobral, Ceará, com portador de IRC submetido à hemodiálise mostrou que a renda familiar era inferior a 1 salário mínimo para 77,6% dos pacientes (SANTOS, 2005). Vale mencionar que uma renda familiar mensal muito baixa acaba não sendo suficiente para os gastos familiares; e com a diminuição na renda, devido muitas vezes à não possibilidade do renal crônico desenvolver atividades profissionais, ainda existe aumento de gastos com medicamentos e alimentação especial, entre outras despesas.

Com referência ao tipo de moradia dos portadores de IRC estudados, pode-se observar que 25 (83,33%) tinham casa própria, e apenas 03 (10,0%) moravam de aluguel; enquanto 02 (6,67) receberam uma casa emprestada (TAB. 1).

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 baixa renda (50,0% com 1 a 2 salários mínimos) e gastam parte do dinheiro com medicamentos que não são encontrados na rede pública, 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 têm 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, por qualquer causa, em todas as idades, 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).

Quanto ao número de pessoas que residem com o paciente renal crônico, 08 (26,66%) renais moram com 02 pessoas, e a mesma proporção reside com 03 pessoas; enquanto 06 (20,0%) entrevistados moram com 04 pessoas (TAB. 1).

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 a complicações e agravos decorrentes da doença, além de possuírem ajuda para o controle no uso de medicamentos, que será melhor abordado no tópico de “adesão ao tratamento farmacológico”.

Quanto ao número de sessões que realizam por semana, verificou-se que quase todos, 29 (96,67%) pacientes, realizam três sessões semanais, e apenas 01 (3,33%) renal crônico é submetido a duas sessões por semana (TAB. 1).

A pesquisa realizada em Sorocaba com pacientes portadores de IRC revelou que os pacientes submetidos à HD realizavam três sessões semanais de quatro horas cada (ÁVILA *et al.*, 1999). Esse resultado vai ao encontro dos encontrados no presente estudo.

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; LI, 2005).

TABELA 2 - Distribuição da população estudada de acordo com a interferência da hemodiálise nas atividades profissionais e de lazer e recreação dos pacientes atendidos em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.

<i>Variável</i>	<i>Interferência da hemodiálise</i>			
	<i>Atividades profissionais</i>		<i>Atividades de lazer e recreação</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sim	20	66,67	23	76,67
Não	10	33,33	07	23,33
Total	30	100,0	30	100,0

De acordo com os dados da TAB. 2, pode-se verificar que 20 (66,67%) entrevistados relataram que a hemodiálise interferiu em suas atividades profissionais e 10 (33,33%) disseram que não houve essa interferência.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo realizado na cidade de São Paulo com o objetivo de verificar a interferência da doença crônica sobre a qualidade de vida de portadores de IRC em tratamento hemodialítico, mostrando que 64,8% dos entrevistados mencionaram ter ocorrido interferência da doença crônica no trabalho e atividades do lar (MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996).

Segundo Mendes e Shiratori (2002), quando a doença se apresenta, geralmente aparece de forma repentina e intensa. Até o paciente melhorar, ele fica afastado de 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 quatro horas seguidas, três vezes na semana, e geralmente as clínicas dispõem de vagas justamente durante o período de seu horário de trabalho.

Por esse motivo, considera-se ser de extrema importância que os profissionais de saúde atentem para a questão do trabalho na vida de indivíduos portadores de IRC, pois esta é uma das necessidades experienciadas por eles, em virtude não só dos aspectos financeiros relacionados à ausência de trabalho remunerado, mas, principalmente, de toda a problemática envolvida, como, por exemplo, a presença de ociosidade, o sentimento de inutilidade e desvalorização, assim como a sensação de ser um peso/fardo para a família (CARREIRA; MARCON, 2003).

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 também que ele define a severidade na qual a doença afetou tanto fisicamente quanto 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).

Quanto à interferência da hemodiálise nas atividades de lazer e recreação do renal crônico, 23 (76,67%) pacientes referiram que ela ocorreu em suas vidas; enquanto 07 (23,33%) informaram não ter sofrido essa alteração nas atividades de lazer (TAB. 2).

Uma pesquisa realizada em uma unidade de diálise de um hospital geral do município de Maringá revelou valores abaixo dos encontrados no presente estudo, uma vez que apenas 35,7% dos informantes relataram, como mudanças ocorridas na vida, a diminuição de passeios e atividades de lazer decorrentes da regularidade nos horários de medicação e das especificidades do tratamento hemodialítico (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).

TABELA 3 - Distribuição da população de estudo quanto à religião e à prática religiosa, em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.

Variáveis	N	%
<i>Religião</i>		
Católico(a)	22	73,33
Evangélico(a)	07	23,34
Espírita	01	3,33
<i>Praticante dentro de sua religião</i>		
Sim	25	83,33
Não	05	16,67

Com referência à crença religiosa (religião) dos renais crônicos estudados, a maioria, 22 (73,33%) pacientes, mencionaram ser católicos, 07 (23,34%) evangélicos e apenas 01 (3,33%) espírita (TAB. 3).

O censo demográfico de 2000, realizado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), mostrou que a maioria dos brasileiros, ou seja, 73,6% professam a fé católica (IBGE, 2006).

Yang *et al.* (2005) verificaram em pacientes em tratamento hemodialítico, utilizando o instrumento WHOQOL-bref, que 72% da amostra tinham alguma orientação religiosa.

Quando abordados sobre a prática religiosa, 25 (83,33%) nefropatas crônicos informaram ser praticantes dentro de sua religião; enquanto 05 (16,67%) entrevistados responderam que não praticam a religião, ou seja, não freqüentam cultos religiosos e não fazem orações no domicílio (TAB. 3).

A literatura apontou que todos os entrevistados do trabalho de Lima e Gualda (2001) evidenciaram a fé em um ser superior, que aparece como fonte de esperança e força para o enfrentamento das situações difíceis e conformação perante os fatos que não podem ser modificados.

Em geral, quando as pessoas se deparam com uma descompensação da doença, com a presença de dor ou com a morte, apegam-se facilmente a práticas religiosas, como rezar, ir à missa, participar de grupos religiosos, conversar com Deus, entre outros, como estratégias para enfrentar o sofrimento e a dor (MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996).

Autores ressaltam ainda que a espiritualidade, a fé e as crenças dão a força necessária para a pessoa cuidar de si própria e não se sentir solitária na luta pela vida. A espiritualidade dá significado e sustentação às pessoas que se vêm confrontando com a doença, as mudanças e as perdas que as acompanham. Também, a dimensão espiritual é uma parte integrante do indivíduo, sendo importante para os profissionais avaliá-la e nela intervir, quando necessário (LIMA; GUALDA, 2001).

Por fim, membros religiosos e participantes têm uma vida psicossocial mais saudável e mais saúde, segundo Nomura, Prudêncio e Kohlmann Júnior (1995), uma vez que os ritos religiosos com o público ou mesmo os ritos privados produzem uma maior relação com as pessoas, o que leva a uma diminuição da ansiedade, tensão, agressividade. Estas pessoas ficam menos tempo sozinhas e apresentam uma maior interação com o seu meio e com a sua gente.

TABELA 4 - Distribuição da população estudada segundo o tempo de insuficiência renal crônica e tempo de tratamento hemodialítico, em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.

<i>Variável</i>	<i>Tempo</i>			
	<i>Insuficiência Renal Crônica</i>		<i>Tratamento hemodialítico</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Menos de 1 ano	02	6,67	07	23,33
1 ---- 2 anos	02	6,67	05	16,66
2 ---- 3 anos	05	16,66	08	26,67
3 ---- 4 anos	06	20,0	03	10,0
4 ---- 5 anos	02	6,67	02	6,67
5 ---- ou mais anos	11	36,66	03	10,0
Não lembra	02	6,67	02	6,67
Total	30	100,0	30	100,0

Os dados da TAB. 4 mostram que 11 (36,66%) entrevistados têm IRC há mais de 5 anos; 06 (20,0%) com mais de 3 anos e menos de 4 anos, e 05 (16,66%) há mais de 2 e menos 3 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 (40,2%) conhecia seu diagnóstico há 10 anos ou mais, vindo em seguida o grupo que o conhecia entre 4 a 6 anos (18,2%) (MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996).

Quanto ao tempo de tratamento hemodialítico dos pacientes estudados, houve predominância de 08 (26,67%) renais crônicos com mais de 2 anos e menos de 3 anos nessa terapia; seguido de 07 (23,33%) com menos de 1 ano, e 05 (16,66%) entrevistados com mais de 1 e menos de 2 anos em terapia renal substitutiva por meio da hemodiálise (TAB. 4).

Em discordância a esses resultados, Niu e Li (2005) verificaram em sua pesquisa, em que utilizaram o WHOQOL-bref, que, da população em tratamento hemodialítico, 36,3% realizavam este tipo de tratamento de substituição renal há mais de 6 anos.

Enquanto o trabalho de Castro *et al.* (2003) realizado na Unidade de Diálise da Unifesp – Fundação Oswaldo Ramos, mostrou que 48,0% dos pacientes referiram até quatro anos em tratamento hemodialítico, sendo esse um resultado mais próximo ao encontrado no presente estudo.

Alguns trabalhos apresentaram o tempo de tratamento hemodialítico dos pacientes estudados, não em intervalos de anos, mas sim em média e que merecem destaque: 26,7 meses, com variação entre seis e 117 meses (SOUZA; CINTRA; GALLANI, 2005); 28,5 meses, e um tempo que variou de 1 a 108 meses (MARTINS; CESARINO, 2005); 44,85 meses (variou de 3 a 120 meses) (MACHADO *et al.*, 2004); e a maior média, 47,4 meses, variando de 3 a 191 meses (SANTOS, 2005).

TABELA 5 - Distribuição da população de estudo com relação aos sentimentos apresentados durante a permanência no setor de hemodiálise, em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.

Sentimentos apresentados durante a hemodiálise	N	%
Tranquilo(a)	16	53,33
Estressado(a) / Nervoso(a)	10	33,33
Cansado(a)	09	30,0
Preocupado(a)	09	30,0

NOTA: Houve mais de uma resposta por entrevistado.

Com relação aos sentimentos apresentados pelos entrevistados durante a permanência no setor de hemodiálise, verificou-se que 16 (53,33%) se sentem tranquilos(as). Quanto aos sentimentos negativos, 10 (33,33%) pacientes relataram sentirem-se estressados(as) / nervosos(as) quando estão realizando a hemodiálise (TAB. 5).

É importante mencionar que, com referência aos sentimentos apresentados durante as sessões de hemodiálise, e como houve mais de uma resposta por entrevistado, os pacientes que responderam que se sentem tranquilos(as) não indicaram outro sentimento; enquanto aqueles que mencionaram um dos sentimentos negativos [estressado(a)/nervoso(a), cansado(a), preocupado(a)], alguns entrevistados relataram mais de um desses sentimentos, podendo ter citado os três.

O estresse é capaz de causar hipertensão arterial, e assim agravar o estado de saúde do paciente renal crônico. Em condições especiais, esta elevação da pressão arterial pode ser mais intensa ou persistir mesmo após a descontinuação do estímulo. Vale destacar que a agressividade reprimida como uma característica do hipertenso é predominante em homens (NOMURA; PRUDÊNCIO, KOHLMANN JÚNIOR, 1995).

Assim, para diminuir esses sentimentos negativos apresentados pelos renais crônicos durante as sessões de hemodiálise, 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 bom relacionamento, para auxiliá-los a enfrentar esses sentimentos.

É importante salientar que, na clínica de hemodiálise onde o estudo foi realizado, há atividades de recreação durante as sessões de terapia renal substitutiva: o serviço oferece televisão, rádio e oficina de arte (confecção de tapetes, cestas de jornal, almofadas, caixas de presente, enfeites, etc). Após a confecção dos artesanatos, esses são vendidos, e a verba arrecadada é utilizada para realização de festas para os pacientes nas datas comemorativas e também, quando necessário, parte do dinheiro é destinado para ajuda dos pacientes. Cabe inferir que, devido à recreação oferecida pela clínica, os pacientes se sentem tranquilos e satisfeitos quando estão nesse serviço, diminuindo, dessa forma, os sentimentos negativos de preocupação, cansaço, nervosismo e estresse.

Atualmente, conforme Martins e Cesarino (2004), têm surgido estudos que abordam a qualidade de vida e o surgimento de programas educacionais e de reabilitação para os renais crônicos em tratamento dialítico, fazendo com que profissionais de áreas diversificadas criem condições e oportunidades para o desenvolvimento do conhecimento e da ação desses pacientes, para enfrentar a nova realidade.

Um desenho bem programado de atividades e exercícios durante a hemodiálise pode dar segurança com supervisão adequada e educação do paciente, melhorando a força muscular, a função física e mental, e uma melhor resistência cardiorrespiratória. Assim, a melhora na QV através das intervenções nos programas de reabilitação indica que atuar na educação destes pacientes e cuidadores e na reabilitação física e ocupacional durante as sessões de HD é uma terapêutica que tem resultados positivos (MARTINS; CESARINO, 2004).

Um programa educacional e de reabilitação para pacientes renais é o *Life Options Rehabilitation Advisory Council* (LORAC), que é caracterizado como um programa de reabilitação renal, multidisciplinar, criado em 1994 pelo Instituto de Educação Médica, Estados Unidos, o qual oferece suporte técnico e desenvolve materiais de alta qualidade educacional, baseado em incentivo, educação, exercício, emprego e avaliação para todos os pacientes renais crônicos e profissionais de saúde. Esses programas de exercícios são indicados para realização nas unidades de diálise (OBERLEY; SADLER; ALT, 2000).

Ainda para esses autores, a reabilitação renal tem proporcionado uma relação entre melhor qualidade de vida para o paciente e um melhor controle de custo para o estado. Um aspecto que merece comentário é que a melhora da função física e mental que ocorre com a reabilitação produz uma economia de custo na forma de diminuição da morbidade e mortalidade, e diminuição da hospitalização e gastos com cuidados, e altas taxas de pacientes que conseguem emprego/atividades produtivas.

Ao aplicar o Teste Qui-quadrado (χ^2) entre as variáveis “sentimentos apresentados pelos pacientes renais crônicos durante a permanência no setor de hemodiálise” e “gênero”, com o nível de significância de 5%, pode-se observar que não existe correlação entre essas variáveis ($p=0,621$).

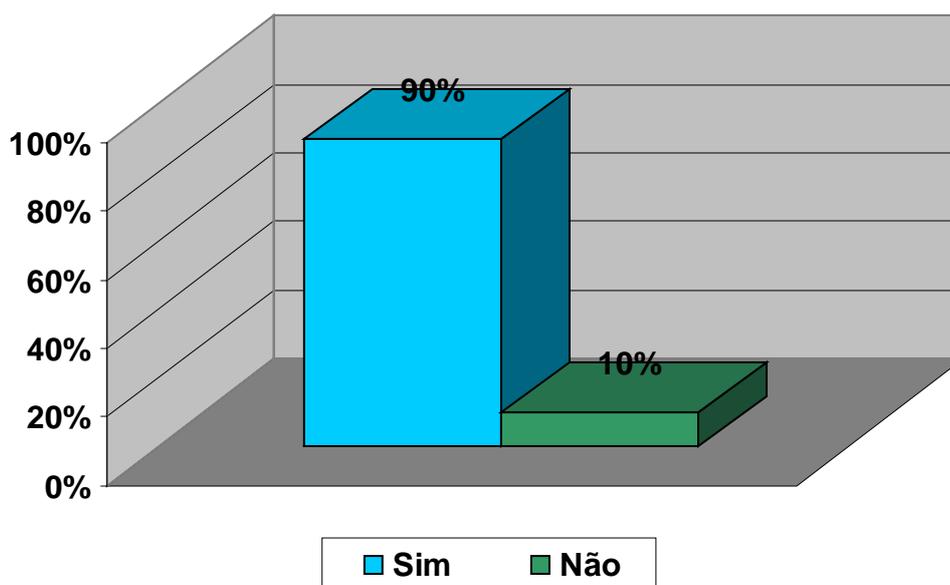


FIGURA 1 - Distribuição percentual da população de estudo quanto à presença de outras doenças (comorbidades), em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.

Quanto à presença de outras doenças (comorbidades), 27 (90,0%) pacientes estudados apresentam outras patologias; enquanto apenas 03 (10,0%), não possuem outras doenças além da IRC (FIG. 1).

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

TABELA 6 - Distribuição das doenças (comorbidades) apresentadas pelos pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.

Doenças (comorbidades)	N	%
Hipertensão arterial	26	96,30
Diabetes mellitus	08	29,63
Insuficiência cardíaca	04	14,82
Catarata	02	7,41
Polioneuropatia periférica	01	3,70
Hipotireoidismo	01	3,70
Descolamento de retina	01	3,70
Hérnia de disco	01	3,70
Vitiligo	01	3,70
Trombose venosa	01	3,70
Osteomielite	01	3,70
Bronquite	01	3,70
Epilepsia	01	3,70
Lúpus eritematoso	01	3,70
Hepatite C	01	3,70
Anemia	01	3,70

NOTA: Houve mais de uma resposta por entrevistado.

De acordo com os dados da TAB. 6, pode-se observar que, dentre os pacientes renais crônicos estudados que apresentam outras doenças além da IRC, a hipertensão arterial foi a mais citada, 26 (96,30%) respondentes, seguida da diabetes mellitus, 08 (29,63%), e insuficiência cardíaca, 04 (14,82%).

Esse resultado é similar ao encontrado no estudo de Rahman e Griffin (2004), realizado pelo Hospital Universitário de Cleveland, onde verificaram que a frequência de hipertensão arterial foi de 89% nos participantes do estudo.

Um dado que pode ser observado e que merece destaque é que 04 (13,34%) pacientes estudados (01 que apresenta comorbidades e os 03 que não tem outras doenças) não apresentam a hipertensão arterial.

De acordo com Pascoal e Mion (1996), a HA e o rim interagem de forma íntima e complexa, podendo a primeira ser causa ou consequência de doença renal. Um defeito na função renal quase certamente está associado à patogenia da hipertensão essencial (primária), enquanto que a IRC é a causa mais comum de HA secundária. Portanto, há uma correlação entre o nível de PA (pressão arterial) e a progressão da insuficiência renal. A incidência e a intensidade da HA aumentam progressivamente à medida que a função renal deteriora, de forma que quase todos os pacientes com IRC estão hipertensos quando iniciam o tratamento dialítico. A

partir do momento que os níveis tensionais reduzem, diminuem também a necessidade de medicação anti-hipertensiva.

Dessa forma, a hipertensão pode ser controlada somente por meio das técnicas de diálise e a grande maioria dos pacientes com IRC apresenta um controle muito melhor de sua hipertensão quando o volume de líquidos é controlado por diálise e ultrafiltração, sendo a redução do volume intravascular suficiente para controlar a hipertensão. Caso a contração do volume não seja suficiente para controlar a pressão arterial, os mesmos princípios gerais utilizados em qualquer outro paciente aplicam-se ao tratamento da hipertensão (BERKOW; FLETCHER, 1995; WARNOCK, 1997).

Alguns fatores que interferem na fisiopatologia da hipertensão arterial na hemodiálise e dificultam esse controle são citados por Schnidrig *et al.* (2003). São eles: ganho de peso interdialítico, retenção de água e sódio e a relação da presença ou não de diurese residual, de sódio plasmático e urinário.

Outra justificativa para os pacientes que não têm hipertensão arterial é que alguns desses renais crônicos apresentam nefropatia perdedora de sal e podem perder cloreto de sódio até produzir contração do volume extracelular e hipotensão. Esses pacientes necessitam de suplementação de sal na dieta para evitar os sintomas hipotensivos e não precisam fazer uso de medicação anti-hipertensiva. Diversas doenças renais podem estar associadas à perda de sal, incluindo pielonefrite, doença cística medular, hidronefrose, nefrite intersticial. Nessas condições, os ductos coletores sofrem lesão e não podem regular a excreção urinária renal de cloreto de sódio. Esses pacientes realizam a diálise para remover do sangue substâncias como uréia, creatinina e, presumivelmente, muitas substâncias tóxicas que produzem uremia (WARNOCK, 1997).

É importante ressaltar que muitas dessas comorbidades apresentadas pelos pacientes estudados podem ser a causa da IRC, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, lúpus eritematoso e insuficiência cardíaca (TAB. 6).

Conforme Sweltzer e Bare (2002), as causas da insuficiência renal podem ser classificadas em parenquimatosas renais, doença do trato urinário e doenças sistêmicas com comprometimento renal. Dentre essas, destaca-se a hipertensão arterial sistêmica e a nefropatia diabética. Outras doenças sistêmicas como diabetes, lúpus eritematoso, aterosclerose, além da insuficiência cardíaca, podem alterar a

capacidade dos rins em responder a alterações hidroeletrólíticas agudas (RODRIGUES JÚNIOR, 1995).

Dados da literatura indicam que portadores de hipertensão arterial, de diabetes mellitus, ou história familiar para a doença crônica têm maior probabilidade de desenvolverem insuficiência renal crônica. No Brasil, dentre 2.467.812 pacientes com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus cadastrados no programa HiperDia do Ministério da Saúde em 29 de março de 2004, a frequência de doenças renais foi de 6,63% (175.227 casos) (ROMÃO JÚNIOR, 2004).

Esse fato é justificado por Kusumoto, Rodrigues e Marques (2004), ao relatarem que a DM e a HA são doenças silenciosas, pois nem sempre apresentam sinais e sintomas francos. Os portadores dessas patologias podem desconhecer que as possuem, ou, ainda, têm conhecimento delas, porém não aderem ao tratamento por julgarem-no desnecessário, uma vez que não há manifestações clínicas importantes. Assim, o não monitoramento e o tratamento inadequado dessas doenças, com o passar dos anos, desenvolverão lesões lentas e progressivas nos rins, podendo levar à IRC.

6.2 COMPLICAÇÕES DURANTE AS SESSÕES DE HEMODIÁLISE

Quando executada por pessoal competente e com os recursos técnicos indispensáveis, a hemodiálise é um processo terapêutico praticamente isento de riscos para a vida do paciente. Todavia, algumas complicações podem ocorrer, mesmo quando é realizada dentro da melhor técnica (ARAÚJO; ANDRADE, 1992).

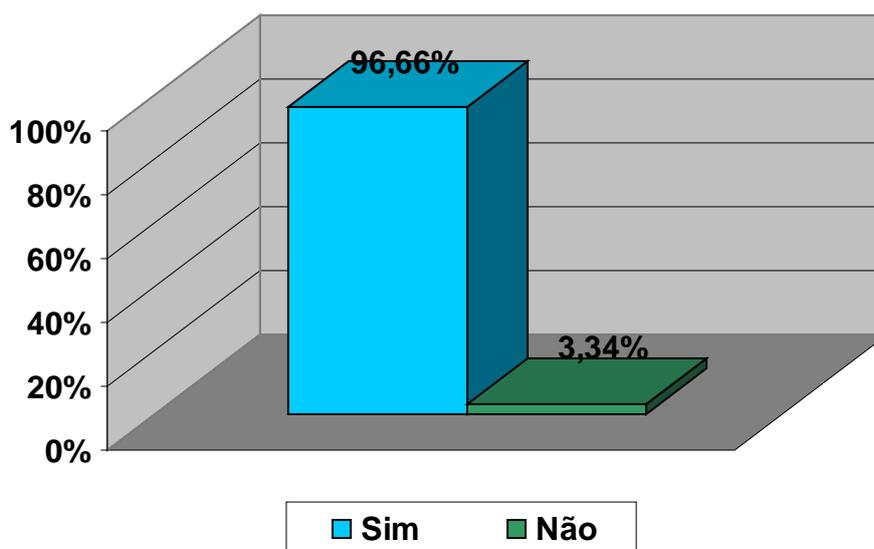


FIGURA 2 - Distribuição percentual da população de estudo com relação à ocorrência de complicações durante a realização da hemodiálise, em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.

Com relação à ocorrência de complicações durante a realização da hemodiálise, observou-se que 29 (96,66%) entrevistados já apresentaram alguma complicação decorrente do tratamento hemodialítico (FIG. 2).

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, em 30% das sessões de HD, pode ocorrer algum tipo de complicação. Assim sendo, a constante avaliação dessas complicações deve estar inserida em qualquer programa de controle da qualidade.

Como foi observado nos dados apresentados, a ocorrência de algum tipo de complicação durante as sessões de hemodiálise é freqüente. É raro encontrar algum paciente que ainda não tenha apresentado complicações durante o tratamento hemodialítico. Assim, autores colocam que mesmo estando há anos em tratamento, essas pessoas continuam controlando o funcionamento da máquina de HD e atentos a qualquer sintoma incomum no seu organismo. A vigilância é a maneira dos pacientes se protegerem de futuras complicações. Isso não significa que eles não confiem totalmente na tecnologia e nem no trabalho dos cuidadores, mas sim ao medo de apresentarem alguma alteração que possa vir a prejudicar a sua saúde (TRENTINI *et al.*, 2004).

TABELA 7 - Distribuição das complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.

Complicações	N	%
Hipotensão arterial	18	62,07
Vômito	13	44,83
Tontura	12	41,38
Cefaléia	07	24,14
Hipertensão arterial	07	24,14
Arritmia cardíaca	02	6,90
Dor no peito	01	3,45
Hipoglicemia	01	3,45
Desmaio	01	3,45
Fraqueza	01	3,45
Cãibras	01	3,45
Sudorese	01	3,45
Dor no estômago	01	3,45
Infarto	01	3,45
Dispneia	01	3,45

NOTA: Houve mais de uma resposta por entrevistado.

De acordo com os dados da TAB. 7, a principal complicação relatada pelos participantes do estudo foi a hipotensão arterial, 18 pacientes (62,07%), seguida do vômito, 13 (44,83%), e tontura, 12 (41,38%). Algumas complicações apareceram com apenas uma ocorrência: dor no peito, dispnéia, cãibras, desmaios, entre outras.

Autores colocam que as principais complicações durante a realização da hemodiálise são: hipotensão (20 a 30% das diálises), cãibras (5 a 20%), náuseas e vômitos (5 a 15%), cefaléia (5%), dor no peito (2 a 5%), dor lombar (2 a 5%), prurido (5%) e febre e calafrios (menos que 1%) (DAUGIRDAS; ING, 1999). Esses achados corroboram os dados encontrados no presente estudo, em que a hipotensão arterial é uma das principais complicações ocorridas durante a hemodiálise, assim como os vômitos.

A seguir são descritos as causas, frequência e tratamento das principais complicações apresentadas pelos pacientes durante as sessões de hemodiálise.

Hipotensão arterial

A hipotensão arterial é, sem dúvida, a principal complicação do tratamento hemodialítico, ocorrendo em até 20% das sessões. A fisiopatologia envolve a taxa de ultrafiltração, a queda da osmolaridade, a temperatura do dialisato, redução do

volume intravascular, hiponatremia, aumento na liberação de substâncias vasodilatadoras e redução nas vasoconstritoras, conduzindo à redução do débito cardíaco e da resistência vascular periférica (CASTRO, 2001; ARAÚJO; ANDRADE, 1992).

Fermi (2003) cita outras causas, como ganho excessivo de peso, superaquecimento da solução de diálise, ingestão de alimentos, uso de anti-hipertensivos, sendo que a hipotensão é um reflexo primário da grande quantidade de líquidos que é removida do volume plasmático durante uma sessão de diálise.

Araújo e Andrade (1992) colocam que uma outra causa a ser investigada é a perda de sangue ao nível das conexões, a ruptura da membrana, ou o sangramento em locais de cirurgia recente ou pelo trato gastrointestinal.

O tratamento baseia-se na diminuição da ultrafiltração e implica na infusão de solução salina fisiológica, plasma e agentes hipertônicos e, se necessário, colocar o paciente em posição de *Trendelenburg* e administrar oxigênio nasal (CASTRO, 2001; ARAÚJO; ANDRADE, 1992).

Síndrome do desequilíbrio da diálise

Caracteriza-se por confusão mental, cefaléia, náuseas, vômitos, tremores, agitação, delírio, contrações musculares ou mesmo crises convulsivas generalizadas. Geralmente observa-se ao final da diálise ou no período pós-diálise imediato. Não é bem conhecida a sua causa, mas admite-se que esteja relacionada a uma remoção muito rápida da uréia do sangue. O tratamento consiste, sobretudo, na administração profilática de medicamento anticonvulsivante no início da diálise a todo paciente com níveis excessivamente altos de uréia no sangue. Quando ocorrem convulsões, o paciente deve ser sedado e a diálise suspensa, podendo ser reiniciada algumas horas depois se a sua condição clínica o permitir. Esta síndrome dura, em geral, cerca de 12h, sendo rara a persistência de sintomas por tempo mais prolongado. O seu prognóstico é geralmente bom (ARAÚJO; ANDRADE, 1992; CASTRO, 2001).

Reação pirogênica e bacteremia

Essas reações caracterizam-se por febre, calafrios, hipotensão, choque e tremores, e pode ocorrer durante a diálise. Pode ser atribuída à contaminação do banho, do hemodialisador, dos equipos de entrada e saída de sangue e agulhas por

bactérias ou por substâncias protéicas (ARAÚJO; ANDRADE, 1992; CASTRO, 2001).

Segundo Castro (2001), essas reações são raras com os modernos sistemas de tratamento de água por osmose reversa, mas punção de fístula nativa ou de enxerto infectado também favorece o aparecimento de infecção sistêmica. Fermi (2003) coloca que o local de acesso é a fonte de 50 a 80% das bacteremias (principalmente os cateteres).

Vale ressaltar que o paciente renal crônico é imunodeprimido e, conseqüentemente, tem uma suscetibilidade aumentada para infecções. As infecções bacterianas nos pacientes com IRC podem progredir de maneira rápida. (FERMI, 2003). Quando essas reações pirogênicas ocorrem são geralmente tratadas com antitérmicos (ARAÚJO; ANDRADE, 1992).

Náuseas e vômitos

As náuseas e vômitos ocorrem com alguma freqüência, cerca de 10% dos tratamentos hemodialíticos. As suas causas principais são: hipotensão, hipertensão arterial, úlcera gástrica, síndrome de desequilíbrio, ansiedade, ingestão de alimentos durante a HD e hipercalcemia. Sugere-se como tratamento a correção da causa, e se os sintomas persistirem, deve ser administrado antiemético (ARAÚJO; ANDRADE, 1992; FERMI, 2003; BARROS *et al.*, 1999).

Hipertensão arterial

A crise hipertensiva é uma complicação pouco freqüente durante a HD, e sua fisiopatologia, obscura. Em alguns pacientes, observa-se elevação nas catecolaminas e, em outros pacientes, ativação do sistema renina-angiotensina secundária à depleção de volume (CASTRO, 2001; VEIGA; PINHEIRO; LUGON, 2004). Conforme Araújo e Andrade (1992), a elevação súbita da pressão arterial durante a diálise pode ser devida a sobrecarga de volume, ansiedade ou síndrome de desequilíbrio.

O tratamento, segundo Araújo e Andrade (1992), é feito pela correção da causa e pela administração de hipotensores, como nifedipina e captopril. A sobrecarga de volume pode ser aliviada pelo aumento da ultrafiltração, e no caso de ansiedade, a psicoterapia e os sedativos prestam boa ajuda.

Cefaléia

A cefaléia é um sintoma freqüente em pacientes com IRC em regime de HD. As causas mais freqüentes são: a hipertensão arterial, hipotensão arterial, alterações no peso corporal e ansiedade (ANTONIAZZI, 2002; ARAÚJO; ANDRADE, 1992). Pode ser também uma manifestação sutil da síndrome do desequilíbrio, ou pode estar relacionada ao uso de solução de diálise contendo acetato (DAUGIRDAS; ING, 1999).

Segundo os mesmos autores, em pacientes que ingerem café, a cefaléia pode ser uma manifestação de abstinência de cafeína, uma vez que a concentração sangüínea da cafeína é reduzida agudamente durante a HD.

Essa alteração física é tratada por meio de analgésicos e pela remoção da causa (ARAÚJO; ANDRADE, 1992).

Arritmia cardíaca

Não é comum o aparecimento de arritmia durante a diálise em paciente que não sofre de doença cardiovascular, sendo que a sobrecarga de fluidos deve ser considerada e eliminada. Deve-se verificar se não está baixa a concentração de potássio do banho, especialmente em paciente digitalizado (ARAÚJO; ANDRADE, 1992).

Em controvérsias a afirmação acima, Castro (2001) coloca que a arritmia cardíaca ventricular ou supraventricular é uma complicação freqüente durante a HD, sendo observada principalmente em pacientes com acentuada hipertrofia ventricular esquerda, doença cardíaca isquêmica e doença pericárdica.

O tratamento da arritmia é o habitual, tendo-se, entretanto, o cuidado de evitar o uso de digitálico devido ao risco de intoxicação provocado pelas oscilações do nível de potássio sérico (ARAÚJO; ANDRADE, 1992). O uso de dialisato com bicarbonato parece reduzir à freqüência de arritmias na diálise (CASTRO, 2001).

Precordialgia

A precordialgia ocorre nos pacientes portadores de cardiopatia isquêmica, principalmente quando não se utiliza o enchimento prévio do sistema de circulação extracorpórea com sangue ou soro fisiológico, ou quando o paciente apresenta anemia extrema (ARAÚJO; ANDRADE, 1992).

Conforme Daugirdas e Ing (1999), pode estar associada a ocorrência de angina, que é comum durante a diálise, bem como as inúmeras causas possíveis de dor torácica como, por exemplo, a hemólise.

Hemorragias

As hemorragias, segundo Araújo e Andrade (1992), ocorrem quando a heparinização é inadequada e ocasiona uma perda de até 250 ml de sangue, que geralmente requer reposição imediata. Enquanto, para Castro (2001), as hemorragias são causadas pela passagem ou tentativas de passagem de cateteres para HD ou são complicações decorrentes da desconexão das linhas de diálise.

Convulsões

Convulsões são geralmente relacionadas com a síndrome de desequilíbrio ou com a hiponatremia severa conseqüente a erro na composição do banho. O tratamento baseia-se no uso de medicamentos anticonvulsivantes (ARAÚJO; ANDRADE, 1992).

Lombalgia

Segundo Araújo e Andrade (1992), a lombalgia é de início agudo e às vezes extremamente severa, que alguns autores relacionam à isquemia da cauda eqüina. Responde mal à administração de analgésicos, porém é aliviada com a diminuição do fluxo sangüíneo.

Cãibras

A cãibra é uma complicação freqüente da hemodiálise, predominam nos membros inferiores e ocorrem, preferencialmente, na segunda metade da HD. Freqüentemente são precedidos de hipotensão arterial. A fisiopatologia não está totalmente esclarecida e aparece associada ao desequilíbrio entre ultrafiltração e reenchimento vascular (CASTRO, 2001; FERMI 2003).

Para Daugirdas e Ing (1999), os três fatores predisponentes mais importantes na etiologia das cãibras são: a hipotensão, o paciente abaixo do peso seco e o uso de solução dialítica pobre em sódio.

Como tratamento, a reposição aguda de volume com solução salina isotônica ou soluções hipertônicas é efetiva em reduzir as câibras, assim como a realização de massagens nos membros afetados (CASTRO, 2001).

Hipoxemia

A hipoxemia de duração e intensidade variável pode ocorrer durante a HD; entretanto, sua expressão clínica é pequena e aparece, principalmente, nos pacientes com importante doença pulmonar ou naqueles com doença cardíaca isquêmica não compensada. Ocorre cerca de 15 minutos após o início da hemodiálise, às vezes causando sintomas respiratórios ou cardíacos em pacientes com doença pulmonar subjacente. Essa complicação raramente necessita de intervenção médica e se limita a oferecer oxigênio (BARROS *et al.*, 1999; CASTRO, 2001).

Reações alérgicas

As reações do tipo anafilático, conforme Castro (2001), são raras e ocorrem principalmente com dialisadores novos e ao óxido de etileno utilizado na esterilização dos dialisadores. Os principais sinais e sintomas são: queimação retroesternal ou ao longo da fístula arteriovenosa, sudorese, calor, urticária e prurido, edema facial ou palpebral, aumento da secreção brônquica, broncoespasmo, dispnéia, bradicardia e hipotensão arterial. O tratamento inclui a imediata suspensão da diálise sem retorno do sangue para o paciente. De acordo com a intensidade dos sintomas, podem-se utilizar anti-histamínicos, adrenalina, corticóide e suporte ventilatório.

Prurido

O prurido pode, em alguns pacientes, iniciar-se ou agravar-se durante a sessão de HD. Nessas condições, a fisiopatologia é incerta, e o tratamento inclui o uso de anti-histamínicos e benzodiazepínicos. Os pacientes devem ser aconselhados a tomar banhos rápidos e com água em temperatura ambiente, além de utilizarem cremes hidratantes (CASTRO, 2001).

6.3 ADESÃO DOS RENAIIS CRÔNICOS AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Ao buscar o embasamento na literatura brasileira e internacional, não foram encontrados trabalhos que abordam o assunto adesão ao tratamento farmacológico de uso diário do paciente renal crônico submetido à hemodiálise. Assim, é difícil comparar os achados encontrados no presente estudo com resultados prévios, uma vez que não existem dados referentes à adesão ao tratamento farmacológico dessa população.

Por esse motivo, optou-se em comparar os dados dessa pesquisa com estudos referentes à adesão do tratamento farmacológico do paciente hipertenso, por ser este tipo de tratamento também adotado para o renal crônico; e estudos sobre adesão ao tratamento farmacológico de pacientes HIV positivos, por ser esta população semelhante aos renais crônicos (é uma doença crônica, os pacientes necessitam fazer uso diário de medicamentos para não agravar a doença e faz uso de muitos medicamentos).

Estudar sobre a adesão ao tratamento farmacológico é importante, uma vez que estimativas de 1996 indicaram que a não adesão ao tratamento medicamentoso resultou em um gasto anual de \$8,5 bilhões em atendimentos hospitalares e um adicional de \$17 a \$25 bilhões em custos indiretos (como perda da produtividade, mortalidade e morbidade) nos Estados Unidos. Cerca de 3 a 10% das admissões hospitalares em adultos são atribuídos à não adesão ao tratamento medicamentoso (REGINSTER, 2006; VIK *et al.*, 2006).

Com relação ao uso de medicamentos diários no domicílio pelo paciente renal crônico submetido à hemodiálise, verificou-se que todos os 30 entrevistados (100,0%) faziam uso de fármacos.

Segundo Vik *et al.* (2006), os medicamentos são prescritos com a expectativa de que eles possam causar benefícios e fatores positivos na saúde do paciente.

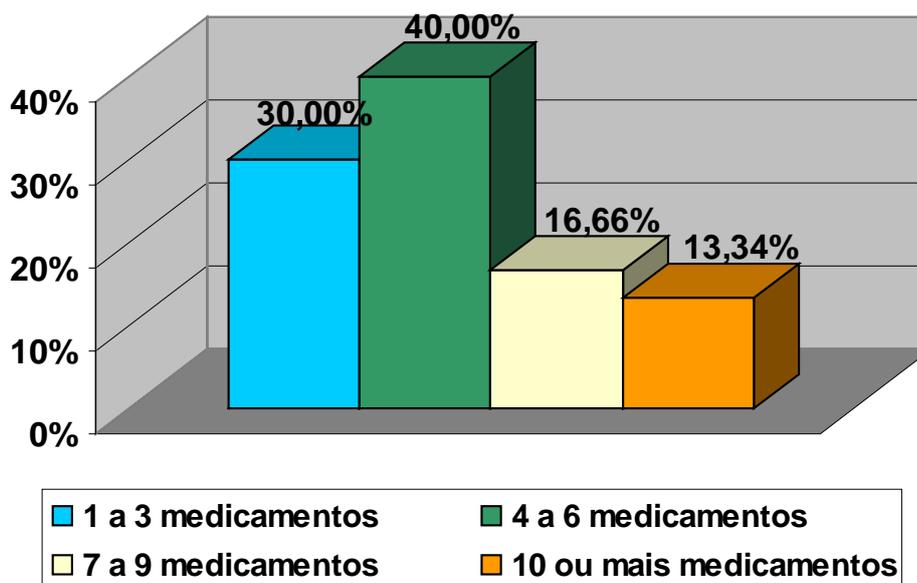


FIGURA 3 - Distribuição percentual da população de estudo com relação à quantidade de medicamentos utilizados diariamente, em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.

A FIG. 3 mostra que 12 (40,0%) respondentes fazem uso de 4 a 6 medicamentos por dia, seguido pelos que tomam de 1 a 3 medicamentos, 09 (30,0%). Cabe ressaltar que, 04 (13,34%) pacientes consomem 10 ou mais fármacos.

A média do número de medicamentos prescritos para cada paciente hemodialisado, de acordo com Rahman e Griffn (2004), é de 7 a 11 drogas, sendo que esse elevado consumo de remédios influencia na adesão ao tratamento farmacológico.

De acordo com Nies e Spielberg (1996), a utilização de vários medicamentos tem como objetivos atingir o efeito terapêutico desejado ou tratar doenças coexistentes, porém o resultado pode ser tanto a potencialização como a inibição dos efeitos terapêuticos.

No estudo realizado junto ao Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS e à Unidade Leito-Dia em AIDS do HC-UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas), com a finalidade de propor medidas que facilitem a adesão do paciente com AIDS à terapêutica medicamentosa, observou-se que, da população estudada, 24,6% consomem de 1 a 3 medicamentos, 45,95%, de 4 a 6 medicamentos, 24,6%, de 7 a 9, e 4,9%, 10 ou mais medicamentos

(FIGUEIREDO *et al.*, 2001). Esses achados vão ao encontro dos da presente pesquisa, em que a maioria dos pacientes consome de 4 a 6 medicamentos, 40,0% (FIG. 3).

Gir, Vaichulonis e Oliveira (2005), ao verificarem a quantidade de comprimidos consumidos pelos indivíduos portadores de HIV/AIDS, em um serviço de assistência especializada para HIV/AIDS de um hospital geral de ensino, do interior paulista, encontraram que, dos entrevistados, 35,0% ingeriam, por dia, de 6 a 10 comprimidos, enquanto 29,0%, de 11 a 15 comprimidos, 24,0%, de 1 a 5, 11,5%, de 16 a 20 comprimidos, e 0,5%, de 21 a 25 comprimidos.

É importante destacar que a presença de comorbidades no paciente em tratamento hemodialítico, assim como o sexo masculino estão associados com um elevado número de medicamentos prescritos para esses pacientes (RAHMAN; GRIFFIN, 2004). Pode-se observar que, a maioria dos pacientes, 27 (90,0%), possuem outras doenças (comorbidades) além da IRC, fazendo com que esses tenham que consumir outros medicamentos na tentativa de diminuir as complicações e agravos na saúde (FIG. 1).

TABELA 8 - Distribuição dos principais medicamentos utilizados pelos pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.

Medicamentos	N	%
Captopril	14	46,67
Nifedipina	10	33,33
Carbonato de cálcio	10	33,33
Furosemida	09	30,0
Propranolol	07	23,33
Ácido Acetil Salicílico (AAS)	07	23,33
Omeprazol	04	13,33
Atensina	04	13,33
Ácido fólico	04	13,33
Insulina	03	10,0
Complexo B	03	10,0
Metildopa	02	6,67
Ranitidina	02	6,67
Minoxidil	02	6,67
Bactrim	02	6,67

NOTA: Houve mais de uma resposta por entrevistado.

De acordo com a TAB. 8, os principais medicamentos utilizados pelos pacientes estudados são: captopril (46,67%), nifedipina e carbonato de cálcio (33,33% para cada um), furosemida (30,0%), propranolol e AAS (23,33% para cada um), dentre outros fármacos com menor frequência de uso.

Os demais medicamentos utilizados pelos renais crônicos e que tiveram apenas uma ocorrência (3,33% dos pacientes o consomem) são: calcinatidol, acetato de cálcio, levoxin, hidralazina, puran T4, amitriptilina, sustrate, carnitina, aloperidol, polaramine, enalapril, dormonid, prednisona, diazepam, hidantal, sinvastatina, loniten, metformina, glibenclamida, iguassina, cebralat, carvedilol, monocordil, buscopan e carbamazepina.

As medicações comumente prescritas para os pacientes em diálise crônica incluem: captopril, propranolol, nefedipina, furosemida, entre outros (antihipertensivos); suplementos multivitamínicos como ácido fólico, complexo B entre outros (para repor a perda dialítica estimada de vitaminas hidrossolúveis, complexo B, ácido fólico, vitamina C); suplemento de ferro como sulfato ferroso (para repor a perda de ferro no sangue residual que permanece na membrana de hemodiálise e evitar a anemia); bicarbonato de sódio (antiácido gástrico - alcalinizante); carbonato de cálcio (para evitar hipocalcemia) (BARROS *et al.*, 1999; BERKOW; FLETCHER, 1995).

Outros medicamentos são utilizados para tratar a doença de base, como o diabetes mellitus, sendo citados os medicamentos insulina, metformina e glibenclamida; doenças oportunistas como infecções, fazendo uso de antibióticos como bactrim e levoxin e uso de medicamentos para tratar outras doenças como hipotireoidismo (puran T4), osteomielite (prednisona), epilepsia (diazepam e hidantal), lúpus eritematoso (prednisona) e insuficiência cardíaca (propranolol). Também fazem uso de protetores gástricos como omeprazol e ranitidina, devido o uso concomitante de vários medicamentos (SOUZA, 2004).

Como observado no presente estudo, os principais medicamentos, e os mais utilizados pelos renais crônicos são os antihipertensivos (TAB. 8). No total foram citados pelos pacientes 13 fármacos antihipertensivos, divididos em suas classes (beta-bloqueadores, bloqueadores de canais de cálcio, diuréticos, inibidores da enzima conversora de angiotensina e vasodilatadores). São eles: nifedipina, furosemida, metildopa, captopril, hidralazina, atensina, propranolol, minoxidil, enalapril, loniten, iguassina, carvedilol e monocordil. Cabe inferir que o uso de vários

medicamentos antihipertensivos pelos nefropatas estudados pode ser justificado pelo fato de 96,30% dos 27 renais crônicos, que têm outras comorbidades, terem hipertensão arterial, lembrando que essa patologia pode ser causa ou consequência da IRC (TAB. 6).

O estudo realizado pelo Hospital Universitário de Cleveland, com o objetivo de descrever um modelo/padrão de uso de drogas antihipertensivas em pacientes submetidos a terapia hemodialítica, mostrou que a 76% dos entrevistados foram prescritas drogas antihipertensivas (RAHMAN; GRIFFIN, 2004). Esses autores relataram que o tratamento antihipertensivo tem um efeito favorável à sobrevivência da população em hemodiálise, independente do nível e controle da pressão arterial.

Outra pesquisa realizada com o objetivo de descrever o tratamento antihipertensivo e a associação entre a mortalidade e a classe da medicação antihipertensiva em pacientes submetidos à diálise, apontou que 70,3% dos pacientes usavam bloqueadores de canais de cálcio, enquanto que a 31,5% e 27,0% dos pacientes com doenças cardiovasculares foram prescritos inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA) e beta bloqueadores, respectivamente (GRIFFITH *et al.*, 2003). No presente estudo, os bloqueadores de canais de cálcio, como nifedipina, foram usados por 33,33% dos renais crônicos (TAB. 8).

Outro achado no trabalho de Rahman e Griffin (2004) foi que, em 60% dos pacientes, prescreveram-se os bloqueadores de canais de cálcio (medicamento mais prescrito), em 33% inibidores da ECA, e em 34% beta bloqueadores. Vale ressaltar que em 10%, foi prescrito hidralazina ou minoxidil, e em 8%, diuréticos. Neste trabalho, o minoxidil foi utilizado por 6,67% dos nefropatas crônicos, enquanto a hidralazina por 3,33% (TAB. 8).

Segundo Tomé *et al.* (1999a), os inibidores da ECA podem produzir agravamento da insuficiência renal por diminuição do fluxo sanguíneo renal em pacientes com nefrosclerose hipertensiva grave ou estenose de artérias renais. Além disso, podem provocar hipercalemia, por hipoaldosteronismo. Cabe lembrar que o medicamento antihipertensivo captopril foi o mais utilizado pela população estudada, 46,67% (TAB. 8). Já os beta-bloqueadores (especialmente propranolol) também diminuem o fluxo sanguíneo renal, mas é discutível que seu uso continuado afete significativamente a função renal.

Os vasodilatadores são efetivos na insuficiência renal, mas devem ser usados com um bloqueador adrenérgico e com diuréticos para evitar seus paraefeitos. Uma

droga útil nesse contexto é o minoxidil, que é extremamente potente para uso em hipertensão grave e funciona em doses únicas diárias, relativamente baixas (TOMÉ *et al.*, 1999a). Esse último medicamento, minoxidil, foi utilizado por 6,67% dos renais crônicos estudados nesta pesquisa (TAB. 8).

Ainda para os mesmos autores, em relação aos bloqueadores dos canais de cálcio, aparentemente os da classe dos diidropirimidínicos têm capacidade de controlar a pressão arterial, mas não reduzir a proteinúria, e as drogas antiadrenérgicas, como clonidina e metildopa, embora eficientes, têm sido menos usadas recentemente em virtude de seus parafefeitos.

Diante do exposto acima, a escolha do anti-hipertensivo deve ser baseada não somente na eficácia e tolerabilidade da droga, mas também deve visar aspectos sutis, como o impacto da medicação na qualidade de vida do hipertenso (GUSMÃO; PIERIN, 2004).

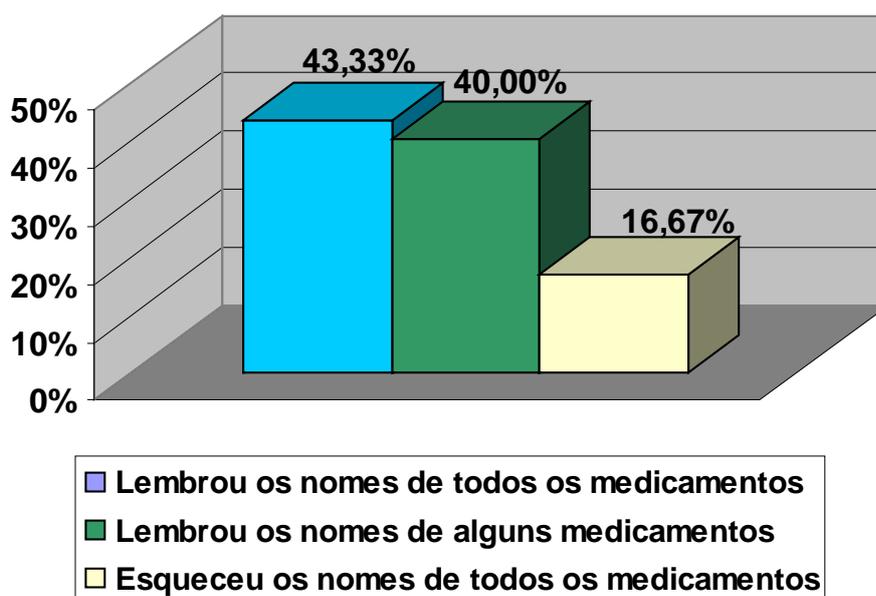


FIGURA 4 - Distribuição percentual da população de estudo segundo a lembrança dos nomes dos medicamentos utilizados, em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.

Com relação à lembrança dos nomes dos medicamentos utilizados, a maioria dos nefropatas crônicos estudados, 13 (43,33%), lembrou; enquanto 12 (40,0%) recordaram os nomes de apenas alguns fármacos. É importante mencionar que 05 (16,67%) pacientes estudados esqueceram os nomes de todos os medicamentos utilizados (FIG. 4).

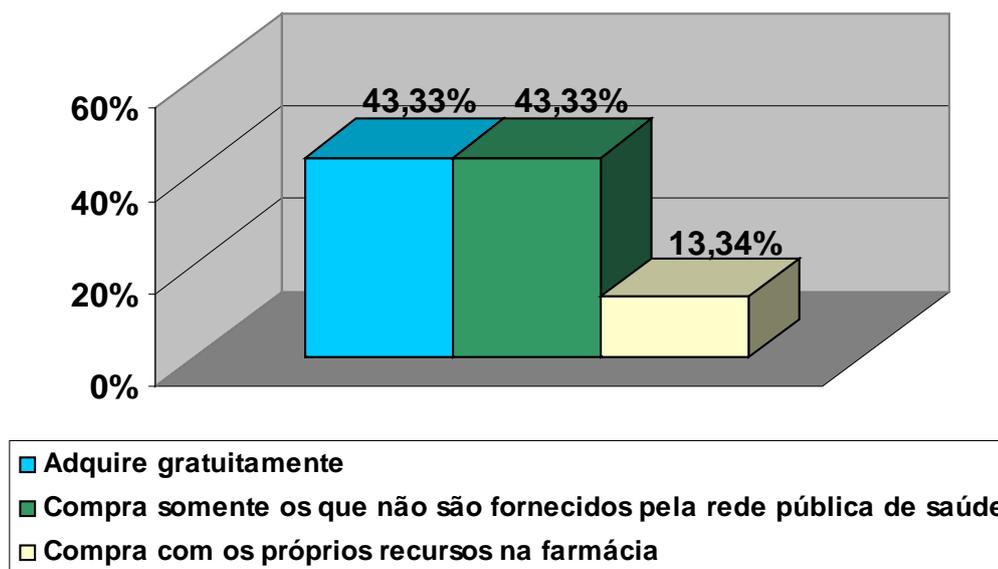


FIGURA 5 - Distribuição percentual da população estudada de acordo com o método de aquisição dos medicamentos utilizados, em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.

Os dados da FIG. 5 mostram que 13 (43,33%) respondentes adquirem os medicamentos gratuitamente nos serviços de saúde, e a mesma proporção (43,33%) compra alguns medicamentos que não são encontrados na rede pública. Observou-se também que 04 (13,34%) pacientes compram esses fármacos com os próprios recursos na farmácia.

Em uma pesquisa sobre consumo de serviços de saúde em população adscrita ao Programa de Saúde da Família (PSF) no município de São Paulo, os dados preliminares do distrito de Pirituba, sobre o consumo de medicamentos, chegaram ao número de que 58% da população compra medicamentos com recursos próprios. As pessoas compram esses medicamentos de uso contínuo e gastam R\$ 60,00 por mês, quando a renda média dessas pessoas é de R\$ 240,00. Exatamente um quarto do salário é gasto em remédio (ELIAS; RECH, 2006).

Teixeira (1998) encontrou, em seu trabalho realizado em um ambulatório do Hospital de Messejana, município de Fortaleza-CE, que a maior parte (65,8%) dos medicamentos prescritos não foi dispensada no hospital, e destes, 22,3% não foram adquiridos em outro lugar; portanto 14,7% dos medicamentos prescritos não foram adquiridos pelos pacientes estudados.

Vale ressaltar que essa dificuldade da população em adquirir os medicamentos prescritos pelos médicos, e muitas vezes ter que dispor parte de seu

salário para a compra dos fármacos, leva a uma não adesão ao tratamento farmacológico, sendo que dentro do espírito da Constituição Brasileira do Sistema Único de Saúde, os medicamentos essenciais deveriam ser garantidos para todos (GUERRA, 2006).

Para o autor citado acima, deve-se garantir o acesso aos medicamentos essenciais, pois, se a população não tiver este acesso, todas as outras ações tornar-se-ão sem sentido. Acrescente-se, aqui, que o médico da rede pública só vai ter a prática de prescrever estes medicamentos recomendados, se eles estiverem de fato disponíveis na prateleira da Unidade básica de Saúde.

Segundo Martins e Abrahão (2006), muitos dos medicamentos essenciais, segundo a versão revisada da Relação Nacional de Medicamentos (Rename), para o uso ambulatorial, não existem nas Unidades Básicas de Saúde do Brasil, e uma outra constatação importante é que as listas municipais e estaduais de medicamentos, de forma geral, são mais reduzidas do que a da Rename. Para tanto, a Rename deve estar realmente articulada com os protocolos de atendimento baseados nas melhores evidências disponíveis.

Essa relação de medicamentos é caracterizada por uma lista nacional de referência composta pelos fármacos considerados básicos e indispensáveis, para atender ao mais amplo espectro de doenças. A portaria de 30 de outubro de 1998 definiu a Política Nacional de Medicamentos e tornou a Rename uma das suas prioridades. Esta portaria diz que o processo de atualização da Rename deve ser contínuo e ajustado às doenças mais comuns da população, definidas segundo prévio critério epidemiológico, e não incluir somente medicamentos ambulatoriais, mas também medicamentos de uso hospitalar (MARTINS, ABRAHÃO, 2006).

Os mesmos autores colocam que existe uma versão da Rename, de 2000, que foi revista parcialmente em 2002. A comissão apenas avaliou as solicitações feitas e essa revisão resultou em uma lista de 327 fármacos, em 520 apresentações, além de 45 correlatos e imunoterápicos.

Apesar de muitos medicamentos essenciais não serem distribuídos na rede pública ou estarem em falta no momento que a população se dirige ao serviço para retirá-los, é importante mencionar que, na assistência à saúde, em média, 20% dos gastos se dão com medicamentos, embora isto, por si só, não garanta a eficácia social do dispêndio. Por vezes, os programas existentes fornecem uma cesta básica

única que nada tem a ver com o consumo e, tampouco, com a prescrição (GUERRA, 2006).

O ano de 2003 teve seu orçamento elaborado em 2002, portanto, no governo anterior. O Brasil saiu de um gasto de R\$ 2 bilhões do Ministério da Saúde com medicamentos para um patamar de quase R\$ 4 bilhões, não computados os gastos dos estados e dos municípios. Isso significa uma evolução ao longo dos anos comparativamente ao ano de 2002, de 44% no ano de 2004 e de 71% no ano de 2005 (ELIAS; RECH, 2006).

Ainda para esses autores, um programa de suprimento de medicamentos, envolvendo os programas de hipertensão e diabetes, saúde da mulher, planejamento familiar, antitabagismo, controle da asma leve e moderada, doenças sexualmente transmissíveis e saúde mental, resultaram num aporte de recursos de aproximadamente R\$ 640 milhões para atenção básica, na área de medicamentos. Essa é uma política estruturada que garante efetivamente a ampliação do acesso das pessoas aos medicamentos considerados essenciais.

A dificuldade da população ao acesso dos medicamentos necessários à manutenção da vida pode interferir na qualidade de vida, pois os pacientes esperam ter uma garantia do acesso gratuito aos fármacos, e que nem sempre estão disponíveis nos serviços de saúde. Essa situação os deixa bastante ansiosos e interfere em seu bem-estar, influenciando a maneira como percebem sua qualidade de vida (SILVA *et al.*, 2002a).

Aliado a esse acesso aos medicamentos, Carvalho e Dolci (2006) colocam que, também deve-se priorizar as ações pedagógicas, direcionadas à população usuária, sobre a utilização correta do medicamento, o uso racional, a inconveniência da automedicação, a interrupção indevida do remédio prescrito, dentre outras ações. Atividades de caráter preventivo, objetivando a promoção e a proteção da saúde, são imperativas. A isso se soma uma adequada política de medicamento.

Há necessidade também de garantia e ampliação do acesso, mas de um acesso qualificado, de atenção à saúde das pessoas, onde se incluiu o uso racional de medicamentos (ELIAS; RECH, 2006).

Ao médico, cabe importante contribuição, receitando com segurança, após competente determinação de diagnóstico, orientando devidamente o paciente e, aliando-se à qualidade da medicação prescrita o menor custo possível.

Desconsiderar a qualidade de medicamentos ofertados é impensável; deve-se, portanto, aliar a qualidade a preço acessível (CARVALHO; DOLCI, 2006).

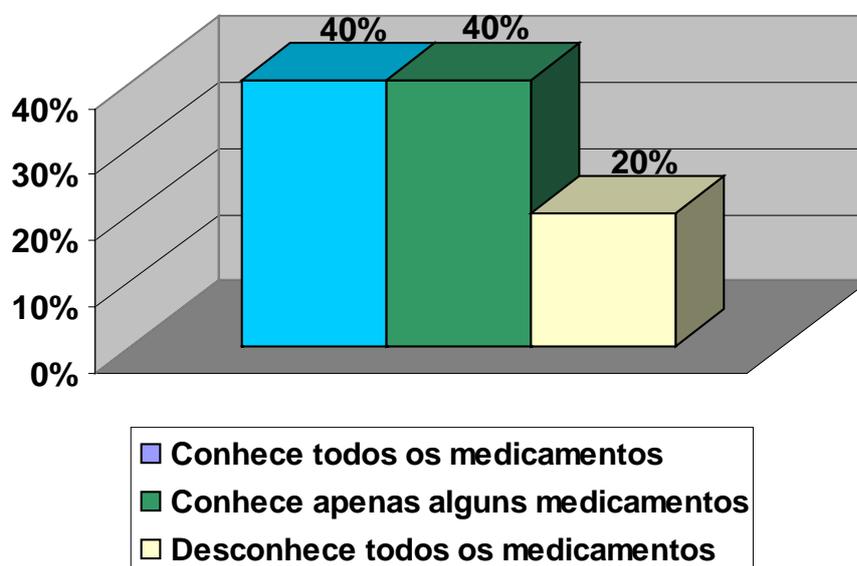


FIGURA 6 - Distribuição percentual da população de estudo quanto ao conhecimento da utilização dos medicamentos (indicação), em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.

Quanto ao conhecimento da utilização dos medicamentos (indicação), observou-se que 12 (40,0%) respondentes conhecem todos os fármacos utilizados e a mesma proporção, 12 (40,0%), conhecem apenas alguns. É importante ressaltar que 06 (20,0%) pacientes desconhecem a razão principal do uso de todos os medicamentos utilizados (FIG. 6).

Talvez um dos fatores que podem interferir neste processo, segundo Lima, Alves e Lima (2001), é o baixo grau de escolaridade para a dificuldade de compreensão das orientações oferecidas pela equipe de saúde. No presente estudo, 16,67% dos pacientes são analfabetos e 46,67% têm o primeiro grau incompleto, (TAB. 1). O conhecimento dos hemodialisados sobre a doença e autocuidado é muito pobre. É importante lembrar que, na hemodiálise, tudo já está pronto para eles, não há preocupação com o esclarecimento, por isso a orientação deve ser adequada em nível de instrução, estado físico e emocional de cada um, para que tenham uma melhor adesão ao tratamento e menor risco de apresentarem complicações futuras e agravos à saúde.

Ao aplicar o Teste Qui-quadrado (χ^2) entre as variáveis “conhecimento da utilização dos medicamentos” e “lembrança dos nomes dos medicamentos utilizados”, com o nível de significância de 5%, pode-se observar que não existe correlação entre essas variáveis ($p=0,816$).

Um dado surpreendente encontrado no presente estudo com relação ao uso diário dos medicamentos prescritos pelo médico, é que todos os 30 (100,0%) pacientes submetidos à hemodiálise informaram tomá-los diariamente. Esse achado não foi confirmado com a literatura, uma vez que grande parte da população hipertensa ou com AIDS não possui adesão ao tratamento farmacológico.

Estudo realizado junto ao Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS e à Unidade Leito-Dia em AIDS do HC-UNICAMP mostrou que 34,42% da população estudada fazia uso inadequado da medicação (FIGUEIREDO *et al.*, 2001).

Segundo Simonetti, Batista e Carvalho (2002), cerca de 50% dos pacientes hipertensos desconhecem sua condição. Dos que sabem, 50% não se tratam, e destes, 50% não tem sua pressão sob controle. Portanto, apenas 10% dos hipertensos são tratados efetivamente. Dessa forma, esses dados sugerem que parte desses pacientes hipertensos podem vir a desenvolver a IRC futuramente devido ao não tratamento da doença.

Outro trabalho realizado com pacientes hipertensos do município de Fortaleza-CE, mostrou que a taxa de adesão ao tratamento farmacológico, pelo método de entrevista, foi de 62,1% (TEIXEIRA, 1998). Rahman e Griffin (2004) encontraram em seu estudo, realizado no Hospital Universitário de Cleveland, que os portadores de hipertensão arterial relataram boa adesão ao tratamento farmacológico antihipertensivo.

Faé *et al.* (2006) relatam que 30 a 50% dos hipertensos, em tratamento, interrompem a terapia no primeiro ano, principalmente quando são assintomáticos, do sexo masculino, analfabetos e com idade menor que 40 anos. Estima-se que depois de cinco anos de controle, 75% dos hipertensos abandonam o tratamento. Já Degli *et al.* (2002) colocam que dos pacientes italianos com diagnóstico recente de hipertensão, apenas 57,9% permanecem em tratamento em um período de três anos, 34,5% interrompem, e 7,6% reiniciam o tratamento no terceiro ano.

Uma pesquisa de coorte incluindo 79.591 indivíduos, seguidos por quatro anos, realizado no Canadá, mostrou que a adesão ao tratamento anti-hipertensivo diminuiu nos primeiros seis meses e persistiu caindo durante o seguimento. Entre pacientes com diagnóstico recente de hipertensão, apenas 78% mantiveram-se em tratamento ao final do primeiro ano, comparativamente a 97% dos pacientes com hipertensão estabelecida (CARO, 1999).

Cabe lembrar que a magnitude da adesão ao tratamento pode ser estimada por meio de cinco indicadores: de condições de saúde (redução da pressão arterial ou hospitalização), diretos (dosagens de marcadores urinários ou plasmáticos, níveis séricos), indiretos (contagens de pílulas, número de dispensações farmacêuticas), subjetivos (relato do paciente ou familiar) e utilização dos serviços de saúde (comparecimento ao serviço, freqüência, consultas para prevenção) (FUCHS; CASTRO; FUCHS, 2004).

Existem vários fatores que facilitam e dificultam a adesão dos pacientes ao tratamento farmacológico e que serão descritos a seguir.

Conforme Simonetti, Batista e Carvalho (2002), para aumentar a adesão às condutas preconizadas pelo tratamento, o paciente e seus familiares devem receber orientações sobre a doença. Outras medidas que também podem aumentar a adesão ao tratamento são: simplificação dos regimes terapêuticos; informações escritas sobre dose, efeitos colaterais; envolvimento de equipe multidisciplinar; registros da ingestão de drogas; envolvimento familiar no auxílio da administração da medicação e das medidas dietéticas.

Estudo realizado em um Serviço de Assistência Especializada para HIV/AIDS de um hospital geral de ensino, do interior paulista, apontou como os principais facilitadores a terapêutica medicamentosa, segundo o relato dos entrevistados, os horários iguais da ingestão dos comprimidos (26,2%), nenhum facilitador (16,4%), hábitos ou rotinas diárias (16,0%), diminuição ou ausência dos sinais da doença (14,0%), número reduzido de comprimidos (12,2%), auxílio psicológico de familiares ou cuidadores (6,5%), redução ou ausência de efeitos colaterais (4,5%), características dos comprimidos (4,2%) (GIR; VAICHULONIS; OLIVEIRA, 2005).

Outros facilitadores foram citados pelos hipertensos estudados na pesquisa de Castro e Car (1999), onde 70,6% dos doentes do ambulatório e 88,2% da unidade de internação consideraram ser importante o apoio familiar para o seguimento do tratamento. Evidenciaram também que receber os medicamentos do serviço de

saúde é um fator facilitante para seguir o tratamento. Pierin, Gusmão e Carvalho (2004) acrescentam ainda que o acesso ao medicamento é premissa básica para a contribuição no sucesso do tratamento farmacológico, assim como drogas sem ou com menos efeitos indesejáveis.

Com relação aos dificultadores na adesão ao tratamento farmacológico, autores apontam que indivíduos refratários (pouco aderentes) ao tratamento tendem a ser aqueles que moram sozinhos e têm uma maior massa corpórea. Afirmam também que os indivíduos resistentes ao tratamento farmacológico referem poucos eventos positivos em suas vidas, apresentam dificuldades em lidar com os sentimentos, principalmente a raiva, tendem a ter grande distância entre os momentos de divertimentos ou distrações, apresentam uma vida social pobre, sem relações muito íntimas e emocionais, são pessoas de baixo nível socioeconômico e geralmente são de baixa escolaridade e que ocupam cargos no trabalho que não exigem estudo (NOMURA; PRUDÊNCIO; KOHLMANN JÚNIOR, 1995).

O estudo realizado com pacientes HIV-positivos atendidos no Hospital das Clínicas-UNICAMP apontou que as principais dificuldades para a ingestão dos medicamentos relatados pelos entrevistados são: efeitos colaterais (47,5%), volume de comprimidos (26,2%), horários (22,9%) e sabor (9,8%) (FIGUEIREDO *et al.*, 2001).

Pesquisa realizada também com indivíduos portadores de HIV/AIDS, internados em um hospital de ensino, do interior paulista, mostrou os seguintes dificultadores para a adesão ao tratamento: características dos comprimidos (sabor, tamanho, quantidade) (40,0%), efeitos colaterais intensos (14,4%), fatores psicológicos relacionados à terapêutica (13,7%), nenhum dificultador (11,7%), diferentes horários de medicamentos (10,8%), necessidade de jejum (4,8%) e abstinência alcoólica (3,8%) (GIR; VAICHULONIS, OLIVEIRA; 2005).

A condição financeira para comprar os medicamentos prescritos, juntamente com o desabastecimento e a falta de medicações nos ambulatórios, hospitais e serviço de atenção básica, foi referida pelos pacientes como um dificultador no seguimento do tratamento (CASTRO; CAR, 1999; TEIXEIRA, 1998).

Para Andrade *et al.* (2002), a ausência de sintomas é aspecto que contribui fortemente para a baixa adesão ao tratamento. Além disso, problemas com o regime terapêutico, tais como efeitos adversos, orientações insuficientes para entender e seguir a prescrição, assim como falta de informações sobre a necessidade de

tratamento continuado, relação profissional-paciente precária, ou mesmo impossibilidade de arcar com o custo do tratamento são fatores que igualmente levam à baixa adesão. Pierin, Gusmão e Carvalho (2004) colocam que os esquemas terapêuticos complexos e o uso de várias drogas também tendem a dificultar o tratamento.

A grande quantidade de comprimidos ingerida por dia pelo paciente constitui um dos principais fatores responsáveis pela má adesão à terapêutica medicamentosa. Uma boa alternativa para amenizar esse importante fator impeditivo da adesão consiste na associação de duas ou mais medicações em um único comprimido, quando for possível, uma vez que a associação de mais drogas pode aumentar os efeitos colaterais ou causar supressão de uma ou ambas as medicações por competição hepática ou celular (GIR; VAICHULONIS, OLIVEIRA; 2005).

Por fim, Fuchs, Castro e Fuchs (2004) evidenciam que existem estratégias para aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento farmacológico. As intervenções que obtêm sucesso a longo prazo geralmente são complexas, combinam diferentes abordagens, exigem tempo e dedicação de uma equipe treinada e disponível, além de exigir recursos substanciais. Dentre as estratégias citam-se: simplificação do regime de doses; educação do paciente, por meio de atividades em grupos e informações escritas; estratégias motivacionais por meio de estímulos para lembrar (postais, telefonemas, folhetos), visitas mensais, aconselhamento, suporte social ou familiar; intervenções que envolvam a participação de equipes numerosas e multidisciplinares com emprego de frascos especiais para registrar o horário de abertura; além de inúmeras formas de lembranças periódicas sobre a administração de medicamentos, reforço e gratificação para alcançar os objetivos planejados no tratamento.

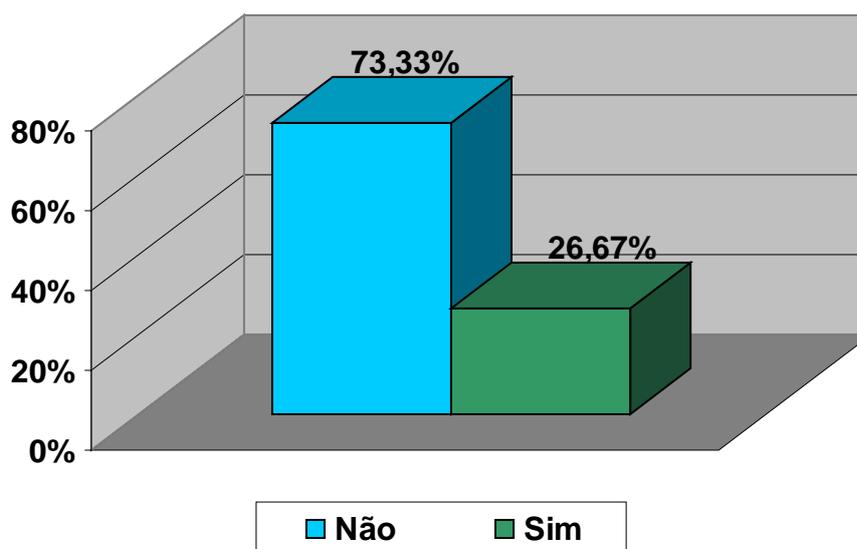


FIGURA 7 - Distribuição percentual da população de estudo quanto à necessidade de auxílio de familiares/amigos para tomar os medicamentos, em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.

Quanto à necessidade de auxílio de familiares/amigos para tomar os medicamentos, verificou-se que 22 (73,33%) pacientes não necessitam dessa ajuda para consumir os fármacos; enquanto 08 (26,67%) necessitam de ajuda (FIG. 7). Dentre esses 08 pacientes que precisam de auxílio para tomar os medicamentos, 04 (50,0%) recebem ajuda do esposo(a), 03 (37,50%) do filho(a), e apenas 01 (12,50%) recebe auxílio do irmão (irmã).

Esse resultado vai ao encontro do estudo de Figueiredo *et al.* (2001), em que, dos 61 pacientes com AIDS atendidos junto ao Hospital de Clínicas da UNICAMP, 32,8% da amostra precisava de ajuda para tomar seus remédios. Dessa forma, observa-se que os pacientes encontram-se independentes, sem necessitar de auxílio para consumir os medicamentos.

Outro trabalho que também encontrou resultados similares foi o realizado por Gir, Vaichulonis e Oliveira (2005) com portadores de HIV/AIDS, em seguimento clínico no Serviço de Assistência Especializada, e mostrou que quase a totalidade dos pacientes estudados, 97,0%, tomava a medicação sem auxílio, 1,5% tomava com auxílio do cônjuge/companheiro ou de familiares próximos, e 1,5% necessitava do auxílio de cuidadores para ingerir a medicação.

Os mesmos autores referem que a avaliação de suporte familiar e social, com incentivo dos familiares na participação do processo de tratamento, de forma a

auxiliar e apoiar o indivíduo portador de doença crônica, bem como a programação de reuniões periódicas com esses indivíduos e familiares, com o intuito de que haja partilha de informações intra e interfamiliar e discussão dos problemas comuns, sendo essas feitas com o auxílio da equipe de saúde, constituem atitudes comprovadamente fundamentais para que ocorra perfeita adesão à terapêutica medicamentosa.

Pesquisa realizada em Fortaleza-CE sobre adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial e seus determinantes, apontou que, nos participantes avaliados, a ajuda que estes recebem da família para tomar os medicamentos favorecia uma melhor adesão ao tratamento farmacológico (TEIXEIRA, 1998).

Ao aplicar o Teste Qui-quadrado (χ^2) entre as variáveis “necessidade de auxílio de familiares/amigos para tomar os medicamentos” e “lembrança dos nomes dos medicamentos utilizados”, com o nível de significância de 5%, pode-se observar que não existe correlação entre essas variáveis ($p=0,804$).

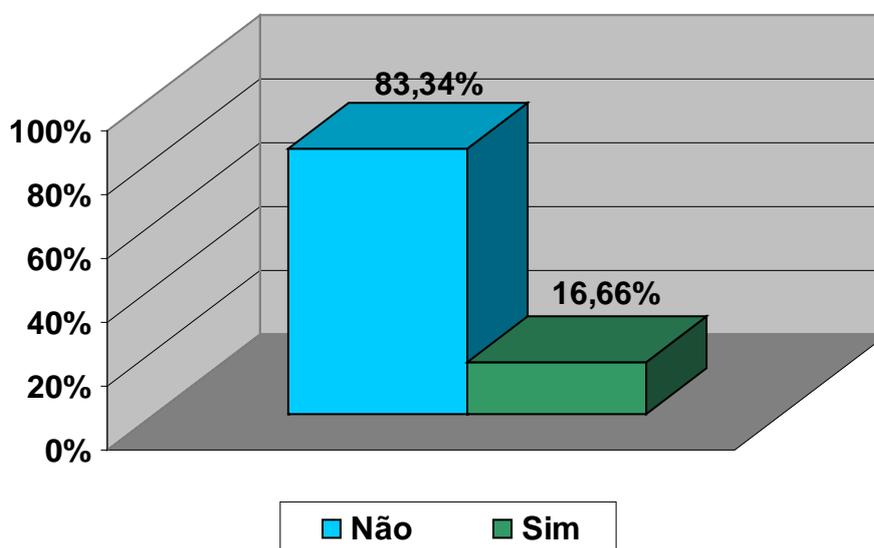


FIGURA 8 - Distribuição percentual da população estudada de acordo com a interrupção do uso dos medicamentos por conta própria, em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.

Com relação à interrupção do uso dos medicamentos por conta própria, pode-se observar que 25 (83,34%) respondentes nunca interromperam o uso dos

fármacos que utilizavam, e 5 (16,66%) já interromperam por conta própria o uso dos medicamentos (FIG. 8).

É importante ressaltar que todos os pacientes estudados responderam que tomam diariamente os medicamentos prescritos pelo médico, mas quando eles foram abordados sobre a interrupção do uso desses medicamentos por conta própria, uma pequena parte, 16,66%, já realizou essa interrupção, justificando que, devido alguns fatores relevantes e decorrentes do uso dos fármacos, eles foram direcionados a realizar essa prática. Esses fatores estão apresentados na figura a seguir.

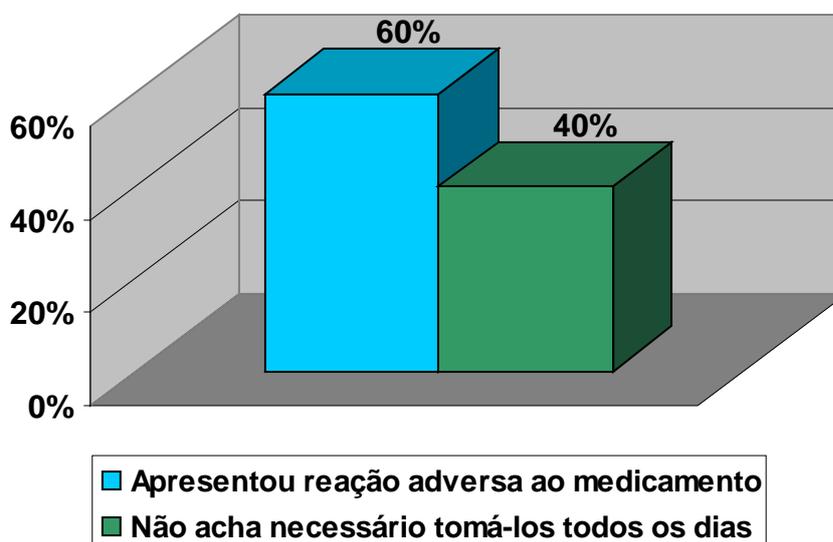


FIGURA 9 - Distribuição percentual da população que já interrompeu o uso de algum medicamento segundo os motivos que levaram a esta prática, em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.

Referente aos motivos que levaram os 5 pacientes a interromper por conta própria o uso dos medicamentos, 3 (60,0%) respondentes apresentaram reações adversas ao medicamento, e 2 (40,0%) não achavam necessário tomá-los todos os dias (FIG. 9).

Para Nomura, Prudêncio e Kohlmann Júnior (1995), o profissional, e principalmente o paciente, devem ficar atentos quanto a possíveis efeitos colaterais das drogas anti-hipertensivas, como impotência, depressão, fraqueza, etc. e que

podem piorar a qualidade de vida do paciente renal crônico e favorecer a não adesão ao tratamento.

A piora de alguns pacientes hipertensos, com o uso da medicação pode estar relacionada com os efeitos colaterais, que também podem estimular a suspensão dos medicamentos. Há autores que defendem a prescrição de medicamentos com menos efeitos colaterais, de baixo custo e comodidade posológica, para favorecer a continuidade do tratamento medicamentoso pelos hipertensos, isto é, a sua adesão (NOBRE *et al.*, 2001; BRASIL, 2004).

Gir, Vaichulonis e Oliveira (2005) relatam que a presença de efeitos colaterais intensos ou indesejáveis constitui uma problemática da terapêutica medicamentosa. Assim, faz-se necessária a intervenção efetiva junto a esses indivíduos, por parte dos profissionais de saúde comprometidos com a realidade da má adesão. Essa intervenção pode ser realizada por meio do fornecimento de informações sobre os efeitos colaterais potenciais de cada medicação prescrita e implementação de manobras para diminuir a incidência de efeitos indesejáveis, tais como orientações alimentares sobre cada fármaco, orientações sobre os horários mais apropriados para a ingestão dos remédios de acordo com o efeito colateral mais relatado e orientações sobre o uso concomitante de outras medicações que possam potencializar os efeitos adversos.

É possível inferir que a sensação de melhora inicial, a partir da redução dos sintomas clínicos com o uso da medicação, principalmente a anti-hipertensiva, referida pelos portadores de hipertensão arterial, possa ter uma conseqüência negativa, se servir de estímulo para interromper o tratamento medicamentoso, uma vez que, sentindo-se bem e com a melhoria dos sintomas, os pacientes podem acreditar estar melhores ou curados e interromper a medicação (FAÉ *et al.*, 2006). Dessa forma, cabem aos profissionais atuantes nos serviços em que esses pacientes são atendidos as orientações necessárias para a manutenção do tratamento farmacológico.

Conforme Vik *et al.* (2006), os fatores sociodemográficos, incluindo a idade, parecem ter pouca influência na adesão ao tratamento farmacológico e na interrupção do uso dos medicamentos.

Para finalizar, segundo Silveira e Ribeiro (2005), a adesão ao tratamento inclui fatores terapêuticos e educativos relacionados aos pacientes, envolvendo aspectos ligados ao reconhecimento e à aceitação de suas condições de saúde, a

uma adaptação ativa a estas condições, à identificação de fatores de risco no estilo de vida, ao cultivo de hábitos e atitudes promotores de qualidade de vida e ao desenvolvimento da consciência para o autocuidado. Nesta perspectiva de ação, atitude acolhedora do profissional respalda o paciente para novas atitudes perante o adoecimento, e o medicamento é mais um recurso terapêutico na promoção da saúde. Há também fatores ligados à instituição de saúde, cuja finalidade é promover e estimular ações que contribuam para que os indivíduos envolvidos possam caminhar em direção à eficácia e à qualidade do tratamento.

Educar o paciente sobre a sua doença e a forma de tratamento pode aumentar a aderência à terapia. Explicar o diagnóstico, dispor-se a esclarecer o paciente sobre tudo que cerca a doença e o tratamento, inclusive corrigindo conceitos errôneos sobre a patologia, e enfatizar a necessidade de tratamento contínuo mesmo que “sinta” melhora na saúde (NOMURA; PRUDÊNCIO, KOHLMANN JÚNIOR, 1995).

Neste processo educativo são atitudes positivas: determinação de metas com flexibilidade, utilização de termos curtos, a consideração do contexto social onde está inserido o paciente e a não realização de julgamentos morais. A utilização de recursos didáticos, como panfletos e guias, são de excelente ajuda, mas não substituem a atenção individual do profissional (CRESPO, 1997).

Atualmente, de acordo com Silveira e Ribeiro (2005), existem os grupos de adesão que têm evidenciado um campo potencial de terapêutica, de ensino e de aprendizagem para pacientes e profissionais de saúde. Trata-se de um ambiente de motivação para o tratamento pelo compartilhar de dificuldades e pela busca de alternativas para superá-las, de construção de vínculos, de acolhida, de respeito à diferença e de reforço da auto-estima, em que se busca estimular a pessoa a encontrar recursos para lidar com as questões do adoecer, da doença e dos seus efeitos sobre sua vida. Também é um cenário de interação de diferentes pessoas, mas homogêneo quanto à enfermidade dos pacientes, que possibilita falar, escutar, sentir, indagar, refletir e aprender a pensar para superar resistências à mudança e promover adaptação do estilo de vida à condição de saúde.

Cabe mencionar que os grupos de adesão são coordenados por dois ou mais profissionais de saúde de diferentes categorias que, pelo método dialógico, têm por objetivo facilitar a adesão dos pacientes ao tratamento. Portanto, é um trabalho que mescla apoio, aprendizagem e trocas de experiências, e os participantes do grupo

são integrantes de um processo mútuo e solidário, no qual todos ensinam e todos aprendem, caracterizando um mecanismo de interação que institui a cultura do cuidado como um caminho para a adesão ao tratamento (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

6.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS RENAIIS CRÔNICOS SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE

A qualidade de vida do renal crônico submetido à hemodiálise foi avaliada por meio do instrumento genérico de QV - *WHOQOL-bref*.

Para os cálculos dos escores médios, as facetas (questões) foram divididas de acordo com os respectivos domínios: físico (03, 04, 10, 15, 16, 17 e 18), psicológico (05, 06, 07, 11, 19 e 26), relações sociais (20, 21, e 22) e meio ambiente (08, 09, 12, 13, 14, 23, 24 e 25); além de duas questões de qualidade de vida geral (01 e 02), que foram calculadas em conjunto para gerar um único escore independente dos escores dos domínios. Todas as âncoras possuem uma pontuação de um a cinco, e, para as questões de número 03, 04 e 26, os escores são invertidos em função de 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1 (FLECK *et al.*, 2000).

Vale mencionar que os domínios são pontuados de forma independente, considerando a premissa de que QV é um construto multidimensional; dessa forma, o escore pode variar de um a cinco, sendo que quanto maior o valor, melhor é o domínio de qualidade de vida avaliado. Assim, considerou-se como referência para avaliação da QV o escore três como sendo uma qualidade de vida “nem ruim, nem boa”.

TABELA 9 - Escore Médio das facetas da Qualidade de Vida Geral do instrumento *WHOQOL-bref.*, em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.

Nº da questão	Facetas da Qualidade de vida Geral	Valor do Escore Médio
01 -	Como você avaliaria a sua <i>qualidade de vida</i> ?	3,43
02 -	Quão satisfeito(a) você está com a sua <i>saúde</i> ?	3,10
Escore Médio Geral		3,26

De acordo com os dados da TAB. 9, pode-se observar que o escore médio da “qualidade de vida geral” foi de 3,26; assim os pacientes renais crônicos avaliaram sua qualidade de vida acima do “*nem ruim, nem boa*”. Quanto à satisfação com a saúde (faceta 02), os pacientes apresentaram um escore de 3,10, sendo classificado entre o “*nem satisfeito, nem insatisfeito*” e “*satisfeito*”.

Vale ressaltar que a maneira de reagir à doença difere de pessoa para pessoa, mas todos têm necessidade de reaprender a viver, e que isto é visto como indispensável (BARBOSA; AGUILAR; BOEMER, 1999).

Silva *et al.* (2002a) colocam que o processo de aceitação da doença crônica tem diferentes momentos: primeiro, é a disposição de aprender, que exige tomar conhecimento de que não sabe; segundo, é a observação cuidadosa do que acontece ao seu redor, estar atento ao que ocorre; terceiro, inclui o respeito pela situação ou fato – a verdade; e, quarto, é o momento quando a aceitação se torna parte da própria pessoa, é a convicção de sua situação. Assumir a condição não é um processo simples, pois envolve a culpa pela situação, o medo do desconhecido, a imaturidade, e a luta para conseguir aceitar sua condição. Para algumas pessoas, a doença não é aceita mas apenas tolerada.

Dessa forma, a avaliação da qualidade de vida pelo paciente com IRC submetido à hemodiálise, conforme Schwartzmann (1998), dependerá de três categorias prioritárias: ter satisfação com sua vida em geral; capacidade mental para avaliar a sua própria vida como satisfatória ou não; um estado aceitável de saúde física, mental e emocional de acordo com as necessidades da pessoa. Esses atributos indicam a concepção de QV, ou seja, da forma como as pessoas percebem sua própria vida, ou da forma como conduzem o cotidiano. Isso então varia de pessoa para pessoa, não podendo ser generalizado para todos.

Assim, a qualidade de vida, bem como a felicidade, depende das expectativas e do plano de vida de cada indivíduo. Dessa forma, o que é uma vida de boa qualidade para uma pessoa pode não ser para outra (GAÍVA, 1998; KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2005).

TABELA 10 - Escore Médio das facetas do Domínio Físico do instrumento *WHOQOL-bref.*, em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.

Nº da questão	Facetas do Domínio Físico	Valor do Escore Médio
03 -	Em que medida você acha que sua <i>dor</i> (física) impede você de fazer o que você precisa?	3,07
04 -	O quanto você <i>precisa de</i> algum <i>tratamento médico</i> para levar sua vida diária?	1,80
10 -	Você tem <i>energia suficiente</i> para o seu dia-a-dia?	2,97
15 -	Quão bem você é <i>capaz de se locomover</i> ?	3,87
16 -	Quão satisfeito(a) você está com o seu <i>sono</i> ?	3,87
17 -	Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade de desempenhar as suas <i>atividades do seu dia-a-dia</i> ?	3,27
18 -	Quão satisfeito(a) você está com a sua <i>capacidade para o trabalho</i> ?	2,83
Escore Médio Geral do Domínio		3,10

Referente ao domínio físico, a população estudada apresentou um escore médio geral de 3,10, dessa forma, uma QV “*nem ruim, nem boa*”, na área física (TAB. 10). Vale destacar que esse domínio apresentou o menor escore médio ao ser comparado aos demais domínios e a QV geral.

Para Martins e Cesarino (2004), em razão da IRC não apenas debilitar o organismo, mas, também, provocar alterações físicas associadas ao tratamento hemodialítico, estas constituem fatores limitantes das atividades diárias e rotineiras.

O doente renal crônico sofre alterações da vida diária em virtude da necessidade de realizar o tratamento, necessitando do suporte formal de atenção à saúde, isto é, vive dependente da equipe de saúde, da máquina e do suporte informal para ter o cuidado necessário (MARTINS; CESARINO, 2005). Isso corrobora os achados neste estudo, em que o escore referente a “dependência de tratamento médico” (faceta 04) foi de 1,80, representando que os pacientes apresentam “*bastante*” dependência ao tratamento (TAB. 10).

A faceta 18 (capacidade de trabalho), também mostrou um escore inferior aos outros (2,83), assim como a faceta 10 (energia e fadiga), com um escore de 2,97 (TAB. 10). Segundo Trentini *et al.* (2004), a dependência contínua do tratamento hemodialítico interfere no trabalho e nos estudos desses pacientes, assim como a falta de energia e disposição durante o dia-a-dia decorrente dos sintomas e complicações dessa patologia.

A oportunidade de continuar a ter uma vida produtiva fica, portanto, reduzida, uma vez que os horários das sessões de hemodiálise interferem em seu trabalho e em sua capacidade de ganhar a vida. Conseqüentemente a renda familiar diminui, trazendo dificuldades econômicas, financeiras e sociais (MENDES, SHIRATORI, 2002).

Com relação à capacidade de locomoção do paciente com IRC, Martins e Cesarino (2004) colocam que um dos problemas encontrados por esses indivíduos é a parcial impossibilidade de locomoção em razão do estado clínico geral. Cabe inferir que esta afirmação não foi comprovada no presente estudo, uma vez que a faceta 15 “mobilidade” apresentou os maiores escores no domínio físico, 3,87 (TAB. 10).

TABELA 11 - Escore Médio das facetas do Domínio Psicológico do instrumento *WHOQOL-bref.*, em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.

Nº da questão	Facetas do Domínio Psicológico	Valor do Escore Médio
05 -	O quanto você <i>aproveita a vida</i> ?	2,83
06 -	Em que medida você acha que a sua <i>vida tem sentido</i> ?	3,70
07 -	O quanto você consegue se <i>concentrar</i> ?	3,63
11 -	Você é capaz de aceitar sua <i>aparência física</i> ?	4,00
19 -	Quão <i>satisfeito(a)</i> você está <i>consigo mesmo</i> ?	3,97
26 -	Com que freqüência você tem <i>sentimentos negativos</i> tais como mau humor, desespero, ansiedade e depressão?	3,37
Escore Médio Geral do Domínio		3,58

No domínio psicológico, o escore médio foi de 3,58, tendo uma classificação da qualidade de vida dos pacientes estudados entre “*nem ruim, nem boa*” e “*boa*” (TAB. 11).

A faceta que apresentou menor escore no domínio psicológico foi “sentimentos positivos – oportunidade de aproveitar a vida” (faceta 05) com um valor de 2,83 (TAB. 11). A falta de oportunidade de aproveitar a vida é explicada pelo fato do tratamento hemodialítico ser responsável por um cotidiano monótono e restrito, e as atividades desses indivíduos serem limitadas após o início do tratamento,

favorecendo o sedentarismo e a deficiência funcional, fatores que podem refletir na QV (MARTINS; CESARINO, 2005).

Conforme Cesarino e Casagrande (1998), a IRC e o tratamento hemodialítico, provoca uma sucessão de situações para o paciente renal crônico, que compromete o aspecto não só físico, como psicológico, com repercussões pessoais, familiares e sociais. Além disso, o doente renal crônico vivencia uma brusca mudança no seu viver, convive com limitações e com um pensar na morte.

Cabe destacar que o maior escore e o que influenciou a média geral do domínio psicológico foi a faceta 11 (imagem corporal e aparência), com 4,00, sendo esta faceta não influenciadora negativa da QV dos pacientes estudados (TAB. 11). Esses dados vão de encontro com a literatura, uma vez que são citadas como interferência negativa na qualidade de vida dos renais crônicos as alterações na imagem corporal (MARTINS; CESARINO, 2005).

Mendes e Shiratori (2002) relatam que os curativos realizados no cateter de duplo lúmen são geralmente grandes e visíveis quando localizados na subclávia ou jugular. A sua constante presença também acarreta um desconforto psicológico, provocado pela alteração de sua aparência. No caso da fístula, as punções repetidas, com o tempo, levam ao desenvolvimento de aneurismas, que se caracterizam pela dilatação dos vasos. Cabe ressaltar que grandes hematomas também podem acontecer devido ao erro da punção.

Outro problema causado na vida do renal crônico submetido à hemodiálise, citado por Trentini *et al.* (2004), é a alteração na auto-estima desses pacientes. Pode-se verificar que houve controvérsias em relação a essa afirmação, uma vez que a população estudada apresentou elevados escores nas seguintes facetas: 3,97 na faceta 19 “auto-estima”, e 3,70 na faceta 06 “Espiritualidade/religião/crenças pessoais - sentido da vida” (TAB. 11).

Um estudo realizado na cidade de São Paulo com o objetivo de verificar a interferência da doença crônica sobre a qualidade de vida, mostrou que 53,5% dos entrevistados mencionaram interferência da doença sobre a auto-estima. Relacionaram essa interferência à alteração do estado emocional, caracterizado por tristeza, desânimo, falta de vontade, desmotivação, nervosismo, aborrecimento, perda de prazer, insegurança, sensação de inutilidade e insatisfação com a auto-imagem (MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996).

TABELA 12 - Escore Médio das facetas do Domínio Relações Sociais do instrumento *WHOQOL-bref.*, em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.

Nº da questão	Facetas do Domínio Relações Sociais	Valor do Escore Médio
20 -	Quão satisfeito(a) você está com suas <i>relações pessoais</i> (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	4,57
21 -	Quão satisfeito(a) você está com sua <i>vida sexual</i> ?	3,83
22 -	Quão satisfeito(a) você está com o <i>apoio</i> que você recebe de seus amigos?	4,17
Escore Médio Geral do Domínio		4,19

Segundo os dados da TAB. 12, o escore médio geral do domínio relações sociais foi de 4,19, apresentando dessa forma, uma qualidade de vida entre “boa” e “muito boa” no quesito relações sociais. Entre todos os domínios do instrumento WHOQOL-bref e da QV geral, esse domínio foi o que apresentou maior escore médio.

A faceta 20 (relações pessoais) foi a que apresentou maior escore médio (4,57) no domínio relações sociais e nas demais facetas do instrumento WHOQOL-bref (TAB. 12). Esse achado não foi semelhante ao encontrado na literatura, uma vez que autores apontam que o tratamento hemodialítico acarreta ao paciente o isolamento social, assim como o afastamento dos amigos e familiares (MARTINS; CESARINO, 2004).

Para Silva *et al.* (2005), as relações familiares e de amigos são consideradas como influenciadora da qualidade de vida das pessoas, uma vez que poder contar com a compreensão e o respeito à suas limitações ajudará na conquista de uma vida harmônica. Assim, a convivência harmônica em família e com amigos, a possibilidade de trocarem informações, de se conhecerem cada vez mais, é de fundamental importância para a avaliação da qualidade de vida do paciente renal crônico. A população estudada mostrou-se satisfeita com o apoio que recebe de amigos, o que é demonstrado na faceta 22 (suporte e apoio social) com um escore médio de 4,17 (TAB. 12).

A família e os amigos desempenham papel importante na vida do renal crônico, seja acompanhando o paciente às sessões de hemodiálise, seja realizando a troca das bolsas de diálise no domicílio. É por essa razão que a existência de um indivíduo com IRC na família interfere tanto em sua dinâmica (GOMES, 1997).

Ademais, Gomes (1997), considera que a forma como as pessoas reagirão frente aos seus problemas e os mecanismos dos quais se utilizarão para enfrentá-los, estão relacionados às suas crenças e valores e ao apoio que recebem de seus entes queridos e amigos.

Ainda segundo Martins e Cesarino (2004), outro problema decorrente do tratamento hemodialítico na vida dos renais crônicos é a disfunção sexual. No presente estudo, o escore médio referente a faceta 21 (atividade sexual) foi de 3,83, ou seja, os pacientes classificaram sua vida sexual entre “*nem satisfeito, nem insatisfeito*” e “*satisfeito*”, sendo este o menor escore no domínio relações sociais (TAB. 12). Vale mencionar que a maior parte da população estudada, 56,66%, tinha mais de 50 anos (TAB. 1), e mesmo os que não estejam em atividade sexual ativa, podem considerar essa situação como satisfatória, sem que haja interferência em seu estado psicológico e em sua qualidade de vida.

TABELA 13 - Escore Médio das facetas do Domínio Meio Ambiente do instrumento *WHOQOL-bref.*, em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.

Nº da questão	Facetas do Domínio Meio Ambiente	Valor do Escore Médio
08 -	Quão <i>seguro(a)</i> você se sente em sua vida diária?	3,67
09 -	Quão saudável é o seu <i>ambiente físico</i> (clima, barulho, poluição, atrativos)?	3,70
12 -	Você tem <i>dinheiro suficiente</i> para satisfazer suas necessidades?	2,43
13 -	Quão disponível para você estão as <i>informações</i> que precisa no seu dia-a-dia?	3,90
14 -	Em que medida você tem <i>oportunidade de atividade de lazer</i> ?	2,93
23 -	Quão satisfeito(a) você está com as <i>condições do local onde mora</i> ?	4,10
24 -	Quão satisfeito(a) você está com o seu <i>acesso aos serviços de saúde</i> ?	4,07
25 -	Quão satisfeito(a) você está com o seu <i>meio de transporte</i> ?	3,50
Escore Médio Geral do Domínio		3,54

O escore médio do domínio meio ambiente foi de 3,54, apresentando os pacientes renais crônicos uma qualidade de vida entre “*nem ruim, nem boa*” e “*boa*” (TAB. 13).

O menor escore encontrado no domínio meio ambiente foi a faceta 12 “recursos financeiros”, 2,43 (TAB. 13). Esse achado é confirmado por Martins e Cesarino (2004) e Trentini *et al.* (2004), ao colocarem que o paciente com IRC em tratamento hemodialítico se depara com a perda de emprego, diminuição na renda familiar e, conseqüentemente, dependência da previdência social. Outro fator é que esses pacientes necessitam empregar parte do seu dinheiro em gastos com medicamentos que nem sempre são distribuídos na rede pública, diminuindo assim, os recursos financeiros para atividades de lazer.

Em estudo acerca da qualidade de vida de pacientes em hemodiálise constatou que, para 63% dos pacientes acompanhados, a rotina de HD ocupa todo o tempo, limitando atividades significativas (GOMES, 1997). Martins e Cesarino (2004) colocam que esses pacientes ficam impossibilitados de realizar passeios e viagens prolongadas em razão da periodicidade das sessões de HD, diminuindo a atividade física (prática de esportes) e atividades sociais. A faceta 14, referente à “participação e oportunidade de recreação e lazer”, mostrou-se baixa (2,93), ao ser comparada com as demais facetas do domínio meio ambiente (TAB. 13). Dessa forma, esse resultado vai ao encontro da literatura, apontando que os indivíduos com IRC têm limitações em suas atividades de lazer.

A faceta 23 “ambiente no lar” apresentou o maior escore nesse domínio, 4,10 (TAB. 13). Cabe inferir que a maior parte da população estudada tinha casa própria, 83,33% (TAB. 1). Assim, esses pacientes não têm a preocupação de gastos com aluguel, além de estarem satisfeitos com o local em que residem.

Vale mencionar que a satisfação dos pacientes com o acesso aos serviços de saúde (faceta 24) e a disponibilidade de informações necessárias no dia-a-dia (faceta 13), apresentaram valores elevados, 4,07 e 3,90, respectivamente (TAB. 13).

Sem dúvida é importante destacar o papel que o profissional de saúde pode desempenhar junto a essa clientela, seja na orientação, na avaliação e no acompanhamento efetivo, além do fornecimento de informações necessárias para a continuidade do tratamento. Há também a necessidade de buscar medidas educativas que conduzam às mudanças no estilo de vida dessas pessoas para que haja um maior controle dos fatores de risco e da evolução da doença (SOUZA; CINTRA; GALLANI, 2005).

Crespo (1997) considera a atenção individualizada a grande aliada da satisfação ao tratamento e ao atendimento do serviço, e a relação profissional-

paciente a sua ferramenta mais importante para sua efetivação. Comenta também que a confiança é o elemento chave dessa relação, e para que ela ocorra é necessário o estabelecimento de empatia, de credibilidade no profissional junto ao grupo, do respeito à privacidade e, principalmente, de confiança nas informações e nos comportamentos do paciente.

Diante o exposto acima, o profissional pode proporcionar aos pacientes renais crônicos meios necessários para que esses desenvolvam mecanismos para enfrentar a IRC, com vistas a melhorar a sua condição de vida (SEGUÍ *et al.*, 2003). Essa atitude pode fazer com que os pacientes tenham confiança no tratamento hemodialítico, no serviço de saúde em que são atendidos e principalmente na assistência prestada pelos profissionais.

Vários estudos, brasileiros e internacionais, utilizando o instrumento genérico *WHOQOL-bref*, *WHOQOL-100*, assim como outros instrumentos de avaliação de QV, foram realizados com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise.

Em estudo realizado com 73 pacientes submetidos à hemodiálise e com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de um grupo de pacientes em hemodiálise, mostrou que 48,15% da amostra considerou sua qualidade de vida como “boa”, e 37,0% avaliaram a sua saúde como “*nem satisfeita, nem insatisfeita*” e 35,0% avaliaram como “*satisfeita*”. Com relação aos domínios do *WHOQOL-bref*, a população estudada avaliou sua qualidade de vida como “nem insatisfeito, nem satisfeito” os domínios físico e meio ambiente, enquanto os domínios psicológico e relações sociais foram avaliados como “satisfeitos”. (SAUPE; BROCA, 2004). No presente trabalho, a população estudada avaliou sua qualidade de vida como “*nem satisfeita, nem insatisfeita*” os domínios físico (escore - 3,10), psicológico (escore – 3,58) e meio ambiente (escore – 3,54), e como “*satisfeita*” o domínio relações sociais (escore – 4,19) (TAB. 10 a 13) .

Em contradição a esse resultado, pesquisa realizada em clínicas de diálise das cidades de Taipei e Keelung (Taiwan), com pacientes em tratamento hemodialítico, utilizando o *WHOQOL-bref*, concluíram que a hemodiálise tem um grande impacto negativo na qualidade de vida em vários graus, especialmente em pacientes com severas doenças associadas com presença de sintomas. Também

concluíram que o *WHOQOL-bref* é válido para avaliar a qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise (YANG *et al.*, 2005).

Li *et al.* (2004) realizaram um trabalho com 431 pacientes com doença crônica (90 portadores de IRC em tratamento hemodialítico) e o objetivo de avaliar as propriedades psicométricas de qualidade de vida por meio do instrumento *WHOQOL-100* em pacientes com doença crônica, incluindo portadores de IRC, mostrou que, os escores dos domínios da qualidade de vida da população estudada alterou com o passar do tempo, ou seja, houve mudanças negativas na qualidade de vida desses pacientes com o decorrer do estudo.

Vale mencionar que não foi possível a comparação dos resultados do presente estudo com a população brasileira geral, uma vez que não existem dados de qualidade de vida da população brasileira analisada pelo instrumento *WHOQOL-bref*. Apenas encontrou-se trabalho internacional que comparou a QV de pacientes em hemodiálise com a população geral, utilizando esse instrumento.

O trabalho citado acima foi realizado em clínicas de diálise das cidades de Taipei e Keelung (Taiwan), onde se verificou que, comparando a amostra de pacientes submetidos à hemodiálise com a população geral, todos os escores dos 4 domínios de QV, exceto algumas facetas do domínio “meio ambiente”, foram significativamente menores nos pacientes submetidos à hemodiálise, mostrando, dessa forma, que a HD interferiu na QV desses pacientes (YANG *et al.*, 2005).

Outra pesquisa também realizou essa comparação, mas utilizou o instrumento de qualidade de vida “SF-36”. Esse estudo, prospectivo e multicêntrico, realizado na Itália em uma população de pacientes com IRC em tratamento dialítico, mostrou que os escores dos pacientes em diálise foram menores que os da população geral, principalmente nos domínio físico e QV geral (MINGARDI *et al.*, 1999).

Dessa forma, pode-se observar que, mesmo que a hemodiálise não interfira totalmente na qualidade de vida dos renais crônicos em tratamento hemodialítico, ao se comparar esses pacientes com a população geral, verifica-se uma diminuição na qualidade de vida do portador de IRC decorrente do tratamento de terapia renal substitutiva.

Vários estudos foram realizados com o intuito de avaliar a qualidade de vida dos renais crônicos submetidos à hemodiálise, mas que utilizaram outros instrumentos de avaliação de QV. Alguns trabalhos encontraram que a população estudada definiu sua qualidade de vida como “boa” (REIS; GLASHAN, 2001); outros

pacientes avaliados se mostraram “*satisfeitos*” com sua qualidade de vida (SILVA *et al.*, 2002a); e por fim, trabalho realizado em Mendoza, mostrou que 68,18% da amostra percebeu sua qualidade de vida como pouco afetada com o tratamento hemodialítico (MACHADO *et al.*, 2004).

Em contradição a esses resultados, outra pesquisa demonstrou clara redução da qualidade de vida de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico (CASTRO *et al.*, 2003); e estudo realizado em um hospital escola no ano de 2000 revelou que 30,2% dos pacientes estudados classificaram sua qualidade de vida como “*ruim*”; 41,5% a classificaram como “*regular*”, 26,4% como “*boa*” e 1,9% como “*muito boa*” (RAMÍREZ *et al.*, 2002).

Os dados referentes aos cruzamentos das variáveis (“faixa etária”, “gênero”, “tempo de IRC”, “tempo de HD”, “estado civil”, “escolaridade”, “renda familiar”, “profissão (ocupação)”, “tipo de moradia”, “prática dentro da religião”, “município onde reside”, “interferência da HD nas atividades profissionais”, “interferência da HD nas atividades lazer/recreação”, “número de pessoas que residem com o paciente”, “quantidade de medicamentos utilizados diariamente” e “método de aquisição dos medicamentos”) com a QV geral e os quatro domínios do instrumento *WHOQOL-bref* estão elucidados na TAB. 14.

Para a realização desses cruzamentos utilizou-se o Teste Qui-quadrado (χ^2), com o nível de significância de 5%, ou seja, considerou-se que existe correlação significativa entre as variáveis quando o p-valor for inferior a 0,05.

TABELA 14 - Aplicação do Teste Qui-quadrado (χ^2) nos cruzamentos das variáveis com os domínios e QV geral do *WHOQOL-bref* e apresentação do p-valor, Alfenas, 2006.

Variáveis	Valores do p-valor nos cruzamentos das variáveis com a QV geral e os domínios do <i>WHOQOL-bref</i> *				
	QV geral	Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio ambiente
Faixa etária	0,392	0,175	0,134	0,931	0,162
Gênero	0,657	0,114	0,212	0,061	0,084
Tempo de IRC	0,051	0,123	0,144	0,111	0,434
Tempo de HD	0,177	0,128	0,094	0,323	0,097
Estado civil	0,075	0,237	0,239	0,185	0,448
Escolaridade	0,246	0,112	0,422	0,118	0,053
Renda familiar	0,903	0,126	0,065	0,323	0,479
Profissão (ocupação)	0,234	0,102	0,091	0,330	0,223
Tipo de moradia	0,474	0,261	0,084	0,404	0,133
Prática dentro da religião	0,681	0,120	0,158	0,292	0,086
Município onde reside	0,377	0,269	0,196	0,147	0,188
Interferência da HD nas atividades profissionais	0,596	0,086	0,200	0,248	0,197
Interferência da HD nas atividades lazer/recreação	0,400	0,070	0,170	0,078	0,341
Número de pessoas que residem com o paciente	0,873	0,189	0,157	0,323	0,061
Quantidade de medicamentos utilizados diariamente	0,184	0,061	0,285	0,483	0,308
Método de aquisição dos medicamentos	0,390	0,161	0,136	0,060	0,053

* Aplicação do Teste Qui-quadrado (χ^2).

** Existe correlação entre a variável com o respectivo domínio do *WHOQOL-bref* ($p < 0,05$).

Pode-se observar que, todas as variáveis que foram submetidas aos cruzamentos com a QV geral e os domínios do instrumento *WHOQOL-bref* tiveram o p-valor acima de 0,05 (TAB. 14). Dessa forma, constatou-se que as variáveis estudadas não apresentaram correlação significativa com a QV geral e os quatro domínios do *WHOQOL-bref*, ou seja, essas variáveis não interferiram na qualidade de vida dos pacientes estudados.

Alguns estudos encontraram resultados semelhantes aos dados da presente pesquisa. Martins e Cesarino (2005) verificaram que não houve diferença estatisticamente significativa em relação aos componentes do questionário SF-36 de QV e o gênero. Machado *et al.* (2004) encontraram que não houve diferença significativa entre o gênero, a idade e o tempo de hemodiálise com a qualidade de vida. Enquanto Yang *et al.* (2005) verificaram que as variáveis idade, gênero, nível educacional e estado civil não associaram significativamente com os domínios de qualidade de vida do WHOQOL-bref.

Outros trabalhos mostraram resultados contraditórios a esses, ou seja, apontaram algumas variáveis que correlacionam negativamente com a qualidade de vida do renal crônico submetido à hemodiálise. Dentre essas variáveis que interferem negativamente na QV desses pacientes citam-se: idade (CASTRO *et al.*, 2003; MINGARDI *et al.*, 1999; NIU; LI, 2005; TRENTINI *et al.*, 2004); estado civil (MINGARDI *et al.*, 1999); atividade profissional (MINGARDI *et al.*, 1999); comorbidades e outras doenças (YANG *et al.*, 2005); tempo de IRC (CASTRO *et al.*, 2003) e tempo de HD (BAIARDI *et al.*, 2002; CASTRO *et al.*, 2003; MARTINS; CESARINO, 2005; YANG *et al.*, 2005).

Com relação a idade (faixa etária) e a interferência na qualidade de vida dos renais crônicos em tratamento hemodialítico, Castro *et al.* (2003) colocam que, com o avançar da idade, maior é o comprometimento nas atividades físicas e funcionais dos pacientes. Já Trentini *et al.* (2004) apontam que, devido à exigência de sessões repetidas de HD, as pessoas jovens são as mais comprometidas, uma vez que são indivíduos na fase produtiva e de compromissos sociais, alguns envolvidos na sua formação profissional e outros no trabalho.

De acordo com o tempo em tratamento hemodialítico, encontrou-se na literatura dados referindo que pacientes com maior tempo de HD apresentam progressivo comprometimento das relações familiares e sociais, ou seja, os

pacientes com mais tempo de HD, mais baixos são os valores dos escores de qualidade de vida (CASTRO *et al.*, 2003; MARTINS; CESARINO, 2005).

Ainda referente ao tempo de HD, Baiardi *et al.* (2002) destacam que esses pacientes apresentam mais resignação à doença. Yang *et al.* (2005) afirmam que, com o passar dos anos em tratamento hemodialítico, o paciente se sente pior com relação à vida sexual.

Esses dados vão de encontro aos revelados no estudo de Gomes (1997), que identificou que a “variável tempo de hemodiálise” era um importante fator, destacando que, quanto maior o tempo, mais a hemodiálise se torna “suportável” e até “natural” e que as pessoas com menos tempo de hemodiálise demonstram maior irritação, raiva, frustração e desconforto e um desejo de se acostumar com a hemodiálise de modo a acabar com essa angústia.

Segundo autores, a variável escolaridade (nível educacional) correlaciona-se positivamente com a qualidade de vida, sugerindo que os pacientes com mais anos de estudo podem possuir recursos intelectuais capazes de gerar melhor adaptação emocional às conseqüências da doença renal crônica e do tratamento. Dessa forma, quanto maior o grau de escolaridade, melhor a qualidade de vida desses renais crônicos (CASTRO *et al.*, 2003; MARTINS; CESARINO, 2005).

6.5 TESTES DE CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO DE QUALIDADE DE VIDA

Para a avaliação da confiabilidade do instrumento genérico de qualidade de vida – *WHOQOL-bref* – utilizou-se a “Reprodutibilidade” e a “Consistência Interna”.

Reprodutibilidade

A reprodutibilidade avalia de forma mais direta se o instrumento produz os mesmos resultados em repetidas aplicações, desde que o respondente mantenha as condições da primeira mensuração (FLECK *et al.*, 2000).

Neste estudo, a forma adotada para se avaliar a reprodutibilidade foi por meio do “Teste-Retest”, cujo foco é a estabilidade da medida ao longo do tempo. Essa característica é verificada pelo grau de concordância entre os escores obtidos na

primeira avaliação (Teste) e na avaliação subsequente (Reteste). Quanto maior a concordância entre eles, maior a confiabilidade da medida e da coleta (ZANEI, 2006).

Para a realização do “Teste-Reteste”, com o objetivo de justificar estatisticamente que as duas avaliações não possuem diferenças significativas a partir das respostas obtidas em cada um, utilizaram-se o Teste t de Student, com o nível de significância de 5%, a Correlação de Pearson e o Teste de Wilcoxon, também com o nível de significância de 5%. Realizou-se a comparação levando em consideração apenas os escores de cada domínio e da QV geral. Dessa forma, para cada instrumento elaborou-se uma coluna formada por 5 valores.

TABELA 15 - Comparações dos valores do Escore Médio de cada domínio e qualidade de vida geral do *WHOQOL-bref* no TESTE e no RETESTE do instrumento e aplicação do Teste t de Student, Alfenas, 2006.

Domínios	Valor do Escore Médio		p-valor*
	Teste	Reteste	
Qualidade de Vida Geral	3,26	3,46	0,095 ou 9,5%
Físico	3,10	3,12	0,853 ou 85,3%
Psicológico	3,58	3,78	0,060 ou 6,0%
Relações Sociais	4,19	4,04	0,320 ou 32%
Meio Ambiente	3,54	3,47	0,358 ou 35,8%
Escore Médio Geral	3,53	3,57	

* Aplicação do Teste t de Student.

** Diferença estatisticamente significativa para $p < 0,05$.

Pode-se observar pelos dados da TAB. 15 que, ao aplicar o Teste t de Student, como o p-valor (grau de significância) de todos os domínios e da QV geral é maior do que o nível de significância ($\alpha = 0,05$), conclui-se que não houve diferenças estatísticas significante entre os domínios no “teste” e no “reteste”, ou seja, são estatisticamente iguais com variações que ocorrem ao acaso e sendo desprezíveis estatisticamente falando.

TABELA 16 - Comparações dos valores do Escore Médio de cada domínio e qualidade de vida geral do *WHOQOL-bref* no TESTE e no RETESTE do instrumento e aplicação do Coeficiente de Correlação de Pearson, Alfenas, 2006.

Domínios	Valor do Escore Médio		Coeficiente de Correlação *
	Teste	Reteste	
Qualidade de Vida Geral	3,26	3,46	1,00 ***
Físico	3,10	3,12	0,908 **
Psicológico	3,58	3,78	0,904 **
Relações Sociais	4,19	4,04	0,919 **
Meio Ambiente	3,54	3,47	0,955 **
Escore Médio Geral	3,53	3,57	

* Aplicação do Coeficiente de Correlação de Pearson.

** Alta correlação entre o Teste e o Reteste.

*** Perfeita correlação entre o Teste e o Reteste.

Ao ser aplicado o Coeficiente de Correlação de Pearson, observou-se que, em todos os domínios e no instrumento geral do “teste” e do “reteste”, houve um alto coeficiente de correlação (valores acima de 0,9); enquanto a QV geral apresentou coeficiente um, ou seja, perfeita correlação entre as duas medidas – teste e reteste (TAB. 16).

TABELA 17 - Comparações dos valores do Escore Médio de cada domínio e qualidade de vida geral do *WHOQOL-bref* no TESTE e no RETESTE do instrumento e aplicação do Teste de Wilcoxon, Alfenas, 2006.

Domínios	Valor do Escore Médio		p-valor *
	Teste	Reteste	
Qualidade de Vida Geral	3,26	3,46	0,180 ou 18%
Físico	3,10	3,12	0,933 ou 93,3%
Psicológico	3,58	3,78	0,066 ou 6,6%
Relações Sociais	4,19	4,04	0,109 ou 10,9%
Meio Ambiente	3,54	3,47	0,362 ou 36,2%
Escore Médio Geral	3,53	3,57	

* Aplicação do Teste de Wilcoxon.

** Diferença estatisticamente significativa para $p < 0,05$.

Após a aplicação do Teste de Wilcoxon, verificou-se que, como o p-valor (grau de significância) de todos os domínios e da QV geral é maior do que o nível de significância ($\alpha = 0,05$), não houve diferenças estatísticas significantes entre os domínios no “teste” e no “reteste”, ou seja, são estatisticamente iguais com

variações que ocorrem ao acaso e sendo desprezíveis estatisticamente falando (TAB. 17).

Assim, com a aplicação dos testes estatísticos referidos anteriormente, verificou-se que a qualidade de vida da população estudada foi estável entre o “teste” e “reteste”, tendo uma confiabilidade satisfatória do instrumento *WHOQOL-bref*.

O estudo realizado nas cidades de Taipei e Keelung (Taiwan), com pacientes em tratamento hemodialítico e objetivo de avaliar a confiabilidade e validade do *WHOQOL-bref*, mostrou que, ao aplicar o teste-reteste com 20 pacientes, após 4 a 8 semanas da primeira coleta, a confiabilidade e validação do instrumento foi satisfatório entre os domínios, apenas o domínio físico apresentou um valor baixo, indicando que a qualidade de vida no domínio físico provavelmente não foi estável na população estudada (YANG *et al.*, 2005). Isso pode ser justificado pelo fato do “reteste” ter ocorrido após 4 a 8 semanas da primeira coleta de dados, tendo possíveis alterações na vida e na qualidade de vida dos pacientes neste período.

Consistência interna

Para avaliar a Consistência interna foi utilizado o “Coeficiente Alfa de Cronbach”, sendo que os itens devem ser altamente correlacionados uns aos outros, uma vez que o atributo avaliado teoricamente é o mesmo. Seu valor pode variar entre zero e um, sendo que quanto maior for o valor, maior a consistência interna e confiabilidade do instrumento, ou maior a congruência entre os itens, indicando a homogeneidade na medida do mesmo fenômeno. Assim, sugere-se que o valor do Alfa de Cronbach seja acima de 0,70 (ZANEI, 2006).

Segundo Guillermin e Bombardier (1993), o Coeficiente Alfa de Cronbach testa as correlações entre os itens do instrumento em cada um dos seus domínios. Quanto maior o alfa, maior a homogeneidade dos itens avaliados, indicando a acurácia da medida.

TABELA 18 - Avaliação da consistência interna por meio da aplicação do Coeficiente Alfa de Cronbach em cada domínio e qualidade de vida geral do instrumento *WHOQOL-bref*, Alfenas, 2006.

Domínios	Valor do Escore Médio	Valor do coeficiente *
Qualidade de Vida Geral	3,26	0,96**
Físico	3,10	0,90**
Psicológico	3,58	0,94**
Relações Sociais	4,19	0,88**
Meio Ambiente	3,54	0,97**
Escore Médio Geral	3,53	

* Aplicação do Coeficiente Alfa de Cronbach.

** Altamente correlacionados.

Os dados da TAB. 18 mostram que todos os domínios e a QV geral do instrumento *WHOQOL-bref* apresentaram valores altos de coeficiente alfa (acima de 0,88). Dessa forma, o *WHOQOL-bref* teve uma consistência interna aceitável para as facetas e domínios desse instrumento, e altamente correlacionados uns aos outros, indicando uma homogeneidade nos itens avaliados.

Como um instrumento de mensuração que forneça dados quantitativos deve possuir como a primeira característica a confiabilidade, ou seja, um grau de coerência e precisão, o coeficiente alfa acima de 0,88 é consideravelmente alto e evidencia a qualidade e confiabilidade do instrumento *WHOQOL-bref* para avaliar a qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise. Esse desempenho mostrou-se semelhante ao que tem sido descrito na literatura nacional e internacional, apesar dos trabalhos apresentarem valores menores do que os encontrados no presente estudo.

Souza, Cintra e Gallani (2005) encontraram, em seu estudo realizado em duas clínicas de terapia renal substitutiva (hemodiálise) do Estado de São Paulo, nas cidades de Campinas e São Carlos, que os valores de coeficiente Alfa de Cronbach obtidos na aplicação do *WHOQOL-bref* foram: qualidade de vida geral = 0,87; domínio físico = 0,79; domínio psicológico = 0,63; domínio relações sociais = 0,42; e, domínio meio ambiente = 0,69.

Em pesquisas internacionais que avaliaram a qualidade de vida de pacientes em tratamento hemodialítico e utilizaram o Alfa de Cronbach para avaliar a consistência interna do instrumento *WHOQOL*, foram encontrados os seguintes achados: valores superiores a 0,76 para cada domínio e para as facetas da QV geral (LI *et al.*, 2004); consistência interna sempre maior que 0,70 em todos os domínios

(MINGARDI *et al.*, 1999) e valores entre 0,70 e 0,80 nos quatro domínios do instrumento (YANG *et al.*, 2005).

6.6 EXPECTATIVA DE VIDA DOS RENAIIS CRÔNICOS EM HEMODIÁLISE

TABELA 19 - Distribuição da população de estudo segundo a expectativa de vida para o futuro com relação à saúde, em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.

<i>Expectativa de vida</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Realização do transplante	17	56,67
Melhora da saúde	16	53,33
Não tem expectativa de vida	04	13,33
Continuação do tratamento hemodialítico	03	10,0

NOTA: Houve mais de uma resposta por entrevistado.

De acordo com os dados da TAB. 19, verificou-se que, dos nefropatas estudados, 17 (56,67%) tinham como expectativa de vida a realização do transplante, e 16 (53,33%), melhora da saúde; enquanto 04 (13,33%) não tinham expectativa de vida e 03 (10,0%) desejavam apenas continuar o tratamento hemodialítico.

É importante mencionar que, com referência à expectativa de vida, como houve mais de uma resposta por entrevistado, dos pacientes que responderam que desejam realizar o transplante, alguns também mencionaram que gostariam de melhorar a saúde; enquanto os que relataram não ter expectativa de vida, eles não indicaram outra expectativa; e dos que responderam continuar o tratamento hemodialítico, alguns desejavam também melhorar a saúde.

A dificuldade em adaptar-se a todas as restrições provocadas pela doença e à hemodiálise leva o indivíduo a buscar alternativas, visando à melhoria de sua qualidade de vida. Então, surge o transplante renal, trazendo a esperança de que todos os seus problemas poderão ser resolvidos e o paciente acredita que uma grande transformação pode acontecer após a cirurgia (MENDES, SHIRATORI, 2002). Essa afirmação é confirmada nesse estudo ao verificar que grande parte dos pacientes deseja realizar o transplante renal, 56,67% (TAB. 19).

O estudo realizado numa clínica de hemodiálise em Curitiba, com 51 pacientes, mostrou que 32,3% apontaram o transplante renal como o mais importante projeto de suas vidas (TRENTINI *et al.*, 2004).

Em pesquisa de Mendes e Shiratori (2002), cujo objetivo foi analisar a percepção do paciente portador de doença renal quanto ao transplante renal, o desejo desde tratamento foi observado nos relatos dos entrevistados, alegando a esperança de livrar-se da HD e da felicidade expressada em estar internado para realização do transplante.

Vale destacar que, segundo Ianhez (2006), o transplante renal é, atualmente, a melhor opção terapêutica para o paciente com IRC com idade jovem (menor que 50 anos), tanto do ponto de vista médico, quanto do ponto de vista social, emocional e econômico.

O transplante renal é visto por alguns pacientes atendidos em um serviço de hemodiálise de um hospital universitário de São Paulo como uma maneira de libertação da obrigatoriedade da HD e sinaliza a possibilidade de resgatar ou não aspectos de suas vidas que foram deixados de lado. Apesar de saberem que o transplante não significa a cura total, eles anseiam por realizá-lo (LIMA; GUALDA, 2001).

Cesarino e Casagrande (1998) constataram, em seu trabalho realizado em um Hospital Escola de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, que, ao solicitar aos pacientes estudados que elaborassem um desenho simbolizando para eles, o transplante renal, os mesmos apresentaram o desenho de uma estrela, descrevendo a importância do transplante renal como “esperança”, “brilho”, “paz”, “vida nova”.

Ao se discutir a possibilidade de transplante renal com o paciente, deve-se considerar a preferência deste. Alguns se adaptam à qualidade de vida proporcionada pela diálise, e não desejam, conhecendo os riscos, submeter-se a um transplante renal. Para outros, diálise é inaceitável e optam pelo transplante, conhecendo os riscos e possíveis complicações (RIELLA, 2003).

Assim, verificou-se, no presente estudo, que 43,33% da população estudada não pretendia realizar o transplante, tendo o desejo de apenas continuar o tratamento hemodialítico ou sem expectativa de vida (TAB. 19).

O estudo realizado em uma Unidade de diálise de um hospital geral do município de Maringá, com o objetivo de conhecer as concepções, atitudes e

comportamentos de indivíduos portadores de IRC, submetidos a tratamento dialítico apontou que 31,3% dos pacientes revelaram sentimento de conformação, ao tentarem entender que a única forma de sobrevivência é o tratamento dialítico, o que exige adaptação à nova realidade (CARREIRA; MARCON, 2003). É importante salientar que a postura de conformismo, no entanto, não representa necessariamente uma aceitação da doença, mas, sim, do tratamento, visto que este representa a única possibilidade de continuar existindo no mundo (BARBOSA, AGUILLAR, BOEMER, 1999).

Lima e Gualda (2001) apontaram, em seu trabalho, que alguns pacientes estudados foram enfáticos quando relataram que não desejam fazer o transplante por saber que ele não promove a cura e traz consigo outras formas de restrições.

Autores enfatizam que algumas pessoas são incapazes de encontrar qualquer finalidade ou sentido em suas vidas e o medo de viver uma vida insatisfatória lhes parece tão intolerável quanto o medo da morte iminente. Para encontrarem alguma razão de viver, é necessário que sejam incentivadas a desenvolverem qualquer atividade que as faça se sentirem úteis à família e à comunidade (LIMA; GUALDA, 2001).

Na pesquisa realizada por Carreira e Marcon (2003), um número significativo de pacientes (25,0%) não tinha nenhuma expectativa de vida. No presente estudo, encontrou-se que alguns pacientes não possuíam expectativa de vida com relação ao seu futuro, 13,33% (TAB. 19).

É importante enfatizar que cada pessoa possui uma forma singular de lidar com a doença e o tratamento, bem como com o impacto que eles provocam na vida das pessoas que compõem sua rede social. Fatores como vontade de viver, suporte dos entes queridos, conformismo perante o inevitável, fé em Deus, dentre outros, são utilizados como uma maneira para resistir e prosseguir em sua jornada. Tais fatores, evidentemente, por suas crenças e valores (LIMA; GUALDA, 2001).

Ainda referente à expectativa de vida do paciente em hemodiálise, verificou-se que 43,33% da população estudada não deseja realizar o transplante renal (TAB. 19). Os motivos de não querer realizar essa cirurgia citados pelos pacientes foram: “a idade avançada do paciente”, “acha besteira e que não compensa realizar esse procedimento”, “tem medo dos riscos e complicações da cirurgia” e “não quer que algum familiar doe o órgão e também não quer receber de doador cadáver”.

Um dos principais motivos do renal crônico não querer realizar o transplante renal é o medo de prejudicar a saúde do doador, nesse caso o familiar (ente querido). Mesmo com a esperança da melhora da qualidade de vida, que lhe é oferecida pelo transplante, surge esse sentimento que o faz repensar se realmente fará ou não a cirurgia. Esse ponto foi abordado por todos os depoentes do estudo realizado em uma unidade de transplante renal de um hospital geral situado no município do Rio de Janeiro, como sendo de fundamental importância para a sua decisão (MENDES, SHIRATORI, 2002).

Vale a pena ainda lembrar que, para Monteiro (2006), não é de todo impossível que um doador consanguíneo, por apresentar disposições genéticas ou hereditárias, venha a apresentar o mesmo quadro clínico do paciente tempos depois, ou que um acidente inutilize o seu rim sadio, e ele venha a necessitar também de um transplante. Essa colocação justifica o medo do paciente renal crônico em prejudicar a saúde do seu familiar doador.

Os raros trabalhos de seguimento dos doadores de rins mostraram que homens e mulheres apresentaram, após doarem o órgão, complicações somáticas e psicossomáticas, depressão, separações e até tentativas de suicídio. Há casos registrados de dispnéia, parestesias, dor torácica e dor na cicatriz da nefrectomia. As alterações foram observadas em doadores de mais idade, separados, divorciados ou viúvos. Observou-se também que os doadores, cujos rins transplantados foram rejeitados, desenvolveram mais seqüelas psicossociais (MONTEIRO, 2006).

O medo da rejeição, após a realização do transplante, também é um forte motivo para o paciente não querer realizar essa cirurgia. Assim, para Mendes e Shiratori (2002), passado o período de encantamento e euforia com a nova situação, o sonho do transplante é remodelado em função de sua realidade. E inúmeras preocupações começam a surgir, praticamente todas relacionadas ao problema da rejeição e a medicação.

Ainda para os mesmos autores, esse medo da rejeição está diretamente relacionado ao medo de retornar à hemodiálise, tratamento que trouxeram tantas modificações em seu cotidiano.

Uma possibilidade real é que os pacientes transplantados têm que fazer uso de medicações imunossupressoras pelo resto da vida e tem maior risco da rejeição (NIU; LI, 2005). Assim, além do medo da rejeição e do retorno da hemodiálise, os efeitos colaterais provocados pelo uso permanente das drogas imunossupressoras

produzem alterações importantes em seu dia-a-dia e na sua auto-imagem. Esses efeitos colaterais causam grande desconforto a essa clientela (MENDES, SHIRATORI, 2002).

Segundo Rianthvorn e Ettenger (2005), a não aderência medicamentosa foi identificada como a causa do fracasso do transplante de rim em 12% dos adolescentes, essa taxa é quatro vezes maior do que nos adultos. Esse estrondoso valor de não adesão é a maior barreira na efetividade e sucesso do transplante de rim em adolescentes com IRC, e isso se deve aos efeitos colaterais causados por esses medicamentos e que levam os pacientes transplantados a não aderirem ao tratamento medicamentoso.

Dessa forma, sabendo que o paciente após receber um enxerto renal está sempre correndo o risco de rejeição crônica, entre outras complicações, torna-se necessário fornecer informações adequadas para que esse indivíduo possa conviver bem com a luta constante contra a rejeição e com o novo modo de vida que terá de assumir, agora sem a rotina das sessões de hemodiálise, mas com a dependência do uso diário das medicações imunossupressoras, que trazem tantas conseqüências (MENDES; SHIRATORI, 2002).

É relevante mencionar que não são todos os pacientes com IRC e em tratamento hemodialítico que podem ser submetidos ao transplante renal. Do total dos pacientes com essa patologia e que são submetidos a algum tratamento de terapia renal substitutiva, pelo menos 1/3 deles não tem indicação de transplante renal como sua melhor opção terapêutica, geralmente devido a doenças de bases e a idade (IANHEZ *et al.*, 2006).

Os mesmos autores colocam que pacientes obesos, idosos, portadores de doença pulmonar crônica grave, diabetes mellitus e pacientes que não possuem aderência ao tratamento medicamentoso são péssimos candidatos para o transplante renal, uma vez que tais fatores aumentam a morbidade, a mortalidade e diminuem a sobrevida do enxerto, sendo a diálise crônica a melhor opção terapêutica.

Finalizando, entende-se que a expectativa de vida no ser humano é um fator de grande importância a ser considerado em praticamente todas as circunstâncias, porque a sua presença, também, estará influenciando o comportamento do indivíduo perante a vida, e, conseqüentemente, perante as questões que envolvem a saúde e a doença (CARREIRA; MARCON, 2003).

Conforme Silva et al. (2002a), crer na possibilidade de superar uma situação difícil impulsiona para uma vida de mais qualidade, uma vez que favorece a sensação de alegria e permite acreditar na própria força interior.

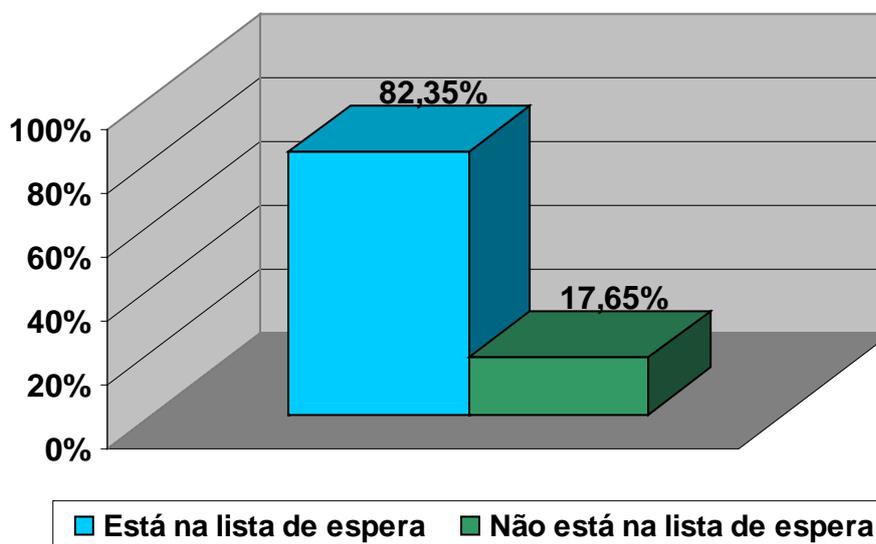


FIGURA 10 - Distribuição percentual da população que deseja realizar o transplante com relação à presença desse paciente na lista de espera para a realização dessa cirurgia, em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.

Com relação aos 17 nefropatas que desejam realizar o transplante renal e a presença desses na lista de espera para a realização dessa cirurgia, encontrou-se que, a maioria, 14 (82,35%) está nessa lista, aguardando um doador para poder ser submetido ao procedimento cirúrgico (FIG. 10).

Cabe mencionar que uma pequena porcentagem da população, 03 (17,65%), não está inserida na lista de espera para a realização do transplante renal (FIG. 10). O motivo dessa ausência é pelo fato de que a doação será realizada pelo familiar do paciente (doador vivo), tendo sido realizados os exames e confirmado a possibilidade da doação.

A porcentagem esperada de pacientes ativos em lista vai de 25 a 30% dos portadores de IRC em terapia renal substitutiva. Mais de 42 mil pessoas estão em lista de espera, inclusive crianças que contraem doenças cujo único tratamento é o transplante. A espera por um doador, que às vezes não aparece, é dramática. Cerca

de 30% morrem antes de realizar o transplante (Tx), e menos de 10% recebem um órgão a cada ano (PEREIRA *et al.*, 2003; TRANSPLANTE, 2006).

É importante salientar que todos os pacientes portadores de IRC em tratamento dialítico têm o direito de ser inscritos no Cadastro Técnico Único de Transplante de Rim da Secretaria de Estado de Saúde (SES) do seu Estado, conforme a Lei Federal nº 9434/97 (DIRETRIZES, 2006).

Na área clínica de transplante renal, segundo Ianhez (2006) e Gonçalves *et al.* (1999), a seleção do receptor é um assunto muito difícil, controverso, envolvendo problemas emocionais, éticos e sociais, uma vez que todos os pacientes incluídos na lista de espera têm seus antígenos HLA de classe I e II tipados. Dessa forma, os critérios para a alocação de rins provenientes de doadores cadáveres privilegiam a compatibilidade HLA.

Um dos assuntos discutidos no Fórum de Transplantes foi a questão da existência de “lista única” para receptores de tecidos, sendo consenso de que não deve existir lista única para os receptores, seja pela dificuldade de estabelecer critérios para esta lista, seja pela ineficiência do sistema no tocante a tecidos. Assim, concluíram que todos os esforços devem ser realizados no sentido de aumentar o número de doadores (TRANSPLANTE, 2006).

Atualmente, a demanda por órgãos e tecidos para transplante é maior que a oferta. Talvez seja porque o processo de captação de órgãos para transplante é um processo complexo que necessita de profissionais qualificados e com conhecimentos específicos sobre o assunto para pronta identificação e solução de problemas que possam ocasionar a perda de um potencial doador de órgãos e tecidos (PADRÃO; LIMA; MORAES, 2006).

Segundo Garcia (2000), a grande limitação ao transplante com doador cadáver é que apenas uma pequena fração dos indivíduos que morrem pode converter-se em doadores de órgãos e tecidos. A taxa de potenciais doadores nas diferentes comunidades ou países varia de 35 a 65 por milhão de população por ano. Desses, somente 15 a 67% tornam-se doadores efetivos, devido à não detecção e/ou não notificação da morte encefálica; ou contra-indicações médicas ou problemas na manutenção do doador cadáver em 15 a 40% dos casos ou, ainda, em razão da recusa familiar à doação em 20 a 50% das situações. Sendo assim, o transplante tornou-se uma vítima do seu próprio sucesso, com um crescente

distanciamento entre a demanda para transplante e a disponibilidade de órgãos e tecidos.

Outro ponto que interfere na doação, citado por Padrão, Lima e Moraes (2006), é o prolongamento do processo de doação-captção de órgãos. Esse processo possui várias etapas até chegar na liberação do potencial doador para sepultamento, tais como: a realização de um exame complementar, notificação à Central de Transplante, tempo para identificar o receptor e a equipe responsável por ele, procedimento cirúrgico para extração dos órgãos, processo de higiene e reconstituição condigna do corpo do doador. Algumas famílias relatam que esta espera gera mais sofrimento e angústia e acabam recusando e interrompendo o processo.

Para os mesmos autores, muitos profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes sociais ou psicólogos) que prestam cuidados diretos ao potencial doador solicitam a doação em um momento inadequado, provocando a recusa do responsável legal por não terem todas as informações sobre o processo de doação, e geram desconfiança sobre o cuidado prestado.

Estudo realizado em um hospital do município de São Paulo, com o objetivo de identificar os motivos que influenciaram a recusa familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, mostrou que os principais motivos pelos quais os responsáveis legais optaram em não realizar a doação foram: negativa expressa em vida (26,2%), dificuldade na aceitação do diagnóstico de morte encefálica (21,9%), falhas no sistema de saúde (19,4%), desconhecimento da opinião do potencial doador (16,9%) e crenças religiosas ou culturais (15,6%) (PADRÃO; LIMA; MORAES, 2006).

Diante o exposto acima, fica evidente a necessidade de educação dirigida à sociedade para melhorar as doações de órgãos. Campanhas educativas, palestras, aulas e esclarecimentos por meio de comunicação em massa, são importantes para possibilitar a mudança de atitude frente à doação. Quanto mais informações e maior contato da família com os profissionais, maior será a probabilidade de aceitação, por parte dos responsáveis legais, em concordarem a doar os órgãos de seus entes queridos. Para tanto, esses profissionais devem ser qualificados e treinados para realizar a entrevista familiar (SIMINOFF *et al.*, 2001).

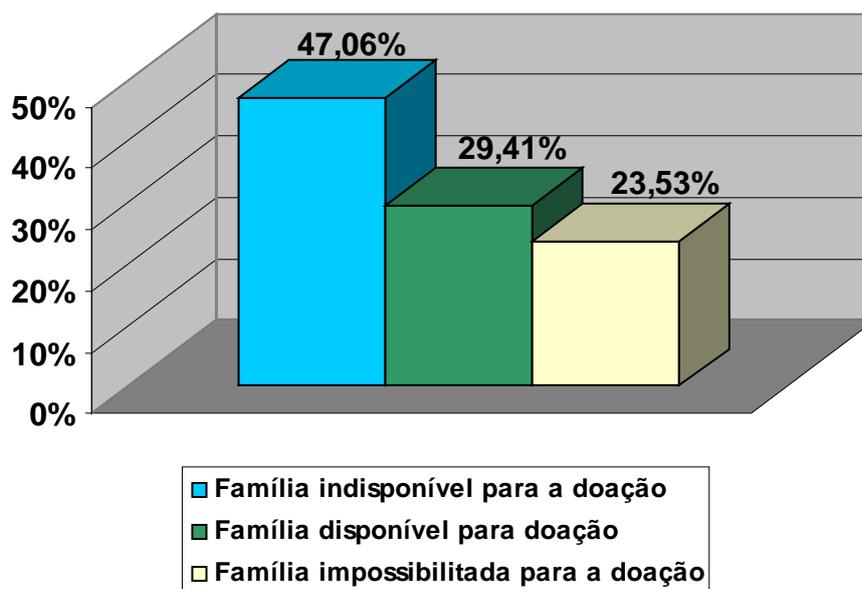


FIGURA 11 - Distribuição percentual da população que deseja realizar o transplante quanto à disponibilidade do familiar em doar o órgão, em uma clínica de terapia substitutiva de um hospital universitário do município de Alfenas, 2006.

Ao ser abordado se algum familiar disponibilizou o seu órgão para doação, dos 17 renais crônicos que desejam realizar o transplante renal, a maioria, 08 (47,06%) respondeu que os familiares recusaram doar o órgão; enquanto 05 (29,41%) desejam fazer essa doação (FIG. 11).

Vale mencionar que, em 23,53% da população estudada que desejava realizar o transplante, os familiares estão impossibilitados em doar o órgão para o paciente (FIG. 11). Dentre os motivos citados pelos entrevistados de não poder doar o órgão encontram-se: as doenças dos familiares, a idade avançada e a distância do local que reside o paciente e o familiar (geralmente outras cidades, impossibilitando a realização dos exames necessários para a cirurgia).

Com relação à disponibilização do familiar em doar o órgão, Monteiro (2006) coloca que grandes conflitos poderão estabelecer-se dentro da família, que será ao mesmo tempo implicada nas questões da doação e do transplante, ou melhor, do doador e do transplantado. Para o paciente, é uma prova de fogo. Teme a constatação de rejeições que já temia anteriormente, por parte de algum membro da família, bem como a possibilidade de, com a negação da doação, vir a descobrir ou suspeitar de outras. Alguns querem desesperadamente, mas não ousam pedir. Vivem, no entanto, cobrando um rim quando se queixam da diálise e dizem que sua

única solução seria o transplante, que esperam fazer em breve. Outros utilizam-se de chantagens, ou tentam forçar a doação de várias maneiras.

Como os testes de compatibilidade são feitos entre os parentes, na maioria das vezes, sem que seu desejo de doar seja levado em conta, em muitos casos o provável doador seria o menos indicado, se o critério fosse o desejo. Mas a situação se configura de extrema complexidade porque, embora não seja explicitado pelos demais membros da família, existe implícita uma acusação dirigida àquele que não foi capaz do gesto de doar. Enfrentar esta acusação explícita ou implícita dos familiares e do próprio paciente, em caso de negação, é muito difícil para o pretendo doador. Muitas vezes, também é a culpa por algum desentendimento ou sentimento em relação ao paciente, que acaba sendo responsável por muitas doações (MONTEIRO, 2006).

Como observado nesse estudo, muitos pacientes com IRC submetidos à hemodiálise desejam realizar o transplante renal com o intuito de melhorar a sua qualidade de vida e também deixar de ser dependente da máquina de diálise. Com a realização do transplante, o sonho da cura, de uma vida melhor, livre da hemodiálise, é, enfim, conquistado. Surge nesses clientes novo ânimo com a possibilidade de retornar à antiga atividade que foi abandonada em função da doença, e até mesmo são realizados novos planos. Esse é um momento de bem-estar psicológico (MENDES, SHIRATORI, 2002).

Uryn (1992) comenta que o cliente transplantado se sente mais aliviado quando pode exercer alguma atividade que lhe dê prazer.

Vários estudos, nacionais e internacionais, foram realizados com o objetivo de avaliar e comparar a qualidade de vida de pacientes transplantados, com os em tratamento hemodialítico, em CAPD e com a população geral.

Pereira *et al.* (2003) concluíram que pacientes submetidos a um transplante renal bem-sucedido têm percepção de uma qualidade de vida relacionada à saúde bem mais próxima à de pessoas sadias do que pacientes urêmicos mantidos em programa crônico de hemodiálise.

Outro fato registrado no estudo realizado em um hospital privado de São Paulo foi que a maioria dos pacientes transplantados responderam ter ocorrido uma fantástica melhora na qualidade de vida pós-transplante renal; os poucos que não sentiram esta mudança eram diabéticos com outros problemas clínicos associados (IANHEZ *et al.*, 2006).

Com relação ao número de pacientes em atividade profissional após a realização do transplante e a satisfação com a atividade sexual, Bohlke *et al.* (2006) verificaram, em seu trabalho realizado na cidade de Pelotas, que 83% dos pacientes estavam fora do mercado de trabalho, com este percentual caindo para 62% depois do Tx. Também observaram que 48% relatavam atividade sexual satisfatória durante o período de tratamento por diálise, tendo este percentual aumentado para 55% após a cirurgia.

Dos estudos internacionais que utilizaram o instrumento WHOQOL, cita-se o trabalho de Niu e Li (2005), realizado em um Centro Médico no norte de Taiwan, que encontraram que os escores de qualidade de vida dos pacientes transplantados nos quatro domínios foram maiores que dos pacientes submetidos à hemodiálise e CAPD, sendo que os menores escores foram no domínio psicológico. Verificaram também, que a saúde física, o nível de atividade e interação social dos pacientes transplantados foram maiores que nos demais pacientes submetidos ao tratamento dialítico. Assim, os transplantados apresentaram significativamente melhor qualidade de vida.

Outra pesquisa que também utilizou o *WHOQOL*, realizada com 61 pacientes submetidos a HD e 83 pacientes transplantados, mostrou que os pacientes transplantados têm melhor qualidade de vida do que os pacientes em HD nos seguintes domínios: geral, físico, relações sociais e meio ambiente, e também nas facetas: dor e desconforto, energia e fadiga, sentimentos positivos, mobilidade, atividades e vida diária, capacidade para trabalho, relações pessoais, atividade sexual e transporte. Nos restantes dos domínios, os escores foram aproximadamente iguais em ambos os grupos (TOMASZ; PIOTR, 2003).

Os dados acima demonstram que o transplante alcançou seu objetivo de reabilitação física, mental e social do renal crônico, fazendo com que os pacientes em tratamento hemodialítico tenham como principal meta e expectativa de vida a realização do transplante.

7 CONCLUSÕES

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

- A maioria dos pacientes estudados era do gênero masculino; na faixa etária de 35 a 50 anos; residiam em municípios circunvizinhos de Alfenas; estavam casados; tinham o primeiro grau incompleto; encontravam-se aposentados/licença saúde; com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos; possuíam casa própria; residiam com 2 ou 3 pessoas; realizavam três sessões de HD por semana; eram católicos praticantes dentro de sua religião; com tempo de IRC de 5 anos ou mais e tempo de HD de 2 a 3 anos.
- Com relação à interferência da HD, 66,67% dos pacientes referiram sofrer essa interferência nas atividades profissionais, e 76,67% nas atividades de lazer e recreação.
- Grande parte da população estudada se sentia tranqüila durante as sessões de HD; enquanto 90% dos pacientes possuíam outras doenças além da IRC, sendo a hipertensão arterial a de maior freqüência.
- Quase a totalidade dos pacientes estudados já apresentou complicações durante as sessões de HD, sendo as de maior ocorrência a hipotensão arterial, o vômito e a tontura.
- Todos os pacientes referiram tomar diariamente os medicamentos prescritos pelo médico, mas 16,66% desses pacientes já interromperam o uso por conta própria, alegando, principalmente, a presença de reações adversas ao fármaco.
- A maioria dos respondentes consomem de 4 a 6 medicamentos por dia, sendo os mais utilizados os antihipertensivos (captopril, nifedipina e furosemida).
- Os principais métodos de aquisição dos medicamentos utilizados pela população estudada são: compra dos remédios que não são fornecidos pela rede pública de saúde e pela aquisição gratuita; a maioria deles não necessita de ajuda para tomar os fármacos.
- Quase a metade dos pacientes estudados conhecia a razão principal do uso (indicação) de todos os medicamentos que consomem, ou seja, sabem para que os fármacos são utilizados.

- O escore médio da QV geral foi de 3,26; do domínio físico, 3,10; domínio psicológico, 3,58; domínio relações sociais, 4,19; e domínio meio ambiente, 3,54. Dessa forma, os renais crônicos estudados apresentaram elevados escores médios, ou seja, classificaram a qualidade de vida como sendo acima do “*nem ruim, nem boa*”, enquanto o domínio relações sociais foi avaliado entre “*boa*” e “*muito boa*”.
- As variáveis faixa etária, gênero, tempo de IRC, tempo de HD, estado civil, escolaridade, renda familiar, profissão (ocupação), tipo de moradia, prática dentro da religião, município onde reside, interferência da HD nas atividades profissionais, interferência da HD nas atividades lazer/recreação, número de pessoas que residem com o paciente, quantidade de medicamentos utilizados diariamente, e método de aquisição dos medicamentos não apresentaram correlação significativa com a QV geral e os quatro domínios do *WHOQOL-bref*, ou seja, essas variáveis não interferiram na qualidade de vida dos nefropatas crônicos estudados.
- A fidedignidade do instrumento pelo “teste-reteste” foi estável entre as duas medidas de QV, tendo uma confiabilidade satisfatória desse instrumento; enquanto a “consistência interna” foi considerada aceitável para as facetas e domínios, e altamente correlacionados uns aos outros, indicando uma homogeneidade entre eles.
- O instrumento *WHOQOL-bref* mostrou-se eficaz para avaliar a QV de pacientes renais crônicos submetidos à HD, sendo confiável para essa medida.
- A principal expectativa de vida para o futuro dos nefropatas crônicos submetido à HD com relação a sua saúde é a realização do transplante renal, sendo que a maioria desses pacientes se encontrava na lista de espera para a realização dessa cirurgia, e quase a metade desses renais crônicos se depararam com a recusa dos familiares em doar o órgão.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A IRC pode ocasionar mudanças no estilo de vida e causar alterações corporais e comportamentais nos nefropatas crônicos, decorrentes da condição de doentes crônicos. Ao mesmo tempo, as pessoas com essa doença passam também a experimentar diferentes sentimentos e comportamentos devido às 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.

Vale destacar que, apesar da presença de revolta, de descrença no tratamento e conformação, os indivíduos portadores de IRC em tratamento hemodialítico, terapia considerada inevitável e inadiável, não podem abandonar a luta e a busca por uma melhor qualidade de vida, mesmo que a superação/eliminação de sinais e sintomas não seja possível.

É importante que o renal crônico acredite que a doença não atua somente como debilitante, como limitante, mas pode também ser motivadora, no sentido de mobilizar a pessoa para manter-se na luta, aprendendo e crescendo com as dificuldades, esperando alcançar uma vida melhor, com uma satisfatória qualidade de vida. Dessa forma, viver bem com a IRC pode ser possível, desde que os medos sejam superados e que a pessoa possa viver com autonomia e que, consciente da realidade, assuma o controle de sua vida.

Por se tratar de pacientes dependentes do tratamento, e com limitações impostas pela condição de cronicidade da doença, que geralmente leva as mudanças, muitas vezes de difícil aceitação, e que produzem sentimentos de tristeza, raiva, agressividade, hostilidade, é de suma importância que o profissional de saúde compreenda e ofereça a esses pacientes conhecimentos de sua doença, para que este desenvolva a auto-responsabilidade, assuma seu papel ativo, modifique seus comportamentos em relação à saúde, ajuste-se às limitações físicas e aos relacionamentos sociais e mantenha esperança e alegria de viver.

Essa relação entre o profissional e o indivíduo doente é, antes de tudo, uma relação interpessoal. Neste contato, as histórias se cruzam, se encontram, se completam, se confundem. Em alguns momentos, profissional e paciente constroem juntos uma nova história.

O profissional deve também ajudar o paciente a desenvolver uma auto-imagem positiva, a descobrir maneiras novas de viver dentro de seus limites e a desenvolver um estilo de vida que lhe permita assumir a responsabilidade por seu tratamento e sua vida, enfim, ser um indivíduo ativo na sociedade em que vive. É de fundamental importância a colaboração por parte dos familiares e da sociedade, de forma que esses indivíduos possam ser inseridos no mercado de trabalho.

A busca pela melhora da qualidade de vida inclui uma luta constante para superar os limites trazidos pela doença e a necessidade de controlar sentimentos que provocam desconfortos, além de destacar a importância do apoio da família. A educação em saúde em grupos de convivência também pode contribuir para melhorar a qualidade de vida de pessoas submetidas à hemodiálise, uma vez que a terapia realizada nesses grupos pode trazer resultados efetivos na promoção da saúde, do bem-estar e do viver mais plenamente suas potencialidades.

Assim, cabe ressaltar que a promoção da saúde, por meio de ações educativas, pode gerar auto-responsabilidade, adoção de um estilo de vida saudável, redução dos fatores de risco, redução dos sintomas da doença crônica e conseqüentemente, melhoria da QV desses pacientes em terapia renal substitutiva.

Além da educação em saúde do renal crônico, também é necessário que contribua para a atividade educativa dos profissionais de saúde, na busca de uma melhor compreensão desse paciente e conseqüentemente, de um processo de ensino-aprendizagem que permita o desenvolvimento de uma consciência crítica dos pacientes, criando condições para uma intervenção transformadora dessa situação, visando a melhoria na sua qualidade de vida.

Não se pode negar os enormes avanços que os recursos farmacológicos têm ocasionado, minorando o sofrimento daqueles que padecem de enfermidades físicas. Mas a adesão ao tratamento farmacológico tem sido um desafio no controle da IRC, e conhecer como este assunto está sendo focado na literatura pode contribuir para aumentar essa adesão, uma vez que os dados sobre a adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes submetidos à hemodiálise ainda são bastante restritos na literatura brasileira e internacional.

Essa adesão ao tratamento é um processo complexo que envolve não somente o esforço do profissional, mas principalmente o engajamento do cliente, a forma de apreender a doença, o tratamento e o cotidiano, sua rede de apoio social e principalmente o apoio e qualidade de atendimento dos serviços de saúde.

Por esses motivos, faz-se necessário, identificar os limites individuais, os enfrentamentos sociais, as barreiras que dificultam a adesão e, por meio da escuta ativa, de vínculos estabelecidos entre o paciente/profissional. Permeado por bom senso, criatividade e competência, o profissional pode sensibilizar o indivíduo para minimizar componentes negativos que interferem na adesão.

Cabe destacar que a expectativa de vida dos renais crônicos, especialmente em relação ao trabalho, está diretamente relacionada à possibilidade da realização de um transplante renal. Assim sendo, cabe aos profissionais de saúde, buscar cada vez mais, estratégias que possam favorecer e ampliar as perspectivas de sua realização, pois esse tipo de tratamento pode implicar melhores condições de vida. Resta, portanto, o compromisso, o engajamento e a responsabilidade pela realização de campanhas junto à sociedade em geral, para conscientização sobre a importância da doação de órgãos.

O transplante renal mostra que, além de custo inferior ao tratamento hemodialítico, apresenta vantagens em termos de qualidade de vida. Para tanto, é dever dos profissionais manterem uma luta constante em prol ao aumento de doações de órgãos, e assim aumentar o número de transplantes renais.

Os estudos sobre qualidade de vida oferecem subsídios para que os profissionais de saúde percebam a necessidade de avaliar a QV 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 esse trabalho desperte interesse e incentive a realização de novas pesquisas, nos mais diversos eixos metodológicos, explorando o tema “qualidade de vida e o paciente em tratamento hemodialítico” e “adesão ao tratamento farmacológico de uso diário”, que ainda é incipiente na literatura. Cabe também a realização de estudos em outros grupos e culturas a fim de possibilitar as respectivas comparações.

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, e oferecer estratégias de reabilitação ao renal crônico, para que esse seja capaz de levar uma vida ativa, produtiva e autosuficiente.

9 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.
- ANDRADE, J.P. *et al.* Epidemiological aspects of adherence to the treatment of hypertension. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v.79, n.3, p.380-384, jul./set. 2002.
- ANTONIAZZI, A.L. Cefaléia relacionada à hemodiálise: análise dos possíveis fatores desencadeantes e do tratamento empregado. **Arquivos de Neuro Psiquiatria**, São Paulo, v.60, n.3, p.27-35, set. 2002.
- ARANGO, H. G. **Bioestatística**: teórica e computacional. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 423 p.
- ARAÚJO, J.C.O.; ANDRADE, D.F. Diálise artificial. In: PAOLUCCI, A.A. **Nefrologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992. p.338-361.
- ARREDONDO, A. *et al.* Costo-efectividad intervenciones para insuficiéncia renal crônica terminal. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.32, n.6, p.556-565, dez. 1998.
- ÁVILA, R. *et al.* Sobrevida de pacientes renais crônicos em diálise peritoneal e hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v.21, n.1, p.13-21, mar. 1999.
- BAIARDI, F. *et al.* Effects of clinical and individual variables on quality of life in chronic renal failure patients. **J. Nephrol.**, v.15, n.1, p.61-67, jan. 2002.
- BANDEIRA, M.F.S. Conseqüências hematológicas de uremia. In: RIELLA, M.C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 1996. p.478-482.
- BARBOSA,, J.C.; AGUILLAR, O.M.; BOEMER, M.R. O significado de conviver com a insuficiéncia renal crônica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.52, n.2, p.293-302, abr./jun. 1999.
- BARROS, E. *et al.* (Cols). **Nefrologia**: rotinas, diagnóstico e tratamento. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. 627 p.

BASTOS, M.G.; MEDEIROS, R.; MANFRO, R.C. Artigo de revisão: transplante renal. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.40, n.4, p.283-292, dez. 1994.

BENNETT, J.C.; PLUM, F. **Cecil**: tratado de medicina interna. 20. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. 1297 p.

BERKOW, R. FLETCHER, A.J. **Manual merck de medicina**. 16. ed. São Paulo: Roca, 1995. p.1657-1658.

BEVILACQUA, J.L.; GUERRA, E.M.M. **Protocolo para CAPD**. 2. ed. São Paulo: Basiter Hospitalar, 2001. 108 p.

BIALY, L. *et al.* Resgatando trajetória de vida de idosos renais crônicos. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.4, n.1, p.113-119, jan./jun. 1999.

BISQUERA, R.; SARRIERA, J. C.; MARTÍNEZ, F. **Introdução à Estatística**: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS. Porto Alegre: Artmed, 2004. 255 p.

BITTENCOURT, Z.Z.L.C. *et al.* Qualidade de vida em transplantados renais: importância do enxerto funcionante. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.5, p.732-734, out. 2004.

BLACK, J.M. *et al.* **Enfermagem médico-cirúrgica**: uma abordagem psicofisiológica. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

BLOCH, K.V.; COUTINHO, E.S.F. Fundamentos da pesquisa epidemiológica. In: MEDRONHO, R.A.; CARVALHO, D.M.; BLOCH, K.V.; LUIZ, R.R.; WERNECK, G.L. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002. p.107-113.

BÖHLKE, M. *et al.* Reabilitação e qualidade de vida após o transplante renal. **Jornal Brasileiro de Transplante**. [online]. São Paulo, v.6, n.3, jul./set. 2003. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/profissionais/profissionais.asp>>. Acesso em: 07 jul. 2006.

BOWLING, A. **Measuring health**: a review of quality of life measurement scales. 2. ed. Buckingham: University Press, 1997. 248 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. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. Brasília, v.4, n.2, p.15-25, 1996. Suplemento.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A construção de vidas mais saudáveis**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002. 15 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para diabetes e doença renal**. 2003. 21 p.

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.

CARMO, W.B. *et al.* Hipertensão arterial e hipertrofia ventricular esquerda em pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v.25, n.1, p.1-9, mar. 2003.

CARO, J.J. Persistence with treatment for hypertension in actual. **Can Med. Assoc. J.**, v.160, n.2, p.31-37, 1999.

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.

CARVALHO, R.T.; DOLCI, M.I. Saúde suplementar. In: KALIL, J. (org.) **Buscando uma política de medicamentos para o Brasil**. São Paulo: FSB Comunicações, 2006. p.56-58.

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.49, n.3, p.245-249, jul./set. 2003.

CASTRO, M.C.M. Atualização em diálise: complicações agudas em hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v.23, n.2, p.108-113, jun. 2001.

CASTRO, V.D.; CAR, M.R. Dificuldades e facilidades dos doentes no seguimento do tratamento da hipertensão arterial. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.33, n.3, p.294-304, set. 1999.

CENSO dos Centros de Diálise no Brasil – 2004/2005. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br>>. Acesso em: 15 ago. 2006.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A. **Metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Pretence Hall, 2002. 48 p.

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.

CHAVES, L.P.D. *et al.* Estudo da sobrevida de pacientes submetidos à hemodiálise e estimativas de gastos no município de Ribeirão Preto-SP. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.36, n.2, p.193-199, jun. 2002.

CONSENSO III Brasileiro de Hipertensão Arterial. Campos de Jordão, São Paulo. (12-15 fev. 1998). Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/documento>>. Acesso em: 16 jun. 2005.

CRESPO, F.M. Compliance/aherence and care management in HIV disease. **J. Assoc. Nurses AIDS Care**, v.8, n.4, p.43-54, jul./aug. 1997.

DANTAS, R.A.S.; SAWADA, N.O.; MALERBO, M.B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.4, p.532-538, jul./ago. 2003.

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

DEGLI, E.E. *et al.* Long-term persistence with antihypertensive drugs in new patients. **J. Hum. Hypertens.**, v.16, n.4, p.439-444, 2002.

DIAS; L.P.M.; TRENTINI, M.; SILVA, D.M.G.V. Grupos de convivência: uma alternativa instrumental para a prática da enfermagem. **Rev. Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v.4, n.1, p.83-92, jan./jun. 1995.

DIRETRIZES em transplante renal. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/diretrizes/tx.htm>>. Acesso em: 15 jul. 2006.

DRAÍBE, S.A. Insuficiência renal crônica. In: AJZEN, H.; SCHOR, N. **Guia de nefrologia**. Barueri: Manole, 2002. p.179-194.

ELIAS, P.E.M.; RECH, N. Sistema Único de Saúde. In: KALIL, J. (org.) **Buscando uma política de medicamentos para o Brasil**. São Paulo: FSB Comunicações, 2006. p.52-55.

ERYILMAZ, M.M. *et al.* Quality of sleep and quality of life in renal transplantation patients. **Transplant. Proc.**, Antalya, v.37, n.5, p.2072-2076, jun. 2005.

FAÉ, A.B. *et al.* Facilitadores e dificultadores da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.32-36, jan./mar. 2006.

FARQUHAR, M. Definitions of quality of life: a taxonomy. **Journal of Advanced Nursing**, v.22, n.3, p.502-508, 1995.

FAYERS, P.M.D. **Quality of life**: assessment, analysis and interpretation. Chichister: John Wiley, 2000. 168 p.

FERREIRA, A.; HEILBERG, I. Infecção do trato urinário no pós-transplante renal em crianças. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v.23, n.1, p.18-24, mar. 2001.

FERMI, M.R.V. **Manual de diálise para a enfermagem**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. 140 p.

FERRAZ, M.B. Qualidade de vida – conceito e um breve histórico. **Jovem Médico**, São Paulo, v.3, n.4, p.219-222, 1998.

FIGUEIREDO, R.M. *et al.* Adesão de pacientes com AIDS ao tratamento com antiretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.4, p.50-55, abr. 2001.

FLECK, M.P.A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-Bref". **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.2, p.178-183, abr. 2000.

FRANCISCHETTI, A. Alguns aspectos fisiopatológicos e terapêuticos da nefropatia hipertensiva. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v.23, n.2, p.84-96, jun. 2001.

FUCHS, S.C.; CASTRO, M.S.; FUCHS, F.C. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v.7, n.3, p.90-93, 2004.

FUNCHAL, D. Um conceito para mudar o perfil do profissional farmacêutico. **Revista Racine**, São Paulo, v.3, n.59, p.8-11, 2000.

GAÍVA, M.A.M. Qualidade de vida e saúde. **Revista Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.377-382, dez. 1998.

GARCIA, V.D. **Por uma política de transplantes no Brasil**. São Paulo: Office Editora, 2000. p.70-86.

GAUTHIER, J.H.N. *et al.* **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p.279-284.

GIR, E.; VAICHULONIS, C.G.; OLIVEIRA, M.D. Adesão à terapêutica anti-retroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.5, p.634-641, set./out. 2005.

GOMES, C.M.A. Descrição da qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.7, n.2/4, p.60-63, abr./dez. 1997.

GONÇALVES, L.F.S. *et al.* Aspectos clínicos, rotinas e complicações. In: BARROS, E. *et al.* (Cols.). **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento.** 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. p.475-497.

GREGG, C.H.; ROBERTUS, J.L.; STONE, J.B. **The psychological aspects of chronic illness.** Springfield: Charles C. Thomas, 1989. p.3-13.

GRIFFITH, T.F. *et al.* Characteristics of treated hypertension in incident hemodialysis and peritoneal dialysis patients. **Am. J. Kidney Dis.**, Taiwan, v.42, n.6, p. 1260-1269, dec. 2003.

GUERRA, R. Política de acesso aos medicamentos. In: KALIL, J. (org.) **Buscando uma política de medicamentos para o Brasil.** São Paulo: FSB Comunicações, 2006. p.51-52.

GUILLERMIN, F.; BOMBARDIER, B. Cross-cultural adaptation of health-related of life measures: literatura review and proposed guide-lines. **J. Clin. Epidemiol.** v. 46, n.12, p.1471-1483, 1993.

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, jun. 2000.

GUSMÃO, J.L.; PIERIN, A.M.G. A importância da qualidade de vida na hipertensão arterial. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v.7, n.3, p.104-108, 2004.

GUYTON, A.C. **Tratado de fisiologia médica.** 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. p.291-293.

HOMEDES, N.; UGALE, A. Estudios sobre el cumplimiento del paciente em países em desarrollo. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v.16, n.6, p.518-522, 1994.

HORNQUIST, J.O. Quality of life: concept and assessment. **Scand. J. Soc. Méd.**, v.18, n.4, p.69-79, 1990.

IANHEZ, L.E. Seleção e preparo de receptores para transplante renal. **Jornal Brasileiro de Transplante**. [online]. São Paulo, v.4, n.3, set./dez. 2001. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/profissionais/profissionais.asp>>. Acesso em: 07 jul. 2006.

IANHEZ, L.E. Manejo clínico do transplante renal. In: RIELLA, M.C. **Princípio de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabra Koogan, 2003. p.657-671.

IANHEZ, L.E.; PAULA, F.J.; ARAP, S.; SABBAGA, E. Reabilitação profissional no pós transplante renal e condição sócio-econômica. **Jornal Brasileiro de Transplante**. [online]. São Paulo, v.1, n.2, abr./jun. 1998. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/profissionais/profissionais.asp>>. Acesso em: 07 jul. 2006.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 out. 2006.

ICKOVICS, J.R.; MEISLER, A.W. Adherence in AIDS clinical trials: a framework for clinical research and clinical care. **J. Clin. Epidemiol**, v.50, n.4, p.385-391, 1997.

IDE, C.A.; CHAVES, E.C. A intervenção do enfermeiro na assistência ao diabético. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.26, n.2, p.187-204, jun. 1992.

JOHNSON, J.A.; BOOTMAN, J.L. Drug related morbidity and mortality. A cost of illness model. **Archives of Internal Medicine**, v.155, n.4, p.1949-1956, 1995.

KALIL, J. Imunologia do transplante renal. In: RIELLA, M.C. **Princípio de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p.646-656.

KAWAKAME, P.M.G.; MIYADAHIRA, A.M.K. Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.39, n.2, p.164-172, jun. 2005.

KIMURA, M. **Tradução para o português e validação do “Quality of Life Index” de Ferrans e Powers**. 1999. 170 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

KINGTON, R.S.; SIMTH, J.P. Doenças crônicas. In: SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem em médico-cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2002. p.105.

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. Bras.**, São Paulo, v.49, n.4, p.361-362, 2003.

LI, L. *et al.* Psychometric properties of the WHO Quality of life questionnaire (WHOQOL-100) in patients with chronic diseases and their caregivers in China. **Bull. World Health Organ.**, Changsha, v.82, n.7, p.493-502, jul. 2004.

LIGNANI, L.J.; GRECO, D.B.; CARNEIRO, M. Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/AIDS. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.6, p.495-501, dez. 2001.

LIMA, A.F.B.S. **Qualidade de vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool**. 2001. 120 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

LIMA; E.X.; ALVES, R.M.; LIMA, S.B. Hemodiálise: educando pacientes para o autocuidado. **Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, v.1, n.3, p.6-10, maio/jun. 2001.

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.

LIMA, A.F.C.; GUALDA, D.M.R. História oral de vida: buscando o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico. **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v.35, n.3, p.235-241, set. 2001.

LISS, P.E.L. (editor). On need quality of life in Nordenfelt. **Concepts and Measurement of life in health care**. Dordrecht: Kluwer, 1994. p.63-78.

LUBKIN, I.M. **Chronic illness: impac and interventions**. 2. ed. Boston: Jones and Bartlett, 1990. p.78-90.

MACEDO JÚNIOR, A.; ARAÚJO, L.A.C. Considerações sobre hipertensão para atenção farmacêutica. **Infarma – Informativo Profissional do Conselho Federal de Farmácia**, Brasília, v. 16, n.5/6, p.80-83, 2004.

MACHADO, L.R.C.; CAR, M.R.A. A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica: o inevitável e o causal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.37, n.3, p.27-35, set. 2003.

MACHADO, G. *et al.* Aplicación de um método de valoración de qualidade de vida en un Centro de Hemodiálisis en Mendoza. **Rev. Nefrol. Dial. Y Transpl.**, Mendoza, v.24, n.1, p.181-184, mar. 2004.

MAFRA, D. Revisão: minerais e a doença renal crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v.25, n.1, p.17-24, mar. 2003.

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

MARIN, N. *et al.* **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. p.251-253.

MARTINS, M.A.; ABRAHÃO, J.C. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). In: KALIL, J. (Org.) **Buscando uma política de medicamentos para o Brasil**. São Paulo: FSB Comunicações, 2006. p.59-62.

MARTINS, C.; RIELLA, M.C. **Nutrição e o rim**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p.115-129.

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.4, n.3, p.5-18, dez. 1996.

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.

MENDES, A.C.; SHIRATORI, K. As percepções dos pacientes de transplante renal. **Nursing – Revista Técnica de Enfermagem**, São Paulo, v.5, n.44, p.45-51, jan. 2002.

MICHELONE, A.P.C.; SANTOS, V.L.C.G. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.6, p.875-883, nov./dez. 2004.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida: um debate necessário. **Ciência Saúde Coletiva**, São Paulo, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

MINGARDI, G. *et al.* Health-related quality of life in dialysis patients: a report from an Italian study using the SF-36 Health Survey. **Nephrol. Dial. Transplant.**, Milano, v.14, n.5, p.1503-1510, 1999.

MONTEIRO, M.P. Transplantes psicanálise da doação – “os fatos, os mitos e as perspectivas éticas”. **Jornal Brasileiro de Transplante**. [online]. São Paulo, v.5, n.1, jan./abr. 2002. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/profissionais/profissionais.asp>>. Acesso em: 07 jul. 2006.

MOREIRA, T.M.M. *et al.* Trabalhando a auto-ajuda em grupo no controle da hipertensão. **Nursing – Revista Técnica de Enfermagem**, São Paulo, v.2, n.13, p.20-24, jun. 1999.

NAGLE, L.M. The meaning of technology for people with chronic renal failure. **Holist Nurs. Pract.**, v.12, n.4, p.78-92, 1998.

NIES, A.S.; SPIELBERG, S.P. Princípios da terapêutica. In: GOODMAN, A.; GILMAN, G.L. **As bases farmacológicas da terapêutica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Mc Graw-Hill editora, 1996. 1436 p.

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

NOBRE, F. *et al.* **Adesão ao tratamento**: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial, 2001. 124 p.

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.

NORDENFELT, L. Concepts and of quality of life in health care. In: **Towards a theory of happiness**: a subjectivist notion of quality of life. Dordrecht: Kluwer, 1994. p.35-37.

NUSSENZVEIG, I. Envelhecimento renal. In: FILHO, E.T.C.; NETO, M.P. **Geriatría**: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 1994. p.179-194.

OBERLEY, E.T.; SADLER, J.H.; ALT, P.S. Renal rehabilitation: obstacles, progress, and prospects for the future. **Am. J. Kidney Dis.**, Taiwan, v.35, n.4, p.141-147, 2000.

OLESON, M. Subjectively perceived quality of life. **Journal of Nursing Scholarship**, v.22, n.3, p.187-190, apr. 1990.

OLIVEIRA, A.G.C. **Convivendo com a doença crônica da criança**: a experiência da família. 1994. 141 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

OLIVEIRA, S.L. **Tratado de metodologia científica**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 2000. p.115.

OLIVEIRA, D.R.; LENARDT, M.H.; TUOTO, F.S. O idoso e o sistema de cuidado à saúde na doença renal. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.16, n.4, p.49-58, out./dez. 2003.

PADRÃO, M.B.; LIMA, A.A.F; MORAES, E.L. Fatores que influenciam a recusa familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes. **Jornal Brasileiro de Transplante**. [online]. São Paulo, v.7, n.3. jul./set. 2004. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/profissionais/profissionais.asp>. Acesso em: 20 jun. 2006.

PASCOAL, I.F.; MION, D.J. Hipertensão arterial e o rim. In: RIBEIRO, A.B. (Org.). **Atualização em hipertensão arterial**: clínica, diagnóstico e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 1996. p.97-108.

PEREIRA, L.C. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde em paciente transplantado renal. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v.25, n.1, p.10-16, jan. 2003.

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

PESTANA, J.O.M. Transplante renal. In: AJZEN, H.; SCHOR, N. **Guia de nefrologia**. Barueri: Manole, 2002. p.303-314.

PIERIN, A.M.G.P.; GUSMÃO, J.L.; CARVALHO, L.V.B. A falta de adesão ao tratamento como fator de risco para hipertensão arterial. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v.7, n.3, p.100-103, 2004.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisas em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1995. 420 p.

RAHMAN, M.; GRIFFIN, V. Patterns of antihypertensive medication use in hemodialysis patients. **Am. J. Health Syst. Pharm.**, Cleveland, v.61, n.14, p.1473-1478, jun. 2004.

RAMÍREZ, F. *et al.* Desarrollo de un instrumento para medir la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica y diálisis: una experiencia en Honduras. **Rev. Méd. Hondur.**, Honduras, v.70, n.1, p.3-8, enero/mar. 2002.

REGINSTER, J.Y. Adherence and persistence: impact on outcomes and health care resources. **Bone**, Belgium, v.38, n.3, p.S18-S21, 2006. Suppl.

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.

RIANTHAVORN, P.; ETTENGER, R.B. Medication non-adherence in the adolescent renal transplantation recipient: A clinician's viewpoint. **Pediatr. Transplant.**, Los Angeles, v.9, n.3, p.398-407, jun. 2005.

RIELLA, M.C. **Princípio de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 1033 p.

ROCHA, P.P.R. *et al.* Sobrevida em diálise: análise do desempenho de um centro satélite (6 anos). **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v.12, n.2, p.40-44, fev. 1990.

RODRIGUES, J.T. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.8, n.1, p.13-22, jan./jun. 2003.

RODRIGUES JÚNIOR, P.E. Insuficiência renal crônica. In: CRUZ, J.; PRAXEDES, J.N.; CRUZ, H.M.N. **Nefrologia**. São Paulo: Sarvier, 1995. p.189-200.

RODRIGUES JÚNIOR, P.E. *et al.* Alterações de cálcio e fósforo séricos e hiperparatireoidismo na insuficiência renal incidente. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v.26, n.1, p.6-11, mar. 2004.

ROMÃO JÚNIOR, J.E. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v.26, n.3, p.01-03, ago. 2004, Suplemento 1.

ROUQUAYROL, M.Z; FILHO, N.A. **Epidemiologia e Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999, p.77.

SALOMÃO, A. Projeto piloto de hemodiálise curta diária: melhora da qualidade de vida de renais crônicos. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v.24, n.4, p.168-175, abr. 2002.

SANTOS, O.R. Insuficiência renal aguda. In: SANTOS, J.A.; NOGUEIRA JÚNIOR, A. **Doença dos rins**. São Paulo: Fundo editorial BYK, 1999. p.257-265.

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. 2004.

SCHNIDRIG, C. *et al.* Hipertensión Arterial en Hemodiálisis. **Rev. Nefrol. Diál. Y Transp.**, Córdoba, v.58, n.3, p.3-8, mar. 2003.

SCHWARTZMANN, L. Calidad de vida de pacientes en hemodiálisis. **Arch. Med. Int.** Uruguai, v.4, n.2, p.173-179, 1998.

SEGUÍ, J.M. *et al.* Mejoría en la calidad de vida de pacientes hemodializados crônicos a través de la terapia ocupacional remunerada (TOR) o trabajo benévolo: nuestra experiência. **Rev. Nefrol. Diál. Y Transpl.**, Mendoza, v.23, n.3, p.121-126, sep. 2003.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.580-588, mar./abr. 2004.

SESSO, R. Epidemiologia da insuficiência renal crônica no Brasil. In: AJZEN, H.; SCHOR, N. **Guia de nefrologia**. Barueri: Manole, 2002. 478 p.

SESSO, R.; FERRAZ, M.B. Avaliação crítica do Sevelamer no tratamento da hiperfosfatemia em pacientes com insuficiência renal crônica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.49, n.1, p.103-108, mar. 2003.

SILVA, O.M.M. *et al.* Fatores de risco para o desemprego entre pacientes submetidos a programas de diálise regular. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v.17, n.1, p.47-50, jan. 1995.

SILVA, D.M.G.V. *et al.* Qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.55, n.5, p.562-567, set./out. 2002a.

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.

SILVA, D.M.G.V. *et al.* Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.1, p.7-14, jan./fev. 2005.

SILVEIRA, L.M.C.; RIBEIRO, V.M.B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface – Comunicação, Saúde, educação**, Botucatu, v.9, n.16, p.91-104, set./nov. 2005.

SIMINOFF, L. *et al.* Factors influencing families' consent for donation of solid organs for transplantation. **Jama**, v.286, n.1, p.71-77, jan./mar. 2001.

SIMONETTI, J.P.; BATISTA, L.; CARVALHO, L.R. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.3, p.415-422, maio/jun. 2002.

SKEVINGTON, S.M.; LOTFY, M.; CONNELL, K.A. The World Health Organization's WHOQOL-bref quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. **Qual. Life Res.**, v.13, n.6, p.299-310, jun. 2004.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner e Suddart**: tratamento de enfermagem médico-cirúrgica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 1813 p.

SOARES, C.M.B. *et al.* Curso clínico da insuficiência renal crônica em crianças e adolescentes admitidos no programa interdisciplinar do HC-UFMG. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v.25, n.3, p.117-125, set. 2003.

SOCIEDADE Brasileira de Nefrologia. Censo 2001. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br>>. Acesso em: 22 jun. 2005.

SOUZA, L.C.A. **Dicionário de administração de medicamentos na enfermagem 2005/2006**. 4. ed. Rio de Janeiro: EPUB, 2004. 926 p.

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.

SUZUKI, K. **Pesquisa sobre qualidade de vida de pacientes de UTI**: uma revisão de literatura. 2002. 110 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

TÁVORA, E.R.F. Transplante renal. In: PAOLUCCI, A.A. **Nefrologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992. p.362-377.

TEIXEIRA, A.C.A. **Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial e seus determinantes em pacientes de ambulatório**. 1998. 112 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1998.

THE WHOQOL GROUP. Development of the world health organization WHOQOL-bref. Quality of life assesment 1998. **Psychol Med**, Genebra, v.28, n.5, p.551-558, 1998.

TOMASZ, W.; PIOTR, S. A trial of objective comparison of quality of life between chronic renal failure patients treated with hemodialysis and renal transplantation. **Ann. Transplant.**, Poland, v.8, n.2, p.47-53, 2003.

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

TOMÉ, F.S. *et al.* Métodos dialíticos. In: BARROS, E. *et al.* (Cols). **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999b. p.441-459.

TRANSPLANTE de Rim-Rim/Pâncreas. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/profissionais/profissionais.asp#>>. Acesso em: 07 jul. 2006.

TRENTINI, M. *et al.* Qualidade de vida dos indivíduos com doenças cardiovasculares crônica e diabetes mellitus. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.11, n.2, p.20-27, jul. 1990.

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.

TRENTINI, M.; SILVA, D.G.; LEIMANN, A.H. Mudanças no estilo de vida enfrentadas por pacientes em condições crônicas de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.11, n.1, p.18-28, 1990.

TSUJI-HAYASHI, Y. *et al.* Health-related quality of live among renal-transplant recipients in Japan. **Transplantation**, v.68, n.4, p.1331-1335, 1999.

URYN, M.B. Transplante renais. In: FILHO, J. M. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médica, 1992. p.279-286.

VALENZUELA, R.G.V. *et al.* Estado nutricional de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise no Amazonas. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.49, n.1, p.93-109, mar. 2003.

VEIGA, H.C.; PINHEIRO, L.A.; LUGON, J.R. Revisão/atualização em diálise: alterações cardiovasculares em pacientes em hemodiálise regular. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v.20, n.3, p.336-341, maio 2004.

VIEIRA, M.R. **Transplante de rim**. Disponível em: <<http://www.b.com.br>>. Acesso em: 22 jun. 2005.

VIK, S.A. *et al.* Medication nonadherence and subsequent risk of hospitalization and mortality among older adults. **Drugs Aging**, Alberta, v.23, n.4, p.345-356, abr. 2006.

WARNOCK, D.G. Insuficiência renal crônica. In: BENNETT, J.C.; PLUM, F. **Cecil: tratado de medicina interna**. 20. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. p.614-622.

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

WESOLOWSKI, T.; SZYBER, P. Usage of the WHOQOL-100 as a trial of objective estimation of quality of life in end-stage renal disease patients treated with renal transplantation. **Pol. Merkuriusz Lek.**, Czestochowie, v.17, n.9, p.260-266, sep. 2004.

WHITE, Y.; GRENYER, B.F.S. The biopsychosocial impact of end-stage renal disease: the experience of dialysis patients and their partners. **J. Adv. Nurs.**, v.30, n.6, p.1312-1320, 1999.

WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med.**, v.41, n.10, p.1403-1409, 1995.

WHOQOL, G. Whoqol-Bref. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol84.html>>. Acesso em: 15 jun. 2005.

WILKS, R.J. *et al.* Quality of care of hypertension in three clinical settings in Jamaica. **West Indian Med. J.**, v.49, n.3, p.220-225, sep. 2000.

WILLIAMS, A.B. Adherence to highly active antiretroviral therapy. **Nurs. Cli. North Am.**, v.34, n.1, p.113-119, mar. 1999.

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.

ZANEI, S.S.V. **Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de Unidades de Terapia Intensiva e seus familiares**. 2006. 135 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A

Carta à Instituição

Alfenas, 13 de dezembro de 2005.

Ilmo. Sr.
Dr. Agnaldo Araújo
Diretor Clínico do Hospital Universitário Alzira Velano

Eu, Fábio de Souza Terra, enfermeiro e professor substituto da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL - MG) e mestrando em Saúde pela Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS), sob orientação da Profª. Dra. Ana Maria Duarte Dias Costa, estou realizando uma pesquisa intitulada "Avaliação da qualidade de vida do paciente renal crônico submetido à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico de uso diário", com o objetivo de avaliar a qualidade de vida desses clientes submetidos à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico.

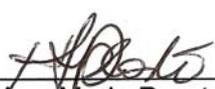
Gostaríamos de sua autorização para o levantamento de dados e realização desta pesquisa nesta Instituição, e para abordagem aos pacientes da clínica de hemodiálise.

Esclarecemos que os pesquisadores obedecerão às normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos, sendo preservado o anonimato da clientela bem como da Instituição, e estaremos atentos para não interferir na dinâmica de trabalho e funcionamento desse hospital.

Desde já agradecemos a atenção dispensada ao pedido.

Atenciosamente,


Enfº. Fábio de Souza Terra


Profª. Dra. Ana Maria Duarte Dias Costa

13/12/05
ciente e de acordo

Hospital Universitário Alzira Velano
Dr. Agnaldo Araújo - Diretor Clínico
CRM-MG 05830

APÊNDICE B

Carta à Instituição

Alfenas, 23 de novembro de 2005.

Ilmo. Sr.
Dr. Francisco Roberto Lello Santos
Coordenador do Serviço de Terapia Renal Substitutiva do Hospital Universitário Alzira Velano

Eu, Fábio de Souza Terra, enfermeiro e professor substituto da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL - MG) e mestrando em Saúde pela Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS), sob orientação da Prof^a. Dra. Ana Maria Duarte Dias Costa, estou realizando uma pesquisa intitulada "Avaliação da qualidade de vida do cliente renal crônico submetido à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico de uso diário", com o objetivo de avaliar a qualidade de vida desses clientes submetidos à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico.

Gostaríamos de sua autorização para o levantamento de dados e realização desta pesquisa nesta Instituição, e para abordagem aos pacientes da clínica de hemodiálise.

Esclarecemos que os pesquisadores obedecerão às normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos, sendo preservado o anonimato da clientela bem como da Instituição, e estaremos atentos para não interferir na dinâmica de trabalho e funcionamento desse hospital.

Desde já agradecemos a atenção dispensada ao pedido.

Atenciosamente,

Fábio de Souza Terra

Enf^o. Fábio de Souza Terra

Prof^a. Dra. Ana Maria Duarte Dias Costa

Prof^a. Dra. Ana Maria Duarte Dias Costa

13/12/05
ciente e de acordo

Hospital Universitário Alzira Velano
Dr. Aguiinaldo Araújo - Diretor Clínico
CRM-MG 05830

DE ACORDO

Francisco R. L. Santos
Dr. Francisco R. L. Santos
Nefrologista
CRM 29447
CPF 738636708-63

24/11/05

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____,
 RG: _____, nascido em ___/___/___ e domiciliado
 à _____,
 município de _____.

Declaro que consinto em participar como voluntário do projeto "**Avaliação da qualidade de vida do paciente renal crônico submetido à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico de uso diário**", sob responsabilidade do pesquisador Prof. Fábio de Souza Terra e orientação da Prof. Dra. Ana Maria Duarte Dias Costa. Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido que: A) o estudo será realizado a partir da aplicação de questionários que deverá ser respondido por mim (participante da pesquisa); B) que não haverá riscos para minha saúde, C) que posso consultar os pesquisadores responsáveis em qualquer época, pessoalmente ou por telefone, para esclarecimento de qualquer dúvida; D) que estou livre para, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa e que não preciso apresentar justificativas para isso; E) que todas as informações por mim fornecidas e os resultados obtidos serão mantidos em sigilo e que, estes últimos só serão utilizados para divulgação em reuniões e revistas científicas sem a minha identificação; F) que serei informado de todos os resultados obtidos, independentemente do fato de mudar meu consentimento em participar da pesquisa; G) que não terei quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre os eventuais resultados decorrentes da pesquisa; H) que esta pesquisa é importante para o estudo, melhor entendimento do assunto qualidade de vida do renal crônico submetido à hemodiálise, assim como para criação de critérios que possam minimizar as dificuldades geradas pelo tratamento contínuo e presença de complicações e sintomas decorrentes da patologia, favorecendo a adesão ao tratamento farmacológico. Assim, consinto em participar do projeto de pesquisa em questão.

Alfenas, ____ de _____ de 200____.

 Voluntário

 Fábio de Souza Terra
 Pesquisador

OBS: Este termo apresenta duas vias, uma destinada ao usuário ou seu representante legal e a outra ao pesquisador.

Contato: UNIFAL-MG - Departamento de Enfermagem

Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714

CEP: 37130-000

Alfenas – MG

TEL : (35) 3299-1380 ou 3299-1382

APÊNDICE D

Questionário

Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS)
Trabalho de pesquisa – Mestrado em Saúde
Orientadora: Prof^ª. Dra. Ana Maria Duarte Dias Costa
Mestrando: Enf^º. Fábio de Souza Terra

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Nº do entrevistado: _____

1) Gênero:

() Masculino () Feminino

2) Idade (em anos): _____

3) Município onde reside:

() Alfenas () Outros municípios. _____

4) Estado civil:

() Casado(a) () Solteiro(a)
() Viúvo(a) () Outro. Especificar: _____

5) Escolaridade:

() Analfabeto(a) () 2º Grau completo
() 1º Grau incompleto () 3º Grau incompleto
() 1º Grau completo () 3º Grau completo
() 2º Grau incompleto

6) Ocupação (profissão):

() Do lar () Aposentado(a) / Licença-saúde () Outras profissões

7) A hemodiálise interferiu em suas atividades profissionais:

() Sim () Não

8) A hemodiálise interferiu em suas atividades de lazer e recreação:

() Sim () Não

9) Renda familiar mensal (salário mínimo – R\$ 350,00):

() Menos de 1 salário mínimo () 3 a 5 salários mínimos
() 1 a 2 salários mínimos () Mais de 5 salários

10) Tipo de moradia:

() Casa própria () Aluguel
() Outra. Especificar: _____

22) Cite todos os medicamentos que você utiliza:

23) Como você adquire esses medicamentos:

- Compra com próprios recursos na farmácia.
 Adquire gratuitamente.
 A família compra.
 Compra quando tem condições financeiras.
 Compra somente os que não são fornecidos pela rede pública de saúde.

24) Com relação aos medicamentos que você utiliza, você sabe para que eles servem:

- Conhece todos os medicamentos.
 Conhece apenas alguns medicamentos.
 Desconhece todos os medicamentos.

25) Você toma todos os dias os medicamentos prescritos pelo médico:

- Sim Não

26) Alguém auxilia (ajuda) você a tomar os medicamentos diários:

- Não Sim. Especificar quem: _____

27) Você interrompeu o uso de algum(ns) desse(s) medicamento(s) por conta própria:

- Não Sim

28) Se sim, qual o motivo que levou você a interromper o uso de algum(ns) desse(s) medicamento(s):

- Esquece de tomar.
 Não tem como comprar os medicamentos.
 Não acha necessário tomá-los todos os dias.
 Apresentou reações adversas ao(s) medicamento(s).

29) Realizando a hemodiálise e tomando os medicamentos diariamente, qual a sua expectativa de vida para o futuro com relação a saúde:

APÊNDICE E

Carta à Instituição

Alfenas, 23 de novembro de 2005.

Ilmo. Sr.
Dr. Fernando Eugênio Pires do Prado
Diretor Clínico da Unidade de Terapia Renal Substitutiva Nefrosul

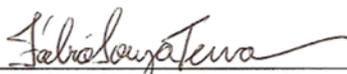
Eu, Fábio de Souza Terra, enfermeiro e professor substituto da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL - MG) e mestrando em Saúde pela Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS), sob orientação da Prof^a. Dra. Ana Maria Duarte Dias Costa, estou realizando uma pesquisa intitulada "Avaliação da qualidade de vida do cliente renal crônico submetido à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico de uso diário", com o objetivo de avaliar a qualidade de vida desses clientes submetidos à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico.

Gostaríamos de sua autorização para a realização do pré-teste (validação do instrumento) nesta Instituição, e para abordagem aos pacientes da clínica de hemodiálise.

Esclarecemos que os pesquisadores obedecerão às normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos, sendo preservado o anonimato da clientela bem como da Instituição, e estaremos atentos para não interferir na dinâmica de trabalho e funcionamento desse hospital.

Desde já agradecemos a atenção dispensada ao pedido.

Atenciosamente,



Enf^o. Fábio de Souza Terra



Prof^a. Dra. Ana Maria Duarte Dias Costa



Dr. Fernando Eugênio do Prado
Nefro
CRM 17533-MG

ANEXO A**DECLARAÇÃO**

O COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP, da UNIFENAS, constituído de conformidade com a Portaria nº 32, de 19 de abril de 2001, da Reitoria, e nos termos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, declara que o Prof. Fábio de Souza Terra apresentou o relatório final referente ao projeto de pesquisa **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE RENAL CRÔNICO SUBMETIDO À HEMODIÁLISE E SUA ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DE USO DIÁRIO**, cujo protocolo, nº 116/2005, fora aprovado por este Comitê na data de 22/11/2005.

Alfenas, 02 de fevereiro de 2007

Profª Helena Engel Velano
Coordenadora do CEP

ANEXO B

Instrumento – Qualidade de Vida (WHOQOL- Bref)

Nº do entrevistado: _____

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, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.
- Tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações, tomando como referência as *duas últimas semanas*.
- Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
01	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
02	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
03	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
04	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
05	O quanto você	1	2	3	4	5

	aproveita a vida?					
06	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
07	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
08	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
09	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	Completa-mente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidade 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
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito		Nem		Muito
--	--	-------	--	-----	--	-------

		insatisfeito	Insatisfeito	satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se **com que freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Freqüente-mente	Muito freqüente-mente	Sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!