



PACIENTES RENAIIS TERMINIAS SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE NO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO:

ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICO E QUALIDADE DE VIDA

Cristiane Camargo de Oliveira

criscamargo_psicologia@hotmail.com

UFSCar- Universidade Federal de São Carlos

Simone Camargo de Oliveira

sco.ufms@yahoo.com.br

UFMS- Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Ms. Cláudia Milhim Shiota

shiotaclaudia@uol.com.br

UNIP- Universidade Paulista

Daniela Santana Duarte

dani.kizy@hotmail.com

UFMS- Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Priscila Carvalho de Araújo

pri_wal@hotmail.com

UFMS- Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo avaliar o nível de Qualidade de Vida de pacientes renais terminais em hemodiálise. Foram objetivos também analisar se os resultados são diferenciados quanto ao gênero, idade e tempo em que o paciente se encontra em hemodiálise. Foram participantes dessa pesquisa 20 pessoas adultas de ambos os sexos, com idades entre 18 e 70 anos que estavam em tratamento de hemodiálise. Os instrumentos utilizados foram: termo de consentimento livre e esclarecido; ficha de identificação (dados demográficos) e duas questões abertas sobre qualidade de vida e o Questionário SF-36 Pesquisa em Saúde - Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey. Foram colhidos e analisados os resultados, concluindo que os pacientes renais da amostra estudada apresentaram uma qualidade de vida (QV) reduzida principalmente nos aspectos físicos (AF) e no estado geral de saúde (EGS). A percepção da qualidade de vida após o início do tratamento foi colocada como pior por 65% dos pacientes. Não houve diferenças significativas entre: gênero e qualidade de vida; e o tempo de tratamento e QV. Na correlação entre idade e QV foi verificada correlação linear negativa com a dimensão de aspectos físicos mostrando que, com a idade, o aspecto físico se compromete mais. Diante dos resultados obtidos e dificuldades listadas a qualidade de vida, acredita-se que é clara a importância da intervenção do profissional de Psicologia e de demais profissionais que detenham uma postura mais integrativa na busca de solução para as inúmeras limitações e dificuldades provocadas pela IRC e o seu tratamento, sendo necessário um re-aprender a viver, sempre de uma maneira mais humana e integral.

Palavras-chave: Pacientes renais; qualidade de vida; hemodiálise.

INTRODUÇÃO

Até o início do século passado, as principais causas de morte eram as doenças agudas, de curta duração, geralmente viróticas ou bacterianas, como tuberculose, pneumonia e gastroenterite, que embora hoje possam ainda matar, estão tecnicamente sob o controle

da medicina. Atualmente as principais causas de comprometimento da qualidade de vida são as doenças crônicas, cuja etiologia tem claros mediadores comportamentais (Guimarães, 1999).

No Brasil os dados da pesquisa do PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio) Saúde 2003, e do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), mostrou que 29,9% dos brasileiros tem alguma doença crônica, e sua proporção varia de acordo com o sexo e idade. O percentual de mulheres que apresentam doenças crônicas chega a 33,9% e o de homens, a 25,7%. Estas doenças são ainda mais freqüentes entre os idosos: o percentual de homens e mulheres com 65 anos ou mais que declararam ter ao menos uma doença crônica chega a 77,6% (Lage, 2005).

Atualmente, existem mais ou menos meio milhão de pessoas no mundo, que vivem devido a alguma forma de tratamento para insuficiência renal crônica (Mello Filho e Burd, 2004).

O aumento de pessoas que passam a viver com esta doença no Brasil é cinco vezes maior que a da população mundial (1,3%) e continua a aumentar além das expectativas, não demonstrando sinais para fixar limites dentro das próximas duas décadas (Diniz; Schor, 2006 apud Moeller, Giorgerge e Brown, 2002).

Os dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (2006) apontaram que no Brasil a prevalência de pacientes mantidos no programa crônico de diálise mais que dobrou entre os anos de 1994 e 2004, no primeiro ano havia 24.000 pacientes no programa dialítico e em 2004 foram registrados 59.153 pacientes. A incidência de novos pacientes cresce em media 8% ao ano e os gastos com o programa de diálise e transplante renal no Brasil fica em torno de 1,4 bilhões.

As condições co-existent para pacientes em diálise relatados na literatura são o aumento da idade, a presença de *diabetes mellitus*, doença cardiovascular e a nutrição (Diniz e Schor, 2006).

Muitas podem ser as causas da insuficiência renal crônica (IRC), como as doenças que afetam diretamente os rins, as hereditárias, sistêmicas e congênitas. No estágio inicial, o tratamento necessário poderá ser uma dieta especial, não necessariamente com uso de medicamentos, não existindo cura para IRC. No estágio final da doença renal, o rim pode ter menos de 10% de sua função, precisando de tratamento dialítico ou transplante (Mello Filho e Burd, 2004).

A insuficiência renal aguda (IRA) é caracterizada pela queda rápida da filtração glomerular, que pode ser detectada laboratorialmente em poucos dias ou mesmo horas, podendo ser reversível. O termo insuficiência renal crônica (IRC) refere-se a situações de declínio gradual da taxa de filtração, progredindo de forma irreversível para estágios mais avançados. O termo doença renal terminal (DRT) é utilizado para caracterizar o estágio mais avançado da doença, quando a perda atinge mais de 90% da função renal, podendo advir de diversas doenças. Neste estágio há deteriorização progressiva e irreversível da função renal, não há mais a capacidade do organismo manter um equilíbrio metabólico e hidroeletrólítico. Esta falha resulta em uremia, que é a retenção de uréia e outros produtos nitrogenados no sangue, se tornado necessária a diálise ou o transplante renal para a sobrevivência do paciente (Brumer, 1998).

Vários autores afirmam que nestas pessoas houveram um aumento de queixas físicas, modificações socioeconômicas, culturais e de estilo de vida, abandono de emprego e/ou estudo, das atividades rotineiras, das relações maritais e interpessoais. Podem-se verificar também distúrbios psíquicos como: sentimentos de culpa, depressão, ansiedade e estress (Diniz; Schor, 2006).

Tratamentos: a hemodiálise e suas repercussões na vida do paciente.

No Brasil, o tratamento por diálise e transplante é quase que totalmente custeado pelo

Estado e não há restrições formais ao ingresso de qualquer paciente às unidades de tratamento (Busato, 2003).

Os pacientes que perdem a função renal têm três métodos de tratamento: a diálise peritoneal, a hemodiálise e o transplante renal.

A diálise peritoneal aproveita a membrana peritoneal que reveste a cavidade abdominal do corpo, para filtrar o sangue. Para realizar esta diálise, deve-se introduzir um cateter especial dentro da cavidade abdominal e através dele, fazer passar uma solução aquosa semelhante ao plasma. A solução permanece até fazer as trocas. O próprio paciente introduz a solução, fazendo três trocas diárias de quatro horas de duração e, depois de drenada nova substância é colocada (Busato, 2003).

A hemodiálise é feita por uma membrana dialisadora, formada por um conjunto de tubos finos, chamados de filtros capilares, sendo extracorpórea. Para isto se faz uma fístula (acesso vascular) artéria venosa (FAV), pois é necessário um vaso resistente e que permita ser puncionado três vezes por semana por quatro horas em média (Busato, 2003).

Atualmente, no Brasil, existem 70.872 pacientes em terapia renal substitutiva, conforme o Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia de 2006, sendo 64.306 pacientes em hemodiálise e 6.566 em DP. A região com maior número de pacientes é a Sudeste com 53% (Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2006).

A hemodiálise tem seus riscos como outros tratamentos apresentando complicações que devem ser evitadas como: hipertensão arterial, anemia severa, descalcificação, desnutrição, hepatite, aumento do peso por excesso de água ingerida e complicações das doenças que o paciente é portador. Os médicos controlam e tratam os problemas clínicos (edema, pressão alta, tosse, falta de ar, anemia) em cada sessão de hemodiálise (Busato, 2003).

Todo mês são exigidos exames de sangue para ver como estão as taxas de uréia, fósforo e ácido úrico e observam o estado dos ossos para evitar a descalcificação. A dieta é feita controlando as calorias, o sal e as proteínas (Busato, 2003).

Existe uma complexidade onde se cruzam vida e morte, saúde e doença, tecnologia e subjetividade. Em função disto o paciente burla seu tratamento, infringindo sua dieta buscando a afirmação de que não está doente, que é possível seu rim voltar a funcionar, principalmente quando a insuficiência renal crônica é detectada a partir de um achado fortuito de um exame laboratorial (Lima; Mandonça Filho & Diniz, 1998).

O paciente renal terá que enfrentar mudanças que uma pessoa sem a doença não vive. Não apenas mudanças iniciais no estilo de vida, com as quais já se depara na fase de diagnóstico, mas muitas outras como alteração de dieta alimentar, medicamentos, formas de tratamento, modificações físicas, modificações de esquema e imagem corporal, entre outras. Indicando que o paciente necessitará entrar em contato com novas informações, tomar decisões, aprender sobre essa nova experiência. Terá também que ajustar sua rotina, tendo, muitas vezes, que diminuir suas atividades e o modo de realizá-las; terá que aprender a pedir ajuda e, inicialmente, lidar com o desconhecido os sintomas que a doença pode acarretar como ansiedade, depressão, sentimentos de frustração ou raiva, problemas de ordem sexual, entre outros (Mello Filho e Burd, 2004; Barros, 2006).

Qualidade de Vida na Saúde.

O crescimento do reconhecimento de que o importante não é apenas a sobrevivência na escolha e avaliação adequada do método de substituição da função renal, vem crescendo e assim, a avaliação da qualidade de vida auxilia na definição de metas adequadas de recuperação para o tratamento, que impõe muitas limitações aos pacientes (Ravagnani; Domingos e Miyazaki, 2006).

O conceito de qualidade vem sendo aplicado aos serviços de saúde desde 1970. Inicialmente, o termo qualidade esteve apenas vinculado às atividades de atendimento ambulatorial e hospitalar, gerando um aumento dos custos hospitalares, devido às necessidades de melhorias na área física, equipamentos e contratação de profissionais. Posteriormente, o foco da qualidade 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 qualidade. As experiências clínicas e as mudanças comportamentais de pacientes diante de intervenções terapêuticas propiciaram o desenvolvimento e a instituição de medidas semi-quantitativas na avaliação do perfil de saúde, tornando-se assim responsáveis pelas primeiras definições de status de saúde (Ferraz, 1998).

Vários aspectos fundamentam o atual interesse por estudos sobre a qualidade de vida de pacientes portadores de doenças crônicas e terminais: a) conhecer o impacto da doença sobre atividades da vida diária, vocacionais, sociais e pessoais; b) identificar problemas específicos nesses pacientes; c) avaliar o impacto dos tratamentos e outros determinantes, como a não adesão do paciente; d) obter informação para comparar diferentes tratamentos e decidir qual deles poderá ser utilizado com quais pacientes; e) auxiliar nas decisões para aumentar a probabilidade do tempo de vida e melhorá-la o máximo; f) comparar o impacto de diferentes doenças crônicas com custos para realização de tratamento de saúde e implantação de programas de intervenção (Ravagnani; Domingos e Miyazaki, 2006).

Nesse estudo, a qualidade de vida foi avaliada por meio do questionário SF-36, *Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey*, trata-se de um instrumento genérico composto por 36 itens que avalia as seguintes dimensões da qualidade de vida: capacidade funcional (desempenho das atividades diárias, como capacidade de cuidar de si, vestir-se, tomar banho e subir escadas); aspectos físicos (impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias e ou profissionais); dor (nível de dor e o impacto no desempenho das atividades diárias e ou profissionais); estado geral de saúde (percepção subjetiva do estado geral de saúde); vitalidade (percepção subjetiva do estado de saúde); aspectos sociais (reflexo da condição de saúde física nas atividades sociais); aspectos emocionais (reflexo das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e ou profissionais) e saúde mental (escala de humor e bem-estar).

Através do uso do SF-36, vários autores têm demonstrado que a insuficiência renal crônica e seus tratamentos geram impacto negativo na vida dos pacientes, sendo acometidas inúmeras dimensões (Ferraz, 1998).

A pesquisadora refere-se ao instrumento como bem desenhado, multidimensional, útil para este tipo de avaliação, de fácil administração e compreensão, bem como de sua utilização por outros investigadores em diversas patologias crônicas (Ciconelli, 1999).

Castro et al (2003) demonstraram em sua pesquisa sobre a qualidade de vida em pacientes em hemodiálise que, com o avançar da idade, observou-se maior comprometimento nas atividades físicas e funcionais dos pacientes. Neste estudo, o tempo em programa de hemodiálise correlacionou-se negativamente com os aspectos emocionais, sugerindo que pacientes com maior tempo de IRC e de tratamento dialítico apresentam progressivo comprometimento das relações familiares e sociais. Por outro lado, aspectos emocionais correlacionaram-se positivamente com anos de estudo, sugerindo que os pacientes com maior escolaridade podem possuir recursos intelectuais capazes de gerar melhor adaptação emocional às conseqüências da doença renal crônica e do tratamento.

Martins et al (1996) verificaram em um estudo sobre qualidade de vida em pacientes crônicos, que esta população relaciona itens específicos a este termo como o bem-estar material (40%), que explicita itens como ter moradia, alimentação, vestuário, segurança financeira e emprego. Outro aspecto foi a necessidade de bem estar-físico (23,9%), e em

terceiro lugar o bem estar emocional, incluindo as sensações de tranqüilidade, paz, amor, alegria, compreensão, despreocupação, como características importantes para se ter QV (Martins; Franca e Kimura, 1996).

Martins e Cesarino (2005) constataram que alguns dos índices da qualidade de vida, o componente físico, trabalho, atividades domésticas e cuidado pessoal mostraram uma correlação negativa com o tempo de hemodiálise, indicando que quanto maior o tempo de HD, mais baixos eram os valores desse componente. Esses fatores influenciam não apenas a demanda ocupacional como a comorbidade, sendo fatores centrais para prejuízos sociais. As atividades comprometidas com a IRC foram identificadas como as atividades corporais, atividades recreativas e trabalho.

Os autores do estudo citado acima constataram prejuízos na QV das pessoas com doença renais crônicas e terminais, sendo os menores escores nos domínios dos aspectos físicos, emocionais e vitalidade (Martins; Cesarino, 2005).

OBJETIVOS

Avaliar o nível de Qualidade de Vida de pacientes renais terminais em hemodiálise.

Objetivos específicos

- Verificar em Qualidade de Vida os aspectos de: capacidade funcional; aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspecto emocional e saúde mental.
- Verificar se os resultados são diferenciados quanto ao gênero, idade e em relação ao tempo em que o paciente se encontrava em hemodiálise.

METODOLOGIA

Participaram desta pesquisa 20 pessoas adultas de ambos os sexos, com idades entre 18 e 70 anos que estavam em tratamento de hemodiálise em um hospital universitário de referência do interior do estado de São Paulo.

O critério de exclusão nesse estudo foi a presença de distúrbios mentais graves tais como a demência, demência senil, Alzheimer, déficit cognitivo importante (retardo mental) ou outros distúrbios neurológicos ou gerais que prejudicassem a linguagem ou compreensão dos instrumentos utilizados.

Foram utilizados três instrumentos específicos:

1. Ficha de Identificação: contendo dados como sexo, escolaridade, faixa etária, quanto tempo de hemodiálise semanal e quanto tempo fazem o tratamento de hemodiálise. Constam também duas questões abertas que tem como objetivo identificar a percepção dos participantes a respeito de sua qualidade de vida e apoio social.
2. Questionário SF-36 Pesquisa em Saúde - Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey (Ciconelli, Ferraz & Santos, 1998): trata-se de um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, sendo atualmente um dos instrumentos mais conhecidos e difundidos na área de saúde, já traduzido e validado no Brasil. É um questionário multidimensional, composto por 11 questões e 36 itens, com oito componentes ou domínios: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens). Cada componente do SF-36 corresponde a um valor, que varia de zero a 100, onde zero corresponde ao pior e 100 ao melhor estado de saúde.
3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: com a garantia de sigilo da identidade, de que a participação no estudo é voluntária e que os participantes foram informados com clareza acerca dos procedimentos a que serão submetidos, sobre os objetivos da pesquisa e o uso que será feito das informações coletadas.

Inicialmente, foi solicitada a autorização da direção da instituição hospitalar e dos responsáveis pelos serviços de Nefrologia e Psicologia. Em seguida o projeto foi enviado para o Comitê de Ética em Pesquisa da própria instituição de saúde (Parecer nº 326/2007 - protocolo nº 5215/2007).

Os participantes foram convidados a participar durante o horário das sessões de hemodiálise ou após o término da sessão, períodos devidamente autorizados pela equipe médica responsável. Foi solicitada a participação no estudo com uma orientação sobre o contexto da pesquisa, seus objetivos e procedimentos éticos.

RESULTADOS E DISCUSÃO

Os resultados deste estudo foram analisados em três diferentes fases.

Na primeira fase foi realizada análise descritiva dos resultados dos dados da ficha de identificação, com o objetivo de caracterizar o perfil demográfico dos participantes da pesquisa quanto à faixa etária, gênero, escolaridade, tempo de tratamento de hemodiálise.

Constam também duas questões abertas que tem como objetivo identificar a percepção dos participantes a respeito de sua qualidade de vida e apoio social.

Na segunda fase, foram descritos os dados provenientes da avaliação da qualidade de vida dos participantes obtidos por meio da aplicação do Questionário SF-36 - Pesquisa em Saúde (Ciconelli, Ferraz & Santos, 1998).

Dados demográficos, sociais e econômicos.

Os dados foram estudados em termos de porcentagem e apresentados em tabelas de acordo com cada uma das seguintes variáveis: faixa etária, gênero, renda familiar, estado civil e tempo de tratamento.

A escolha dos participantes foi aleatória, de acordo com a disponibilidade apresentada pelos mesmos.

Os participantes tinham idades entre 18 e 70 anos. As idades, porcentagens e médias da amostra total do estudo e encontram-se na Tabela 01. As idades serão descritas por categorias (faixas etárias).

Tabela 01

Distribuição e porcentagem dos participantes quanto à faixa etária.

Faixa etária	Nº	%	MD	DP
18-30 anos	01	05		
31-40 anos	04	20		
41-50 anos	04	20	49,45	12,15
51-60 anos	08	40		
61-70 anos	03	15		
TOTAL	20	100		

Os dados da tabela acima mostram que, considerando a amostra total, a maior parte dos participantes (40%) tinha idades entre 51-60 anos, com média de 49 anos (MD: 49,45; DP: 12,15).

Quanto ao gênero, tanto o masculino e feminino constituíram 50% da amostra.

Em relação ao estado civil 60% dos participantes eram casados, 15% solteiros, 15%

referiram estar separados, 5% relataram união consensual e foi verificada a mesma porcentagem (5%) de viúvos.

Os participantes, em sua maioria, possuem ensino fundamental incompleto (55%) e 25% o ensino médio completo. As categorias foram colocadas de acordo com o citado pela amostra:

Entre os 20 participantes desse estudo, 13 (65%) alegaram possuir uma profissão como, por exemplo, agricultor, pintor, segurança, metalúrgico, merendeira, vendedora entre outras.

No entanto 35% (N= 07) encontravam-se afastados devido ao tratamento recebendo auxílio-doença, 25% (N= 05) estavam aposentados e apenas 15% (N= 03) mantinham seus empregos. O mesmo número (15%, N= 03) estava desempregado.

Ao se tratar do item ocupação é importante considerar que a IRC é uma doença incapacitante a médio e longo prazo, principalmente se está associada a diabetes, lúpus ou outras doenças crônicas. A experiência da hemodiálise é única, tendo a obrigação de três vezes por semana a pessoa passar a ser totalmente dependente da máquina e da equipe médica.

Bertolin (2007) detectou em seu estudo com DRC que quando estavam envolvidos com algum trabalho apresentaram escores médios mais elevados para os fatores de autocontrole e suporte social, sendo um fator em que se comprovou a influência tem outras áreas.

Esses resultados confirmam o quanto a doença renal é debilitante, principalmente devido ao tratamento, geralmente intenso e invasivo.

Por exemplo, o participante H.A., durante a entrevista com a pesquisadora deu o seguinte relato: *“Hoje eu não posso trabalhar... Esse problema é sério para mim...”*. A fala da participante M.M. também se refere a esta questão: *“Nem todos dão serviço pra gente... Tudo é mais complicado”*.

Santos (2006) observou que a idade média da amostra de seu estudo era compreendida em uma faixa etária considerada potencialmente produtiva, o que pode ser colocado como estratégico, pois pode explicar a baixa ocupação profissional observada nesses pacientes.

A média de 49 anos é considerada fase produtiva, sendo que a aposentadoria normal requerida é aos 65 anos para o homem e 60 anos para a mulher (Ministério da previdência social, 2007). Nessa amostra foi observado um grande número de casos nos quais a aposentadoria foi requerida precocemente, por invalidez.

A religião entre os participantes foi referida em 95%. Observou-se que a religião predominante, citada por 75% dos participantes foi a católica, seguida da evangélica (15%).

Outros autores, em suas pesquisas, verificaram em vários estágios do tratamento que a religião predominante também foi a católica (Oliveira; Henrique; Andrade; Bastos, 2004).

As referências à “Deus” apareceram de forma constante durante a aplicação dos protocolos de pesquisa, sendo identificado com uma das principais estratégias de enfrentamento utilizadas. Em uma pesquisa, Marinho, Santos e Pedrosa (2005) verificaram que 28% dos participantes responderam que a fé era o caminho para a cura, para os autores tratou-se de um número significativo da amostra estudada.

Em relação à renda familiar, considerando a amostra total, 50% (N: 10) dos participantes relataram possuir renda familiar de 03 ou mais salários mínimos; 40% (N: 08) responderam ter entre 01 e 02 salários mínimos e 10% (N: 2) do total referiram possuir renda de até 01 salário. A média salarial foi de 2,6 salários mínimos (DP: 1,046).

O estudo sócio-econômico de Marinho, Santos e Pedrosa (2005) demonstram que 80% têm renda pessoal menor que 2,5 salários mínimos e quanto à renda familiar 52% das famílias sobrevivem com menos de três salários, caracterizando baixo nível sócio-econômico pela própria característica dos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo resultados semelhantes ao encontrado.

Ainda traçando o perfil sócio-econômico da amostra verificou-se que, entre os participantes, 30% moram em casas alugadas e 70% em casas próprias. 90% moram com outras pessoas, com uma média de 02 pessoas por casa.

Foi verificado também que 90% relataram não possuir plano de saúde, sendo esse dado explicado pelo local da coleta (setor de hemodiálise do SUS - sistema único de saúde).

Para Rudnicki (2007), o fato de o paciente possuir um plano de saúde serve como preditor de melhores índices de qualidade de vida em geral. Segundo a autora, ter um plano de saúde representa segurança de atendimento, além de possibilitar a minimização de intercorrências inevitáveis no caso de enfermidade renal. É sempre importante, durante uma doença crônica, ampliar a capacidade de adaptação do enfermo na busca de proteção e suporte. Embora a hemodiálise seja totalmente subsidiada pelo Sistema Único de Saúde, a co-morbidade, os exames e as consultas necessários ao bem-estar da pessoa não estão previstos com a mesma qualidade.

Os participantes também foram questionados se possuíam algum outro tipo de problema de saúde, além da doença renal: 55% relataram ter outras doenças, dentre as mais citadas estão: lupus, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, sendo estas etiologias justamente as mais prevalentes entre os portadores de IRCT (insuficiência renal crônica terminal).

Em seu estudo, Rudnicki (2007) também encontrou que, na grande maioria dos casos, esse quadro clínico (doença renal) estão acompanhados de outra enfermidade. A autora verificou a presença de hipertensão arterial sistêmica (HAS) em 40% dos respondentes e a *diabete mellitus* (DM) em 46%, confirmando, dessa forma, as informações da literatura especializada.

Qualidade de vida percebida (análise qualitativa)

Os participantes foram questionados em uma questão aberta, sobre sua percepção em relação à qualidade de vida após o início do tratamento. A maior parte (65%, N= 13) relatou piora em sua qualidade de vida, 15% (N= 03) referiram melhora e 20% (n= 04) colocaram que não houve mudança.

Este resultado mostra como esse tipo de tratamento é sempre bastante invasivo e altamente prejudicial à qualidade de vida dos pacientes. Santos (2006) colocou que, apesar das várias inovações tecnológicas incorporadas no procedimento hemodialítico atualmente, os estudos brasileiros não demonstram melhora da sobrevida dos pacientes portadores de insuficiência renal crônica (IRC) na última década.

Resultados do SF-36

Os resultados descritos a seguir são referentes aos escores obtidos por meio do Questionário SF-36 - Pesquisa em Saúde (Ciconelli, Ferraz e Santos, 1998).

Foram verificados em Qualidade de Vida os seguintes aspectos: capacidade funcional (CF), aspectos físicos (AF), dor (D), estado geral de saúde (EGS), vitalidade (Vita), aspectos sociais (AS), aspecto emocional (AE) e saúde mental (SM).

A Tabela 02 mostra os valores obtidos para cada uma das variáveis do SF-36. Observa-se que a qualidade de vida dos pacientes renais da amostra estudada é reduzida nos aspectos físicos (AF) e estado geral de saúde (EGS).

Esse resultado é concordante com a literatura nacional, que demonstra predomínio de pontuações mais baixas obtidas pelo SF-36 referentes a dimensão limitação por aspectos físicos entre pacientes renais terminal submetidos a esquema regular de hemodiálise em diversas unidades de diálise (Neto, 2000).

Resultados semelhantes foram encontrados por Santos (2006) que identificou a limitação por aspectos físicos a dimensão de qualidade de vida com pontuação mais baixa (pioor resultado). Para o autor, esse resultado é concordante com a literatura nacional, que demonstra predomínio de pontuações mais baixas obtidas pelo SF-36 referentes a dimensão limitação por aspectos físicos entre pacientes renais crônicos submetidos a esquema regular de hemodiálise em diversas unidades de diálise.

Blake et al (2000), que ao realizarem um estudo multicêntrico, transversal, com o objetivo de avaliar as relações entre QV, vínculo empregatício e função física nos pacientes com IRC, verificaram também que a QV dos pacientes renais era reduzida no domínio físico do SF-36 em relação à população normal.

O escore da dimensão estado geral de saúde também se mostrou deficitária (48) sendo que esta parte avalia a percepção da própria saúde no paciente.

O impacto da IRC sobre a qualidade de vida advém de vários fatores, como o convívio com doença irreversível, esquemas e tratamentos terapêutico rigoroso que necessita de modificações alimentares, de hábitos, das atividades sociais e de trabalho, utilização de vários medicamentos e dependência à maquina e equipe.

Tabela 02

Distribuição percentual dos escores de qualidade de vida.

Variável e definição	Média
Capacidade funcional (CF): limitações impostas pelo estado de saúde em relação à realização de atividades físicas	59
Limitação por aspectos físicos (AF): limitações impostas pelo estado de saúde em relação às atividades diárias.	31
Dor (D): gravidade da dor sentida pelo paciente, limitando seu funcionamento habitual em casa e no trabalho.	55
Estado geral de saúde (EAS): avaliação da própria saúde.	48
Vitalidade (Vita): grau de cansaço ou vitalidade para realizar atividades.	56
Aspectos sociais (AS): limitações nas atividades sociais decorrentes da saúde física ou emocional.	62,5

Aspectos emocionais (AE): limitações das atividades de vida diária decorrentes do estado emocional.

Saúde Mental (SM): sentimentos de depressão, ansiedade e afeto positivo.

Os aspectos de dor (D) e vitalidade (Vita) apresentaram valores próximos da média, 55 e 56 sucessivamente. Já os aspectos de capacidade funcional (CF), aspectos sociais (S), aspectos emocionais (AE) e saúde mental (SM) apresentaram escores acima da média.

Esses resultados, especialmente os relacionados à diminuição percebida sobre a frequência de atividades realizadas nessas áreas, podem ter sido influenciados pelo fato do questionário solicitar que os respondentes relatem sua percepção apenas nas últimas quatro semanas. Foi verificado que estas pessoas sofreram mudanças radicais (rotina e atividades em geral) já no início da doença, e que atualmente não modificaram ou diminuíram as atividades (em consequência física e emocional), pois já se encontram afastados da maioria de suas atividades cotidianas anteriores ao tratamento.

Qualidade de vida e gênero

Para a análise de significância estatística entre os gêneros foi utilizada a prova não-paramétrica de *Mann-Whitney*. O valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

Os dados descritivos gerais (amostra total) da qualidade de vida da amostra, subdividida por sexo são apresentados na Tabela 03, que aponta também a comparação das médias dos percentis encontradas nos escores de qualidade de vida em cada uma das oito variáveis analisadas e os resultados da análise de significância estatística realizada.

Observa-se que não houve diferença significativa entre os gêneros para nenhum dos aspectos estudados em qualidade de vida. Santos (2006) e Martins e Cesarino (2006), em suas pesquisas com pacientes renais crônicos também não constataram diferença estatisticamente significativa entre as pontuações no que se refere ao sexo da amostra estudada. Os autores avaliaram um número significativo de participantes (107 e 125 respectivamente), o que parece demonstrar que o número reduzido da amostra desse estudo não deve ter influenciado esse resultado.

Já Rudnicki (2007) em estudo com pacientes renais crônicos encontrou diferença em termos de sexo, variável apontada pela autora como preditora do índice de qualidade de vida, indicando melhor índice para os homens.

Tabela 03

Dados descritivos dos resultados do SF-36₁ em percentis, por subgrupos de gênero.

Variável e definição	Média		P
	masculino	feminino	
Capacidade funcional (CF)	58	63,4	0,518

	30	32,5	0.936
Limitação por aspectos físicos (AF)			
	55,3	53,9	0.909
Dor (D)			
	45,2	50,8	0,677
Estado geral de saúde (EAS)			
	57	54,5	1.000
Vitalidade (Vita)			
	56,6	69	0,285
Aspectos sociais (AS)			
	57,2	63,3	0,907
Limitação por aspectos emocionais (AE)			
	64,8	66	0,939
Saúde Mental (SM)			

* nível de significância $p < 0,05$

Qualidade de vida, idade e tempo de tratamento.

Foi realizada uma análise de correlação entre as variáveis idade e tempo de tratamento com os escores obtidos no SF-36. A correlação é uma medida de associação linear entre duas variáveis. Foi utilizado coeficiente de correlação de Pearson, já que se buscaram correlacionar duas variáveis do mesmo sujeito. Foi fixado em 0,05 ou 5% ($p < 0,05$) o nível de significância estatística.

Tabela 04

Dados descritivos dos resultados da correlação de Pearson em relação à qualidade de vida e as variáveis idade e tempo de tratamento.

	CF	AF	D	EGS	Vita	AS	AE	SM
Idade	0,278	0.045*	0,298	0,656	0,217	0,463	0,748	0.480
Tempo de tratamento	0,872	0,295	0,309	0,075	0,229	0,117	0,180	0,071

CF = Capacidade Funcional; AF= Aspectos físicos; D = Dor; EAS= Estado geral de saúde; Vita= Vitalidade; AS= Aspectos sociais; AE = Aspectos emocionai; SM = Saúde Mental;

A correlação entre **qualidade de vida e tempo de tratamento** não apresentou nível significativo para nenhuma das variáveis avaliadas em qualidade de vida (Tabela 04). Esse resultado indica que, entre os participantes da amostra estudada, a variável 'tempo de tratamento' parece não interferir na presença de qualidade de vida. É importante destacar que os índices obtidos nas variáveis EGS (Estado geral de saúde) e SM (Saúde Mental) foram valores próximos ao índice considerado significativo ($p= 0,05$) comparados aos demais. Isso pode indicar uma tendência ao tempo de tratamento estar relacionado tanto ao estado geral de saúde com em relação à saúde mental dos pacientes participantes. Com índices positivos, podem indicar que quanto maior o tempo de tratamento há uma maior tendência a ocorrerem prejuízos nessas duas áreas.

Já a correlação entre **qualidade de vida e idade** foi verificada correlação linear negativa com a dimensão de aspectos físicos ($p= 0,045$), demonstrando que com o avançar da idade, o aspecto físico parece ser cada vez mais comprometido.

Esse achado é, em parte, semelhante com o estudo de SANTOS (2006) que também identificou correlação negativa entre idade e aspectos físicos. No entanto, o autor identificou essa correlação também em relação a outros aspectos da QV: dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e capacidade funcional. Essa diferença entre os dois estudos pode ter sido influenciada pelo reduzido número da amostra.

CONCLUSÕES

De acordo com os objetivos propostos e com base nos resultados obtidos, concluiu-se que os pacientes renais da amostra estudada apresentaram uma **qualidade de vida** (QV) reduzida principalmente nos aspectos físicos (AF) e no estado geral de saúde (EGS).

Diante dos resultados obtidos é importante ressaltar que todas as dificuldades encontradas nesse estudo, que estão relacionadas a qualidade de vida servem como alerta aos profissionais de saúde e sociedade em geral sobre a necessidade de oferecer um suporte social verdadeiro e políticas que busquem a prevenção e a re-inserção destes pacientes a uma vida com maior qualidade, que contemplem a natureza das suas dificuldades e o melhoramento contínuo das resoluções das mesmas.

Na convivência com estes pacientes, ficou clara a importância da intervenção do profissional que abrange as interfaces de um atendimento mais **humanizado** na busca de solução para as inúmeras limitações e dificuldades provocadas pela IRC e o seu tratamento, sendo necessário um re-aprender a viver, sempre de uma maneira mais integral.

Portanto, acredita-se que este estudo tenha cumprido seu objetivo esperado almejando ainda, que possa vir a contribuir tanto para a comunidade acadêmica e profissionais, incentivando novas pesquisas e atuações que busquem novas respostas para esses mesmos temas.

REFERÊNCIAS

Barros, t. M. Sol de invierno: aspectos emocionales del paciente renal crónico. **Revista Diversitas de Bogota, Colombia**, Facultad de Psicología de la Universidad Santo Tomas, 2 (2), 2006.

Bertolin, D. C. **Modos de enfrentamento de pessoas com insuficiência renal crônica terminal em tratamento hemodialítico**. Dissertação de mestrado. Ribeirão preto (sp): unidade escola de enfermagem de ribeirão preto-usp, 2007. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-19102007-115608/>. Acesso em: 01 dez 2007.

Blake C; Codd, M.D; Cassidy, A. O'meara, Y.M. Physical function, employment and

quality of life in end-stage renal disease. **Journal Nephrologia**. 13 (2): 142-149, 2000.

Brumer, S. Cuidados aos pacientes com distúrbios urinário e renal. In: **Tratado de enfermagem médico - cirúrgica**. 8ªed. Rio de Janeiro: EDITORA GUANABARA KOOGAN; 1998.p. 1020-1023.

Busato, Otto. **Hemodiálise**. Abc da saúde, porto alegre, nov 2003. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?224>>. Acesso em: 15 nov 2006.

Castro, M. et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico sf-36. **Rev. Assoc. Med. Bras.** 49 (3), 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 28 nov 2006

Ciconelli, R.M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “medical outcomes study 36- item short-form health survey (sf-36)**. Dissertação de mestrado. São Paulo : Universidade Federal de São Paulo- Escola Paulista de Medicina; 1999.

Ciconelli, R.M; Ferraz, M.B; Santos, W. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida sf-36 (brasil sf-36). **Revista brasileira reumatologia**. 39: 143 -50, 1998.

Diniz, D.P; Schor, N. **Qualidade de vida: guia de medicina ambulatorial e hospitalar unifesp - escola paulista de medicina**. 1º ed. São Paulo: Manoele, 2006.

Ferraz, M.B. Qualidade de vida: conceito e um breve histórico. *Jovem médico*. 8 (4): 219 - 22, 1998.

Guimarães, S. S. Psicologia da saúde e doenças crônicas. In: Kerbauy, R. R. (org). **Comportamento e saúde: explorando alternativas**. 1 ed. Santo andré, SP: ARBYTES, 22 – 44, 1999.

Lage, j. 30% dos brasileiros têm pelo menos uma doença crônica. **Folha online**, Rio de janeiro – RJ, maio 2005. Seção cotidiano. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u109370.shtml>> Acesso em 30 nov 2006.

Lima, A. M. C.; Mendonça Filho, J. B.; Diniz, J. S. S. Insuficiência renal crônica – a trajetória de uma prática. In: Romano, B. W. **A prática da psicologia nos hospitais**. 1 ed. São Paulo : PIONEIRA CIÊNCIAS SOCIAIS. 77 – 92, 1998.

Marinho, R. F., Santos, N. O, Pedrosa, A. F. *et al*. Crenças relacionadas ao processo de adoecimento e cura em pacientes renais crônicos. **Psicologia Hospitalar**. São Paulo, 3 (2), 2005. Disponível em: http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=s1677-74092005000200005&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em: 01 dez 2007.

Martins, I. M.; Franca, A. P. D.; Kimura, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Rev. Latino-americana Enfermagem**. Ribeirão preto, 4(3), 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 03 nov 2006.

Martins, M. R. I. & Cesarino, C. B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, 13 (5), 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 03 nov 2006.

Mello Filho, J; Burd, M. Doença renal crônica: do doente e da dimensão familiar. In_____. **Doença e família**. 1 ed. São Paulo: CASA DO PSICÓLOGO, 2004

Ministério da previdência social. **Benefícios**. Disponível em: http://www.mpas.gov.br/pg_secundarias/beneficios_02.asp. Acesso em 01 dez 2007.

Neto J.F. Nível sócio-econômico e a qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica terminal no início do tratamento por hemodiálise. **Jornal brasileiro nefrologia**, 3, 2000.

Oliveira, L. A.; Henrique, V. T. Andrade, I. C. F.; Bastos, M. G. Perfil socioeconômico de pacientes com doença renal crônica em diferentes estágios da doença. XXII Congresso brasileiro de nefrologia. **Jornal brasileiro de nefrologia**. 546, 2004. Disponível em <http://www.sbn.org.br/jbn/26-32/v26e3s2p490p.pdf>. Acesso em 30 nov 2007.

Ravagnani, L. M. B.; Domingos, N. A. M; Miyazaki, M. C. O. S. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. In: Miyazaki, M.C.O.S; Domingos, N. A. M & Valério, N. I. **Psicologia da saúde. Pesquisa e prática**. 1 ed. São José do Rio Preto, SP: THS ARANTES EDITORA, 227 – 251,2006

Rudnicki, T. Life quality predictors in renal chronic patients. **Estudos em Psicologia**, Campinas, 24 (3), 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 02 dez 2007.

Santos, P. R. Relationship between gender and age with quality of life in chronic hemodialysis patients. **Revista da associação médica brasileira**, 52 (5), 2006.

Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Censo – janeiro/ 2006: centro de diálise no brasil**. 2006. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/censo/2006/1> >. Acesso em 20 nov 2006.