



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ULISSES BARBOSA DE MENEZES NETO

**NEFROPATIA DIABÉTICA: Qualidade de vida do portador em uso de
hemodiálise**

Rev
626-51-72
N 5/3m

**CAJAZEIRAS/PB
2011**

ULISSES BARBOSA DE MENEZES NETO

NEFROPATIA DIABÉTICA: Qualidade de vida do portador em uso de hemodiálise

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Professora Esp. Edineide Nunes da Silva
Co-Orientadora: Maria Mônica Paulino do Nascimento

CAJAZEIRAS/PB
2011



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

M543n Menezes Neto, Ulisses Barbosa de
Nefropatia diabética: qualidade de vida do
portador em uso de hemodiálise./ Ulisses Barbosa
de Menezes Neto. Cajazeiras, 2011.
71f. : il.

Orientadora: Edineide Nunes da Silva.
Coorientadora: Maria Mônica P. do Nascimento.
Monografia (Graduação) – CFP/UFPG

1. Hemodiálise. 2 .Nefropatia diabética. I. Silva,
Edineide Nunes da. II. Nascimento, Maria Mônica
Paulino do III. Título.

UFPG/CFP/BS

CDU - 616.61-78

ULISSES BARBOSA DE MENEZES NETO

NEFROPATIA DIABÉTICA: Qualidade de vida do portador em uso de hemodiálise

APROVADO EM: ___ / ___ / ___

BANCA EXAMINADORA

**Edineide Nunes Silva
(Orientadora)**

**Maria Mônica Paulino do Nascimento
(Co – Orientadora)**

**Arieli Rodrigues Nóbrega Videres
(Membro – UFCG)**

**Aissa Romina Silva do Nascimento
(Suplente – UFCG)**

CAJAZEIRAS – PB

2010

Dedico à minha Mãe, a qual com todo Amor e dedicação proporcionou o melhor em minha vida, a chegada desse dia é em sua razão; aos meus Avós, que sempre sonharam a chegada dessa data tão especial, que vossas alegrias possam ser a mesma no lugar que hoje habitam; à minha Noiva Clarice, que sempre me amou e pacientemente esteve ao meu lado em toda a minha trajetória.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu Bom Deus, que abriu as portas necessárias para meu crescimento. Sem a Tua mão poderosa nada teria, sequer, existido.

Agradeço à minha Mãe, Maria de Lourdes, meu exemplo de vida, a qual fez da sua vida um alicerce para a minha. Teus ensinamentos e "puxões de orelha" me fizeram chegar neste patamar. Obrigado Mainha, Te Amo.

Agradeço à minha Avó (in memorian), que me amou em todos os momentos de sua vida, me educou, me bajulou. Teu sonho era ver seu neto formado, e hoje tudo se torna realidade. Sou a própria saudade.

Agradeço à minha Noiva Clarice Anilena, que esteve em todos os momentos presente. Me apoiou quando necessários, suportou-me nos momentos difíceis e principalmente me amou em todos eles. Te amo.

A toda minha família, tios, tias, primos e primas por me receberem com alegria em suas casas na minha chegada a Umarizal, minha terra natal. Amo vocês.

A minha Orientadora Edineide Nunes, que sempre esteve presente nos desafios deste desafio, e com seu jeito simples e cativante de ser, mostrou os melhores caminhos à trilhar. Professora, tu és uma inspiração.

Aos participantes da pesquisa, os quais com um belo sorriso diziam "sim". O sucesso desse projeto deve-se à vocês. Muito obrigado, Deus os abençoe.

Aos meus Amigos e companheiros de curso, que fizeram este percurso parecer mais curto, sempre com ótimo humor e cumplicidade me ajudaram a vencer todos os desafios que surgiram. Eternos no meu coração.

A todos o meu muito OBRIGADO!

*Pedi, e dar-se-vos-á; buscai, e encontrareis;
batei, e abrir-se-vos-á (Mt. 7, 7)*

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS, PARAIBÁ

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEP – COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

DM – DIABETES MELLITUS

DRC – DOENÇA RENAL CRÔNICA

HA – HIPERTENSÃO ARTERIAL

HAS - HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

HD – HEMODIÁLISE

HRC - HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

IGDR - ÍNDICE DE GRAVIDADE DA DOENÇA RENAL

IRC - INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

ND – NEFROPATIA DIABÉTICA

NPH - NOTTINGHAM HEALTH PROFILE

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

QV – QUALIDADE DE VIDA

SBD – SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES

SBN – SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA

SF-36 - ITEM SHORT FORM HEALTH SURVEY

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TFG - TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR

TRS – TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

UEPB – UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

UKPDS - UNITED KINGDOM PROSPECTIVE DIABETES STUDY

UTR - UNIDADE DE TERAPIA RENAL

WHOQOL - WORD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE

LISTA DE TABELAS

TABELA 01 – REFERENTE AOS DADOS CARACTERÍSTICOS DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	29
TABELA 2 – PERCEPÇÃO DOS PARTICIPANTES ACERCA DA SUA SAÚDE.....	31
TABELA 3 – O IMPACTO DA HD SOBRE AS ATIVIDADES COMUNS DO DIA A DIA.....	34
TABELA 4 – QUESTÕES SOBRE COMO OS ENTREVISTADOS TEM SE SENTIDO, E COMO TUDO TEM ACONTECIDO DURANTE AS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.....	39
TABELA 5 – PERCEPÇÃO DOS PACIENTES ACERCA DO TRATAMENTO DIALÍTICO (HD).....	43

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – PERCEPÇÃO ACERCA DE SUA SAÚDE EM RELAÇÃO HÁ UM ANO.....	33
GRÁFICO 2 – COMO A SAÚDE TEM INTERFERIDO NAS ATIVIDADES SOCIAIS NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS.....	36
GRÁFICO 3 – REFERENTE ÀS DORES QUE OS ENTREVISTADOS SENTIRAM NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS.....	37
GRÁFICO 4 – REFERENTE AO IMPACTO QUE A DOR TEVE EM SUAS ATIVIDADES NORMAIS.....	38
GRÁFICO 4 – REFERENTE AO IMPACTO QUE A DOR TEVE EM SUAS ATIVIDADES NORMAIS.....	41

RESUMO

MENEZES NETO, Ulisses Barbosa. **NEFROPATIA DIABÉTICA: Qualidade de vida do portador em uso de hemodiálise.** Trabalho de conclusão de Curso, Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras – PB, 2011. 71f. : il.

INTRODUÇÃO: A Nefropatia Diabética (ND) caracteriza-se como a principal causa de Doenças Renais Crônicas (DRC), ou seja, o Diabetes Mellitus (DM) é a principal doença de base de pacientes em uso de Hemodiálise (HD). Tendo em vista a síndrome que envolve o paciente em uso de HD, assim como sua percepção acerca da doença, a DRC acarreta uma considerável perda da Qualidade de Vida (QV) dos dialíticos.

OBJETIVOS: Os objetivos dessa pesquisa é Analisar a qualidade de vida de portadores de Nefropatia Diabética em uso de Hemodiálise; investigar as repercussões da patologia e seu tratamento na vida dos pacientes e identificar a percepção dos pacientes acerca da hemodiálise e sua representatividade no contexto familiar.

METODOLOGIA: O tipo de pesquisa utilizada foi a exploratória, descritiva com abordagem qualitativa. A mesma foi desenvolvida na Unidade de Terapia Renal (UTR), serviço de saúde anexo ao Hospital Regional de Cajazeiras (HRC) na Cidade de Cajazeiras, Alto Sertão Paraibano. A amostra da pesquisa teve um total de 9 pacientes, de um total de 40 em tratamento, os quais se enquadraram nos critérios de inclusão adotados. O instrumento pesquisa utilizado foi o SF-36 Item Short e os dados foram analisados segundo o método proposto por Laurence Bardin. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, tendo parecer favorável.

RESULTADOS: Foi observada uma faixa etária predominante que varia de 50 a 57 anos (33,3%), como média de 52,1, variando de 20 a 67. Em relação ao sexo, uma maioria do sexo masculino (56%) foi encontrada e prevalência de ND foi de 22,5%. Desse total, 66,6% disseram gozar de boa saúde atualmente; 67% disseram que sua saúde está muito melhor que há um ano e 100% relataram não poder realizar atividades vigorosas. Diante dos resultados pode-se ver que a melhoria da QV acontece principalmente no âmbito físico, mas ao analisar as falas e expressões dos entrevistados vê-se que há uma significativa queda na QV em relação às questões psicológicas e mentais, principalmente pela restrição social que o tratamento causa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: O resultado final da pesquisa foi satisfatório e extremamente relevante, uma vez que corroborou com resultados de pesquisas semelhantes e respondeu prontamente às inquietações dos pesquisadores. O que realmente ficou claro foi uma variação de resultados em diferentes aspectos, como por exemplo, os aspectos físicos e sociais, que apontaram resultados positivos e negativos respectivamente em suas variantes.

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PÓS-GRADUADOS
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAIBA

Palavras Chaves: Qualidade de vida; Nefropatia Diabética; Hemodiálise.

ABSTRACT

MENEZES NETO, Ulisses Barbosa. **DIABETIC NEPHROPATHY: Quality of life from the carrier in use of hemodialysis.** Research from Completion Course, Bachelor in Nursing. Federal University from Campina Grande – (in Portuguese – “Universidade Federal de Campina Grande”). Cajazeiras – PB, 2011. 71p.

INTRODUCTION: The Diabetic Nephropathy (DN) is characterized as the principal cause of Chronic Kidney Disease (CKD), in other words, the Diabetes Mellitus (DM) is the principal underlying disease in patients in use of Hemodialysis (HD). In view of the syndrome that involves the patient in use of HD, as well as his perception about the disease, the CKD entails a considerable lose of quality of life (QL) from who makes dialysis. **PURPOSES:** The purposes of this research are analyze the quality of life from the carriers of Diabetic Nephropathy in use of Hemodialysis; investigate the repercussions from the pathology and its treatment in patients' lifes; identify the perception from patients about the hemodialysis and its representative at family context. **METHODOLOGY:** The type used at the research was the exploratory, descriptive with qualitative approaching. It was developed at Renal Care Unit (RCU), health's annex service from the Regional Hospital from Cajazeiras (RHC) at Cajazeiras' City, high Paraibano's backwoods. The samples from the research had a total from 9 patients of 40 in treatment, which framed in the inclusion's criteria adopted. The research instrument used was the SF-36 Item Short and the data were analyzed according to the method proposed by Laurence Bardim. The project was sent to the Ethic's Committee and Research from State University from Paraíba, having seemed like favorable. **RESULTS:** It was observed a predominant age group which varies between 50 and 57 years (33, 3%) with average around 52,1 , ranging between 20 and 67. In relation to sex, a male majority(56%) was found and DN's prevalence was about 22,5%.Of this total, 66,6% said be enjoying good health currently; 67% said that their health is a lot better than one year ago and 100% reported that can't accomplish vigorous activities. Against the results, it's possible to see that the improvement of the QL happens mainly on the physical's scope, but analyzing the words and expressions from the interviewed, it's seems a significant fall on the QL in relation to psychological and mental issues, mainly by the social restriction that the treatment causes. **FINALS CONSIDERATIONS:** The research's final result was satisfactory and extremely relevant, since corroborated with results of similars researches and answered readily the researchers' concerns. What really became clear was the variety from results on different aspects, as an example, physical and social's aspects, which pointed the variables results in positive and negative.

Key – Words: Quality of life, Diabetic Nephropathy, Hemodialysis

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 OBJETIVOS.....	16
3.1 GERAL.....	16
3.2 ESPECÍFICOS.....	16
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
4.1 DOENÇAS RENAIS.....	17
4.2 NEFROPATIA DIABÉTICA.....	20
4.3 QUALIDADE DE VIDA.....	21
5 METODOLOGIA.....	25
5.1 TIPO DA PESQUISA.....	25
5.2 LOCAL DE PESQUISA.....	25
5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	26
5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	26
5.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	26
5.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	27
5.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	28
5.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	28
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	29
6.1 DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS.....	29
6.2 DADOS RELATIVOS À TEMÁTICA CENTRAL DO ESTUDO.....	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
9 REFERÊNCIAS.....	48
ANEXOS.....	52
ANEXO A - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA.....	53
ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.....	54
ANEXO C – TERMO DE COMPROMISSO PARA COLETA DE DADOS EM ARQUIVO.....	55
ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	56
ANEXO E – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	58
ANEXO F – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL – SETOR HOSPITALAR – CENTRAL DE HEMODIÁLISE HEMODIÁLISE.....	59
ANEXO G - DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE.....	60
ANEXO H - VERSÃO EM PORTUGUÊS DO MEDICAL OUT COMES STUDY 36 – ITEM SHORT FORM HEALTH SURVEY (SF-36).....	61
ANEXO I – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	64
APÊNDICES.....	65
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	66

1 - INTRODUÇÃO

Os problemas renais crônicos constituem uma das barreiras mais efetivas quanto ao modo de vida dos portadores de tal doença, sendo a interferência não somente no âmbito físico, mas principalmente no pessoal e social. Segundo Santos et al, 2008, a Doença Renal Crônica (DRC) caracteriza-se pela diminuição progressiva da função dos rins e, por sua característica de cronicidade, acarreta limitações físicas, sociais e emocionais, que interferem de modo significativo na qualidade de vida de seus portadores. Desse modo, é fundamental a implementação de intervenções nos pacientes em tratamento conservador, com vistas à obtenção de melhor preparo por parte deles, para iniciar o tratamento com Terapia Renal Substitutiva (TRS).

A Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN, 2009) divulgou seu último censo, e conforme os dados, existiam 629 Unidades Renais (UR) cadastradas no Brasil, destas, apenas 437 (69,8%) responderam ao senso, sendo 412 que ofereciam programa crônico aos pacientes. Essas registraram 53.816 pacientes crônicos em uso de processo dialítico em todo o território nacional.

A DRC é um significativo problema de saúde pública com aumento na incidência e prevalência da população em programa dialítico. As modalidades de TRS disponíveis são: hemodiálise, diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) e o transplante renal. No Brasil, a prevalência de pacientes mantidos em programa dialítico vem aumentando consideravelmente nos últimos anos, já que o número de transplantes renais não acompanha esse crescimento. Dados recentes mostram uma taxa de prevalência global de pacientes em terapia renal substitutiva (incluindo os transplantes), de 518 pacientes por milhão de habitantes. Aproximadamente 90% dos pacientes em programa dialítico no Brasil estão em hemodiálise; os demais, em CAPD (SESSO; GORDAN, 2007).

Segundo (MAKEKMAKAN et al, 2009), as principais causas de DRC são: Hipertensão Arterial (HA), Glomerulonefrite Crônica (GNC) e Diabetes Mellitus (DM). Nos últimos anos o DM tornou-se a principal causa de DRC terminal, principalmente pelo aumento na incidência do DM tipo 2 (GARCÍA et al, 2001) visto que o DM2 representa aproximadamente 90% dos casos de DM. Além da elevada prevalência, a Nefropatia Diabética (ND) associa-se com aumento na taxa de mortalidade, principalmente por doença cardiovascular (GROSS et al, 2007). No estudo *United Kingdom Prospective Diabetes Study* (UKPDS), foi constatado que o risco de morte

cardiovascular aumenta progressivamente à medida que progridem os estágios da ND e a sobrevida em dois anos de pacientes brasileiros com DM2 em diálise é de apenas 50% (BRUNO; GROSS, 2000).

Diante do exposto e em razão disso, esse trabalho visa compreender os processos pelos quais o portador de ND passa durante o período que se submete à hemodiálise, desde o diagnóstico até as últimas conseqüências do tratamento. Como se sabe, a DM é uma doença tratável e de razoável controle, desde que diagnosticada em seu início. Com a rápida descoberta, a probabilidade de desenvolvimentos de complicações, inclusive a DRC, fica diminuída. Goldstein et al, 2004 afirma que um acompanhamento maior e mais eficaz no controle do DM aparece como fator preponderante na diminuição de pacientes dialíticos e que o cuidado interdisciplinar na pré-diálise possibilita, entre outros benefícios, redução do número de hospitalizações, melhor controle da hipertensão arterial, dos distúrbios metabólicos e da anemia, bem como melhor preparo psicológico no período anterior ao início da diálise. Esses benefícios foram demonstrados em estudo que avaliou um grupo de pacientes em tratamento conservador que recebeu atenção interdisciplinar, comparado a um grupo que recebeu apenas acompanhamento nefrológico convencional.

Em estudo desenvolvido por Santos et al, 2008 autores observaram que os pacientes acompanhados por equipe interdisciplinar mostraram melhores níveis de albumina, cálcio, bem como redução do número de internações e de mortes, dados estes indicativos da maior eficácia do acompanhamento interdisciplinar a pacientes em tratamento conservador. Tais achados apontam para a importância de intervenções precoces em pacientes ainda em tratamento conservador, com vistas à melhora da qualidade de vida dessa população, desde o diagnóstico da DRC até a entrada em TRS. Outros autores demonstraram a influência da doença renal crônica na qualidade de vida desses pacientes. Já Gorodetskaya et al, 2005 Portadores de DRC têm considerável diminuição da qualidade de vida quando comparados à população geral, havendo associação entre a função renal e os escores de escalas que avaliam bem-estar e qualidade de vida.

Considerando a diminuição da qualidade de vida, e também os desafios enfrentados pelos nefropatas em uso de diálise, este trabalho objetiva compreender as principais dificuldades familiares e sociais vividas pelos portadores de ND em uso de Hemodiálise (HD). Após esse processo de identificação da problemática, é dever do profissional de toda a equipe envolvida no tratamento atuar como colaboradores, afim

de fazer o portador e seus familiares enfrentar da melhor forma possível os desafios que estão por vir, e porquê não os já existentes. As orientações dos profissionais que acompanham o paciente e familiares são essenciais para o bom controle da doença e auxiliam na tentativa de evitar suas complicações crônicas. Isso reforça a necessidade de uma equipe multiprofissional, incluindo especialistas em educação, para orientar esses pacientes. Silva; Silva, 2003 afirmam que dentre os profissionais envolvidos com o processo, os enfermeiros e os médicos são os mais influentes, sendo o Enfermeiro o que mais tem contato com o paciente, configurando uma peça fundamental na adaptação do paciente ao tratamento e ao enfrentamento da vida cotidiana.

A evolução da nefropatia diabética pode ser influenciada por vários fatores que determinam seu início e progressão, mas a prevenção, juntamente com a educação do paciente, é o objetivo primordial contra o rápido desenvolvimento dessa patologia tão séria. O objetivo mais importante da educação do diabético é fazer o paciente mudar de atitude internamente, tornando-o ativo no controle da doença. Só então ter-se-á concretizada a verdadeira educação.

2 JUSTIFICATIVA

Durante alguns momentos vivenciados juntamente com pacientes em diálise, pôde-se perceber o desgaste que estes referenciam em seus discursos e é reflexo em seus semblantes. A rotina exaustiva é um dos fatores mais mencionados como incômodos, assim como as viagens para a realização da hemodiálise, consultas, impossibilidades. O que nos levou a questionar sobre a qualidade de vida destes pacientes, bem como, os modos com que estes enfrentam o tratamento e a sua representação no contexto familiar e social.

No tocante às contribuições que essa pesquisa pode trazer para os profissionais que assistem os pacientes inclui-se a oportunidade de visualizar, entender, respeitar, e principalmente agir, cada um atuando em suas diversas áreas de competências, de forma que o bem estar e a melhoria de vida do paciente sejam a prioridade no tratamento. Quanto aos indivíduos pertencentes ao grupo em estudo, vê-se uma oportunidade de ajudá-los a entender um pouco mais sobre seu quadro patológico, propor mudanças de atitude que por sua vez possam aumentar sua auto-estima e qualidade de vida.

A realização deste estudo é totalmente viável, uma vez que disponibilizamos de uma unidade de Hemodiálise para realização de entrevistas, análise de prontuários e histórico de cada participante. Um dos fatores primordiais da pesquisa é o fácil acesso ao usuário no próprio serviço de saúde, ou seja, um único ambiente de trabalho. Isso facilitará na consolidação dos vínculos necessários para obtenção de respostas fidedignas que dêem autenticidade aos resultados.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Analisar a qualidade de vida de portadores de Nefropatia Diabética em uso de Hemodiálise.

3.2 ESPECÍFICOS

- Investigar as repercussões da patologia e seu tratamento na vida de pacientes em uso de Hemodiálise.
- Identificar a percepção dos pacientes acerca da hemodiálise e sua representatividade no contexto familiar.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A qualidade de vida de um indivíduo é sem dúvida um dos principais bens que se pode ter. Quando acometido por qualquer doença, o indivíduo fica frágil e, geralmente, susceptível a inúmeros transtornos físicos e emocionais, sendo esses dois tipos intimamente ligados, visto que, invariavelmente, um acarreta o outro, ou ainda, o intensifica. Os problemas que não levam o paciente a mudar seu estilo de vida, ou que se caracteriza por algo passageiro, não referenciam grande impacto social e/ou familiar em sua vida. Entretanto, indivíduos acometidos por agravos duradouros ou até mesmo crônicos, enfrentam uma longa jornada, repleta de entraves, que geralmente culminam no sofrimento terminal, ou quando, mesmo não morrendo, o paciente se entrega a própria sorte.

Segundo Organização Mundial da Saúde – OMS (1998), saúde caracteriza-se pelo completo bem estar físico, emocional e social, não somente ausência de doença. Nesta perspectiva, torna-se praticamente impossível ter-se saúde como de fato ela é descrita, visto que todos passam por problemas do cotidiano, ou seja, invariavelmente estamos oscilando entre processos que nos impossibilita de se enquadrar nesse contexto de saúde proposto pelo Governo.

Neste sentido, essa pesquisa irá abordar problemas relativos à pacientes nefropatas em uso de hemodiálise, que possuem o Diabetes Mellitus (tipos I e II) como doença de base, mais especificamente a qualidade de vida dessas pessoas, desde o seio familiar à rotina de diálises enfrentada pelos mesmo.

4.1 DOENÇAS RENAIAS

Dentre as moléstias que atingem a população mundial, as quais acarretam considerável perda de qualidade de vida, encontra-se as doenças renais crônicas, que limitam suas vítimas a viverem de maneira subserviente ao tratamento. A maior parte dos nefropatas necessita de tratamento dialítico para a manutenção da vida, diz Silva et al, 2009, constituindo esse método como o mais utilizado, mesmo custando caro aos cofres públicos. Esse tipo de tratamento tem trazido aos pacientes, inúmeros distúrbios físicos. Paul, 1993 já elencava as principais sendo como: envelhecimento acelerado, catarata, aterosclerose, diminuição das células vermelhas do sangue, aumento da

hemólise e disfunção plaquetária. Esta série de anormalidades pode estar relacionada à grande quantidade de radicais livres no organismo. Como se não bastasse essa infinidade de alterações, Bianchi, 2009 afirma que a principal causa de morbidade e mortalidade em pacientes dialíticos é a aterosclerose cardiovascular, que pode estar ligada a alguns fatores como hipertensão, DM, tabagismo, dislipidemia e a própria idade.

Dentre as doenças renais, a que se destaca mais é a Insuficiência Renal Crônica (IRC), pois é a que mais acarreta transtornos na vida do paciente, além de ser por si só, uma situação de mudança de vida drástica, ela acarreta inúmeras outras mudanças estressantes como diminuição da força física, alteração da aparência pessoal, novas condutas de comportamento e principalmente, como resultado de todas essas mudanças, a diminuição da qualidade de vida (MADEIRO et al, 2010).

De acordo com Franceschi, 1997 apud Riella, 2003

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é a perda progressiva e irreversível da função renal, no qual o organismo não mantém o equilíbrio metabólico e hidroeletrólítico, que fatalmente termina em uremia. Os resultados finais da doença são sinais e sintomas tais como: cefaléia, fraqueza, anorexia, náuseas, vômitos, câibras, diarreia, oligúria, edema, confusão mental, sede, impotência, perda do olfato e paladar, sonolência, hipertensão arterial e tendência à hemorragia decorrentes da incapacidade renal, além de adnâmia, palidez cutânea, xerose, miopatia proximal, dismenorréia, amenorréia, atrofia testicular, impotência, déficit de atenção, asterixe, obinubilação e coma.

Como descrito acima, as doenças renais afetam o organismo como um todo, fato este que aumenta a carga de estresse no paciente, que agora não enfrenta apenas um problema, e sim, vários outros em decorrência do principal. A vida do hemodialítico torna-se uma vida regrada e cheia de limitações, desde as mais simples, como a ingestão de água, até uma possível viagem de lazer. Em contato direto com pacientes submetidos ao tratamento dialítico, pude perceber o cansaço da rotina vivida pelos mesmos, não somente em suas expressões, mas sim em seus comentários e reclamações da batalha diária que viviam. Em trechos de entrevistas realizadas por Barbosa; Valadares, 2009 pode-se perceber a desilusão com o tratamento dos pacientes em uso de hemodiálise:

Imagina perder seu tempo três vezes na semana pra ficar aqui grudado numa máquina porque seu organismo já não faz o que deveria fazer. É muito chato. Rubi.

Sou hipertenso e tenho diabetes por isso comecei na diálise, mas já faço tratamento há muito tempo, estou controlado. Minha saúde é boa. Só que eu já estou farto de tanta coisa, dessa rotina. Cristal.

Quando diagnosticada a doença em seu estado crônico, as perspectivas de uma vida saudável diminuem progressivamente, já que a cura se torna praticamente impossível

nesse estado. Como não existe cura para a IRC, foram desenvolvidos vários modos de tratamento como a Hemodiálise (HD), que consiste em um tratamento de filtração do excesso de substâncias não expelidas pelo organismo em decorrência da insuficiência renal. Uma sessão pode ter de 2 à 4 horas de duração, com uma frequência semanal de 2 a quatro vezes. Essa maratona configura o principal motivo pelo qual o paciente não adere rápido ao tratamento, claro que isso é muito relativo, cada um enfrenta de maneira singular o processo, mas o que acontece geralmente é a não adesão ao tratamento de forma rápida (THOMAS; ALCHIERI, 2005).

As principais intercorrências no processo de hemodiálise são: hipotensão arterial, em decorrência da retirada excessiva e rápida de líquidos e eletrólitos (sódio por exemplo); câimbras musculares devido a remoção rápida de volume corporal; náuseas, que pode estar ligada a hipotensão e por último a cefaléia, sendo a mais sentida e relatada pelos pacientes como o sintoma que mais incomoda, isso pode acontecer como resultado da retirada súbita de substâncias tóxicas do sangue (RIELLA, 2003)

Conhecer o problema, estar em contato direto com pacientes renais, ou ainda tentar entender ou colocar-se no lugar deles é insuficientemente pouco, diante da rotina vivida por essas pessoas. Desta forma, o trabalho da equipe multiprofissional se torna uma das ferramentas mais importantes no combate ao estresse diário de uma Unidade de Terapia Renal (UTR). Os profissionais de setor têm uma tarefa árdua, a de mostrar todos os lados positivos do tratamento, e ao mesmo tempo deixar o paciente a par da situação em que se encontra. Barbosa; Valadares, 2009 lembra que cada paciente possui uma forma diferente de enfrentar tal situação, e que compete ao Enfermeiro montar seu planejamento de ações de acordo com cada um, ou seja, respeitar sua individualidade.

O paciente com Insuficiência Renal Crônica (IRC), em programa de hemodiálise, é conduzido a conviver diariamente com uma doença incurável que o obriga a uma forma de tratamento dolorosa, de longa duração e que provoca, juntamente com a evolução da doença e suas complicações, ainda maiores limitações e alterações de grande impacto, que repercutem tanto na sua própria qualidade de vida quanto na do grupo familiar (CAIUBY, 2004 apud HIGA et al, 2008). O desgaste começa logo no diagnóstico da doença, onde o paciente se depara com uma nova realidade de condição de vida, tal momento segundo Thomas; Alchieri, 2005 pode levar o paciente a um intenso desgaste emocional, principalmente por entrar em um tratamento duradouro, o qual limitará o mesmo física e socialmente. Dentre as causas da DRC, a principal atualmente é a ND,

de acordo com (MURUSSI, 2008), pelo menos um terço dos portadores de DM tipo 2 será acometido pela ND.

4.2 NEFROPATIA DIABÉTICA

As principais causas preponderantes no aparecimento das patologias renais são as doenças de base já existentes na vida pregressa do paciente, como DM, HA e Glomérulo nefrite crônica, sendo a DM a principal (MAKEKMAKAN et al, 2009). No mundo, o número de pessoas diabéticas em 2000 era de aproximadamente 171 milhões, com um crescimento estimado para 366 milhões no ano de 2030. No Brasil, esse número é assustador, no mesmo intervalo de tempo citado, a variação será de 4,6 para 11,3 milhões, numa faixa etária de 30-60 anos, dessa população, aproximadamente 40% desenvolverão ND (WILD, 2004 apud FERNÁNDEZ, 2007). Por motivos já conhecidos, o prognóstico da ND é bastante desfavorável, e por isso torna-se de fundamental importância seu diagnóstico precoce. Para isso é necessário medir anualmente, como medida profilática, a excreção urinária de albumina diária, no intuito de comparar com os valores de referência, a saber: [microalbuminúria (17-174 mg/l ou 30 a 300 mg albumina/g de creatinina) e macroalbuminúria (> 174 mg/l ou > 300 mg/g)].

A ND apresenta 3 fases: nefropatia incipiente ou fase de microalbuminúria, nefropatia clínica ou fase de macroalbuminúria e insuficiência renal terminal (MURUSSI, 2008). Já para Zanella 1998, a ND é dividida em 5 estágios, sua proposta acrescenta duas fases antecedentes da nefropatia incipiente. Como fase inicial ela destaca a descompensação da taxa de glicemia, o que caracteriza o diagnóstico do DM. Caso o controle seja feito de forma adequada, pode haver a reversão do quadro sendo a segunda fase assintomática, podendo ou não apresentar aumento na Taxa de Filtração Glomerular (TFG). A segunda fase é caracterizada pela persistência da hiperfiltração glomerular, apontando o não controle dos níveis ideais de glicose sanguínea, este ponto parece estar intimamente ligado ao estabelecimento de fato da ND. As fases sequenciais coincidem com as propostas da autora antes citada.

Antecedendo à instalação do quadro real de ND surgem vários indícios, os quais apontam para a ND, esses são chamados de fatores de risco, os quais assinalam para um possível quadro patológico, ou no mínimo um cuidado maior com a prevenção. Dentre os mais comuns como descontrole da glicemia, níveis pressóricos e lipídicos elevados,

tabagismo, dieta hiperproteica, o aumento de níveis de albumina, mesmo nos níveis considerados normais, podem evidenciar um quadro inicial de ND. Alguns fatores como presença de Retinopatia Diabética, Neuropatia Autonômica também podem estar ligadas ao quadro inicial da doença (MURUSSI et al, 2003).

No início da doença, o funcionamento renal já não é o mesmo, começa-se a aparecer indícios de alterações na filtração glomerular, como acima citado a albuminúria, uma das proteínas mais importantes no funcionamento do organismo, principalmente no que diz respeito à reabilitação, uma vez que fornece todos os aminoácidos necessários nesse processo. O aparecimento desse composto na urina pode configurar o início da ND, podendo levar à insuficiência renal crônica (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009).

O custo do tratamento do DM aumenta em 65% na nefropatia incipiente, 195% na nefropatia clínica e 771% na insuficiência renal terminal, e deve ser ressaltado que o gasto com ND representa apenas 10% dos gastos adicionais com os pacientes com DM (11). Portanto, a prevenção da ND apresenta uma elevada relação custo-benefício (MURUSSI 2003 apud BROWN; PEDULA; BAKST, 1999)

A evolução da ND é bastante relativa, uma vez inúmeros outros fatores podem estar associados, o tratamento ou não desses fatores extras está intimamente relacionado com o prognóstico da doença. Um desses fatores é a hipertensão arterial sistêmica (HAS), a qual intensifica a ND consideravelmente, o que não se sabe é, se a HAS leva à DRC, ou o contrário. O que se sabe é que o tratamento da pressão elevada, contribui significativamente no combate à nefropatia (ZANELLA, 1998).

4.3 QUALIDADE DE VIDA

As influências da saúde sobre a qualidade de vida são notadas há séculos, onde mesmo não existindo políticas públicas, ou métodos assistencialistas em saúde, vários estudiosos e influentes políticos já escreviam sobre. Johann Peter Frank, então diretor geral de saúde da Lombardia Austríaca no sec. XVIII, professor da Faculdade de Medicina, escreveu em seu célebre a seguinte frase: *A miséria do povo, mãe das enfermidades* (SINGERIST, 1956 Apud BUSS, 2000). Mesmo que a pobreza não esteja necessariamente ligada à qualidade de vida, sabe-se que para ter as condições mínimas de conforto, higiene, lazer, e boa assistência em saúde, é necessário possuir poder aquisitivo que proporcione tudo isso, dessa forma, a afirmação de Johann se torna

aceitável, principalmente levando em consideração o contexto que o mesmo estava inserido.

No entanto, o maior desafio não é mostrar a íntima ligação entre qualidade de vida e saúde, ou ainda condições de vida, e sim evidenciar cada vez mais que a promoção de saúde e a prevenção de doenças são ferramentas de extrema importância nesse sentido (BUSS, 2000). Como supracitado, a prevenção de doenças diminuiu significativamente os gastos com saúde pública, assim como a morbimortalidade das doenças.

O termo “qualidade de vida” vem sendo empregado na literatura, bem como nos serviços de saúde desde meados da década de 1970 afirma Castro et al, 2003 apud Ferraz, 1998, os quais na década de 1990 já apontavam tal termo como imprescindível na realização de um tratamento eficaz, seja qual fosse a doença. Ela ressalta que no início dessa nova visão, vários problemas de ordem financeira aconteceram, uma vez que as instituições se negavam a adequar o tratamento à qualidade de vida do paciente, em decorrência do aumento dos custos. Apenas poucos anos antes de sua pesquisa, foi que o sistema de saúde começou a equipar-se de novas ferramentas e viver uma nova realidade. Nesse contexto, a assistência deixou de ser simplesmente ambulatorial e hospitalar, passando a comprometer-se mais com o bem estar do paciente. Uma boa consulta, um diagnóstico correto e tratamento adequado, fazem a diferença na adesão do cliente, assim como na sua recuperação. Notória foi a mudança no desenvolvimento de ações de controle e promoção da saúde dos pacientes hospitalizados (CASTRO et al, 2003).

Segundo Seidl; Zannon, 2004, O conceito qualidade de vida é utilizado em Dois tipos de ramificações: (1) na linguagem cotidiana, por pessoas da população em geral, jornalistas, políticos, profissionais de diversas áreas e gestores públicos ligados à área da saúde; (2) no contexto da pesquisa científica, em diferentes campos de atuação, como economia, sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia e demais especialidades da saúde.

Somente na década de 1990, foi que se chegou a um acordo quanto ao que realmente significava Qualidade de Vida em aspectos subjetivos. O que se afirmou foi que a subjetividade era como a pessoa se sentia e como a mesma se enxergava diante dos problemas enfrentados, seja em quadros de enfermidade ou não, sendo somente a pessoa capaz de responder sobre sua própria qualidade de vida (MATTOS; MARUYAMA, 2009). Em 1995, a Organização Mundial de Saúde e Qualidade de Vida

definiu a Qualidade de Vida como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valor e nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos , expectativas , padrões e preocupações” (WHOQOL, 1995).

Enquadrando-se nesse sistema de percepções e sentimentos, as DRC fêrem de forma significativa os padrões normais de saúde e de qualidade de vida das pessoas acometidas por tal síndrome. Ela destaca-se entre as doenças de curso crônico, em decorrência do forte impacto sobre a vida dos pacientes acometidos, visto que o modo de vida muda completamente, os hábitos alimentares já não são mais os mesmos, convive com um esquema terapêutico extremamente rigoroso, dependência de uma máquina para viver, redução da vitalidade e principalmente o convívio com uma doença incurável (MITTAL 2001, SANTOS, 2006 Apud SILVEIRA, 2010)

Além das mudanças físicas propriamente ditas, a diminuição da produtividade profissional provoca um impacto negativo sem precedentes na sua percepção de vida e de sua própria saúde. Os problemas psicossociais aparecem em todas as faixas etárias, e da mesma forma nos gêneros. Apenas no tocante à condição física e vitalidade foi que os homens apresentaram menos escore no estudo desenvolvido por Silveira et al, 2010.

Para a avaliação desses escores de pontuação, identificação de pontos chaves em estudos e percepção da qualidade de vida são usados métodos de pesquisas diversos, os quais adotam inúmeras formas de pesquisar os dados obtidos. Em torno da qualidade de vida, o que mais vem se usando como forma de coleta de dados são os questionários genéricos e específicos, ambos rotulados de instrumentos validados. Em uma pesquisa realizada no ano de 2010 por Masson; Monteiro e Vedovato, os instrumentos de pesquisas mais utilizados foram o *Medical Outcomes Study 36 – Item short form health survey* (SF-36), o *Word Health Organization Quality of Life* (WHOQOL), o EUROQOL e o *Nottingham Health Profile* (NPH). O mais utilizado foi o SF-36, o mesmo usado nessa pesquisa, conferindo aos dados obtidos, veracidade e confiabilidade maiores. Vale salientar que ambos já foram traduzidos e validados no Brasil.

Através desses estudos e avaliações da assistência prestada, assim como os resultados da terapêutica implementada, foram criados novos métodos, e novas políticas de saúde surgiram como melhoria e/ou solução de inúmeros problemas de ordem publica. Uma das principais mudanças foi a assistência diferenciada prestada, principalmente por parte do enfermeiro, que atua diretamente com o paciente. Essa relação é de extrema importância para a adesão ao tratamento, bem como ao enfrentamento do curso cansativo da doença. Por outro lado, essa “dependência” do

profissional, caracteriza algo importante para o paciente, é nesse momento que o mesmo se dá conta que depende de um sistema para sobreviver. Inesperadamente pessoas estão controlando sua vida, sua alimentação, e seu modo de viver. O portador de IRC é conhecedor de seu quadro patológico, dessa forma, enfrentar o medo da morte que se torna cada vez mais próxima, caso não seja transplantado, também é um fator preponderante na sua condição psicológica (SANTOS; ROCHA; BERARDINELLI, 2011).

A mudança de rotina pode ser o principal motivo pelo qual o paciente hemodialítico muda completamente seu humor, tornando-se uma pessoa com níveis de estresse alto. O intenso número de consultas médicas, as dietas, o possível transplante e a vivência em ambientes hospitalares estão intimamente relacionados com essa mudança de temperamento (HIGA et al, 2008).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo da Pesquisa

Diante da problemática em questão e do que foi proposto como objetivos, o método utilizado nesse estudo foi a pesquisa do tipo exploratória, descritiva com abordagem qualitativa, na perspectiva de resultados que trouxessem fidedignamente, a visão da amostra escolhida para a pesquisa, acerca do tema.

A pesquisa exploratória descritiva busca um maior envolvimento e familiaridade com o problema, afim de, construir hipóteses e dessa forma, poder explicitar e procurar explicar a problemática. Para que isso fosse alcançado, foi necessário utilizar ferramentas de pesquisas como: entrevista, questionários e estudo bibliográfico, os quais proporcionam compreensão (GIL, 1996). A pesquisa com abordagem qualitativa busca entender um fenômeno específico em profundidade. Ao invés de estatísticas, regras e outras generalizações, trabalhando com descrições, comparações e interpretações (FIGUEIREDO, 2007).

5.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Terapia Renal (UTR), serviço de saúde anexo ao Hospital Regional de Cajazeiras (HRC) na Cidade de Cajazeiras, Alto Sertão Paraibano. A mesma pertence à uma empresa privada e presta serviços ao Governo do Estado, ou seja, trabalha de forma terceirizada conveniada ao SUS.

Inaugurada em 16 de junho de 2010, iniciou atendendo 23 pacientes, atualmente esse número é de 39. Os dias de funcionamento são segundas, quartas e sextas-feiras, dividindo-se em três turno diários: 1º turno, de 7h as 10:30h; 2º turno, das 10:30h as 13:30h; e o 3º turno, das 13:30h às 21h. O corpo de funcionários é composto por 1 Enfermeiro, 4 Médicos, 6 Técnicos em Enfermagem, 2 recepcionistas, 2 Auxiliares de Serviços Gerais e 2 Funcionários que atuam na Farmácia da Unidade.

Apesar de funcionar de forma terceirizada, o relacionamento entre as equipes (da UTR e do HRC) é bastante satisfatório, o que facilita no tratamento dos pacientes. Sempre que esses precisam de atendimento hospitalar, são prontamente atendidos.

5.3 População e Amostra

A amostra foi retirada dos 40 pacientes nefropatas que se submetem a processo dialítico no local citado no item anterior, a mesma respeitará os critérios de inclusão.

Em uma visita prévia ao estabelecimento, constatou-se a existência de 9 pacientes que se enquadram no perfil pré-estabelecido nos critérios de inclusão. Ambos estão distribuídos em turnos de atendimentos da seguinte forma: 2 pacientes no primeiro turno; 2 no segundo turno; e 4 pacientes no terceiro turno.

5.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Serão utilizados como critérios de inclusão: fazer uso de tratamento hemodialítico; ter como doença de base (a qual ocasionou a cronicidade renal), Diabetes Melitus tipos I e/ou II; não possuir outras doenças que venham a interferir em sua qualidade de vida, que não esteja relacionado com a Nefropatia Diabética; os participantes não necessitam possuir maioridade (18 anos) e devem aceitar participar de forma espontânea da pesquisa, concordando com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Anexo D. Excluem-se da pesquisa os pacientes que por sua vez não contemplem os critérios de inclusão acima mencionados.

5.5 Instrumento de coleta de dados

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário validado, o qual já foi submetido a pesquisas inúmeras vezes antes de ganhar esse título. O uso desse tipo de material confere à pesquisa uma maior confiabilidade aos resultados alcançados, visto que se trata de algo utilizado em todo o mundo.

O *Medical Outcomes Study 36 – Item short-Form Health Survey (SF-36)*, é um instrumento de avaliação da qualidade de vida de caráter multidimensional, de fácil aplicabilidade e compreensão. É formado por 36 itens que abordam 8 temáticas: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos sociais e emocionais (CICONELLI, 1999)

Para a realização deste estudo, foi feita uma adaptação do instrumento supracitado onde foram acrescentadas e retiradas algumas questões, visando deste modo atender melhor a abordagem da problemática. Também foram acrescentadas questões de caráter sócio-econômicos no intuito de formar um perfil epidemiológico da amostra e realizar um paralelo com a realidade nacional.

5.6 Procedimento de Coleta de Dados

Os dados foram coletados mediante a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba, o qual validou o início da coleta de dados, uma vez que esse processo envolve seres humanos. Após a anuência do CEP e da direção do serviço deu-se início a coleta, sendo incerto o número de visitas. A entrevista não terá um tempo programado, o qual irá variar de acordo com o entrevistado, considerando a confiança adquirida e a história do paciente. A sua privacidade será respeitada, assim como será em tempo oportuno para a coleta de dados.

5.7 Processamento e Análise dos Dados

Os dados quantitativos do estudo foram analisados mediante a estatística descritiva com o auxílio do *Microsoft Excel*, na perspectiva de criação de gráficos, planilhas e tabelas que reflitam sobre a representação que as indagações apresentam.

Na análise das questões subjetivas, foi utilizada como base metodológica os conceitos propostos por Bardin (1977), sobre a Técnica de Análise do Conteúdo, o qual consiste em:

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

A análise do conteúdo é usada quando se quer ir além dos significados mais aparentes da leitura simples. Tudo que é dito em entrevistas, depoimentos ou outros

meios de comunicação pode ser utilizado como matéria prima na análise (FERREIRA, 2003 Apud Bardin 1977).

5.8 Aspectos Éticos

Em conformidade com Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, essa pesquisa respeitou toda e qualquer limitação prevista em lei, uma vez que, respaldada pelo CEP possui todos os meios legais para sua execução, sem que haja prejuízos para os participantes. As perguntas e relacionamento pesquisador/pesquisado só terá, absolutamente, cunho profissional, sendo facultativo ao participante desistir em qualquer momento, seja qual for o motivo, sem nenhum prejuízo para sua assistência.

Esse projeto foi enviado ao CEP já mencionado para apreciação e parecer, sendo o mesmo aprovado sem pendências conforme ANEXO I, pag 64.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta etapa do trabalho estão relacionados os resultados apresentados na pesquisa, inicialmente são apresentados os dados de caráter sócio-demográficos seguidos dos dados relativos a temática central do estudo, sendo estes últimos analisados sob a luz do método proposto por Bardin 1977, que denomina-se Análise do Conteúdo, onde irão ser abordadas a verbalização dos participantes do estudo.

6.1 Dados Sócio-demográficos

Serão abordados a seguir, os dados que caracterizam os participantes da pesquisa, os quais irão traçar um perfil epidemiológico dos participantes. Na tabela seguinte está composta pelas seguintes variáveis, idade, sexo, profissão, tempo de diagnóstico da DM e o tempo em uso de HD.

Tabela 01- Referente aos dados característicos dos participantes da pesquisa

Variáveis	Nº	%
Idade		
18 – 25	01	11,1
26 – 33	00	00
34 – 41	01	11,1
42 – 49	01	11,1
50 – 57	03	33,3
58 – 65	02	22,2
Sexo		
Feminino	04	44
Masculino	05	56
Tempo de Diagnóstico da DM (em anos)		
< 1	00	00
1 a 5	01	11,1
6 a 10	02	22,2
11 a 15	01	11,1
16 a 20	03	33,3
>20	02	22,2
Tempo em uso de HD (em anos)		
< 1	05	55,5
1 a 5	03	33,3
6 a 10	01	11,1
>10	00	00
Total	09	100

De acordo com a tabela 1, a faixa etária predominante varia de 50 a 57 anos (33,3%), como média de 52,1, variando de 20 a 67. Em relação ao sexo, uma maioria do sexo masculino (56%) é observada. De acordo com a (SBN, 2009) em seu último censo divulgado no ano de 2009, existem 50.691 pacientes em tratamento dialítico no Brasil, desses, 57% são do sexo masculino e 43% do sexo feminino. No entanto, a amostra desta pesquisa mostrou-se mais jovem do que a média nacional, onde 39,9% possuem 60 anos ou mais, já nos resultados aqui encontrados, essa população é de apenas 22, predominando o grupo que compreende o intervalo de 50-57 anos (33,3%). Em estudo realizado por Ferraz et al, 2010 na cidade de Brasília, com 220 pacientes, registraram-se os seguintes dados: Predominância masculina de 60% e média de idade de 52,9 anos.

O tempo de diagnóstico do DM variou de 3 a 30 anos, e a duração do tratamento dialítico de 20 dias a 10 anos. Assim como os dados sócio-demográficos, esses dados não referenciam melhora ou piora no prognóstico da doença. Existe uma pequena variação quando o tempo de HD é inferior a um ano, e mesmo assim quando a amostra é estratificada três vezes, isso porque o Índice de gravidade da doença renal (IGDR) tende a diminuir, aumentando insignificativamente a sobrevida (MORSCH; GONÇALVES; BARROS, 2005)

Em relação ao número de pacientes com ND em uso de hemodiálise o percentual foi de 22,5%, já que amostra foi de 9 pacientes, de um total de 40 em tratamento. Inúmeras pesquisas apontam para a mesma perspectiva de resultados, onde a DM aparece como principal causa de doenças nefróticas. Em estudo realizado com 878 casos em 25 anos por Perez et al, 2010, foram encontrados dados semelhantes aos dessa pesquisa, a saber: 19,8% de pacientes nefropatas diabéticos em uso de HD.

6.2 Dados relativos à temática central do estudo

Subsequentemente serão abordados dados que tratam de forma mais acurada sobre os objetivos propostos. Foram escolhidas questões objetivas e subjetivas no intuito de captar o maior número de informações, e assim uma maior quantidade de matéria prima para a discussão e relação com a literatura que versa sobre a mesma temática.

Inicialmente foi tratado sobre as condições gerais de saúde que o paciente apresentava no momento da entrevista. Os mesmos relatavam como se sentiam, e como classificavam sua QV atualmente, levando em consideração não somente os aspectos

físicos, mas também os sociais e psicológicos. A tabela a seguir trás informações sobre essa visão do indivíduo.

Tabela 2 – Percepção dos participantes acerca da sua saúde

Categoria	f	%
Percepção acerca de sua saúde atualmente		
Boa	6	66,6
Relativamente boa	2	22,2
Evoluindo satisfatoriamente	1	11,1
Total	9	100

Ao entrevistar os pacientes notou-se uma satisfação com o tratamento, assim como a percepção sobre sua saúde. A tabela mostra que 66,6% classificaram como boa sua saúde, 22,2% como relativamente boa e um paciente (11,1%) vê-se em evolução satisfatória, mas ainda instável. Mesmo com o forte impacto que a HD causa na QV dos pacientes, a mesma proporciona, imediatamente, uma significativa melhora no quadro geral, visto que a maioria dos pacientes quando descobrem a nefropatia vêm sofrendo com inúmeras alterações fisiológicas, seguidas de internações hospitalares, consultas médicas, baterias de exames e forte impacto no desenvolvimento das atividades diárias.

A forma como cada individuo vive e se relaciona com a IRC é única e individual, sempre dependendo de vários fatores como perfil psicológico, condições ambientais e familiares, apoio familiar e respostas das organizações de saúde. O enfrentamento da doença é influenciado pela percepção que cada um tem sobre sua QV. As de caráter positivo estão relacionadas com estratégias que os mesmos traçam durante o percurso por eles enfrentado, como por exemplo à busca de conhecimento sobre a patologia. Já as negativas estão mais ligadas a fatores psicológicos, principalmente a não aceitação de seu estado e da própria doença (HIGA et al, 2008).

“Boa, pois exerço minhas atividades quase que normalmente, não é mais como era antes pelo fato da hemodiálise me prender muito. Já faço há quatro anos e estou na espera de um transplante.” E.1

“Boa, me sentia cansado, mas hoje não me sinto mais. Era cheio de inchaços, mas não tenho mais, consigo andar normalmente.” E.2

Boa, pelo menos está melhor que antes, apenas a Pressão (PA) que permanece sempre alta. Me sinto bem, apenas não posso fazer tudo que fazia.” E.3

A partir desses depoimentos pode-se perceber que a HD provoca uma melhoria na qualidade de vida em relação ao quadro antecedente ao tratamento, pois diminui significativamente os sinais e sintomas provocados pela IRC. O que mais se pode notar é a incapacidade de realizar atividades consideradas normais, e isso é o que mais atinge a vitalidade dos dialíticos, uma vez que são privados de exercerem sua profissão, seus deveres domésticos, caminhar. A melhoria no quadro geral de saúde do paciente em uso de HD é evidente, mas isso não significa necessariamente uma boa QV, uma vez que todos são dotados de outras necessidades.

Para Barbosa; Valadares, 2009, a é maior quando os indivíduos reconhecem a função do tratamento e a importância da adequação à situação de saúde, tomar novas atitudes frente ao tratamento e se moldar às exigências impostas pela condição crônica. Quando a HD parece uma tortura os níveis de insatisfação aumentam, em contrapartida, quando é vista como uma saída, uma salvação, os aspectos positivos aparecem com maior frequência.

“Melhor que há 40 dias atrás. Estava muito inchado, tossindo bastante, mas hoje estou bem melhor.” E.4

“Tudo muda, mas enquanto estiver vivo está bom. Já sei das consequências e minha saúde não é boa, pois fico apenas em casa, não ando direito, mas aceito normalmente.” E.5

Esses dois últimos depoimentos de entrevistados mostram traços de insatisfação com sua QV. O E.4 demonstra uma leve satisfação com sua condição atual, mas deixa transparecer notadamente que ainda está aquém daquilo que estava habituado, e àquilo que espera. Esse paciente possuía apenas 20 dias de HD e mostrava-se um pouco insatisfeito com tudo que estava acontecendo de novo em sua vida, apesar de estar satisfeito com sua saúde física, simplesmente pelo fato de não estar mais tossindo e não apresentar mais edemas pelo corpo.

O E.5, demonstra mais claramente sua revolta com o tratamento e sua condição de vida, onde no trecho “... *mas enquanto estiver vivo está bom...*” demonstra desânimo com a vida, principalmente em sua forma de se expressar, fato este vivenciado apenas pelo pesquisador e analisado como fato preponderante na avaliação de suas colocações.

Mas o que é fato, e que a maioria das pesquisas apontam, é a dependência ao tratamento e o que isso acarreta à vida de quem o tem como um “acompanhante” em sua trajetória enquanto paciente hemodialítico. O fato de não poder mais viajar a qualquer momento, não poder visitar parentes sempre que quiser, e não maioria das vezes, não poder mais trabalhar, os restringem à um nível de mobilidade jamais vivido, os levando em muitos casos à quadros depressivos e até mesmo ao suicídio, como menciona MOURA JUNIOR, 2008, quando diz que isolamento social representa um dos fatores de risco para o suicídio.

Com a diminuição das relações sociais, a tendência é o desenvolvimento de um quadro depressivo por parte dos pacientes, e esse quadro é notado principalmente em paciente que fazem uso de HD há pouco tempo, sendo os processos psicológicos mais bem enfrentados por aqueles que já deslizam há um certo tempo. No entanto, a HD trás de maneira imediata uma significativa mudança de QV positiva no início do tratamento, uma vez que à medida que as alterações físicas (acúmulo de líquido, fraqueza, cefaléia, cansaço e mal estar estomacal) se agravam, o paciente quer submeter-se à hemodiálise o mais rápido possível. A literatura mostra que o tratamento da IRC através da hemodiálise prolonga a vida, alivia o sofrimento da síndrome urêmica e até previne incapacidades posteriores Machado, 2003 apud Terra, 2010. Diante disso, os participantes foram perguntados acerca de sua saúde hoje, em relação há um ano.

Gráfico 1 – Percepção acerca de sua saúde em relação há um ano

Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?



Quando indagados sobre sua QV em relação há um ano, a grande maioria (67%) citou uma grande melhora em seu quadro geral de saúde, o que evidencia o impacto da HD nos processos fisiológicos dos pacientes. Para PILGER et al, 2010, a

terapêutica adotada proporciona uma significativa evolução positiva no bem estar do paciente, uma vez que conseguem realizar atividades que antes não conseguiam.

Esses fatores explicam o resultado do gráfico, e deixam claro que a HD em si proporciona uma melhoria imediata na QV dos pacientes, o sucesso não é maior devido ao tratamento crônico e às restrições que o mesmo causa na rotina dos dialíticos.

O restante do gráfico (33,3%) representa uma clientela que já apresentava um quadro de estabilidade em sua QV, ou seja, os problemas de ordem fisiológica já não os atrapalhavam tanto, restando praticamente o problema crônico, o qual deve ser enfrentado sobre uma diferente ótica, sobre a qual o individuo tentará superar os desafios e barreiras que certamente aparecerão.

Dentre as dificuldades mais presentes na vida de um paciente dialítico, aparecem as atividades diárias, as quais são vistas por todos como simples e fáceis de executar, em contrapartida, as mesmas atividades citadas à seguir tornam-se desafios para quem faz uso de HD, e isso interfere de forma significativa em sua QV.

Tabela 3 – O impacto da HD sobre as atividades comuns do dia a dia

Atividades	Sim, dificulta muito		Sim, dificulta pouco		Não, não dificulta		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Vigorosas	9	100	0	0	0	0	9	100
Moderadas	1	11,1	3	33,3	5	55,5	9	100
Levantar Mantimentos	0	0	2	22,2	7	77,7	9	100
Subir vários lances de escada	5	55,5	1	11,1	3	33,3	9	100
Andar um quarteirão	2	22,2	2	22,2	5	55,5	9	100
Tomar banho e vestir-se	0	0	0	0	9	100	9	100

O primeiro dado da tabela já nos mostra uma realidade vivida pela amostra da pesquisa, todos apresentam restrições à execução de atividades que demandam um maior esforço, a maioria se sente cansados ou esgotados para realização das mesmas. Em estudo semelhante realizado por Costa; Vasconcelos; Tassitano, 2010, a grande maioria (70,3%) dos pacientes em uso de HD não conseguem realizar atividades que demandam algum tipo de esforço, não sendo necessariamente de caráter vigoroso.

Esses achados podem ser explicados pelo comprometimento muscular característico dessa clientela. Segundo Vieira et al, 2005 as principais alterações musculoesqueléticas são artralgia (presentes em mais de 70%), ombro doloroso, síndrome do túnel do carpo e dedo em gatilho, decorrentes da deposição de proteína β 2-microglobulina nos tecidos, artrite induzida por cristais, necrose avascular, artrite sépticas, fraqueza e câimbras musculares. Dentre essas atividades aparecem “subir vários lances de escada”, a qual obteve um percentual de 66,6% de dificuldade em sua execução, sendo 55,5% de extrema dificuldade.

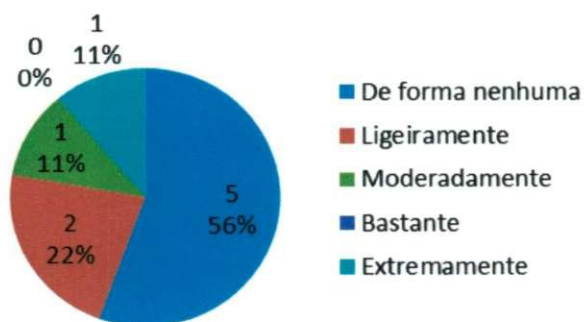
Atividades como levantar mantimentos, andar um quarteirão e tomar banho e vestir-se, apresentaram valores respectivos de 77,7%, 55,5% e 100%, ambos com resposta igual (não, não dificulta). Isso demonstra que atividades que necessitam de menor esforço são executadas com menos dificuldade pelos participantes da pesquisa. Isso tem maior impacto principalmente em relação ao tempo de HD. De acordo com pesquisa realizada por Martins; Cesarino, 2005, 96,3% dos entrevistados apresentaram comprometimento no desenvolver de atividades corporais, 93,6% dificuldades em atividades recreativas e 34,2% em atividades domésticas. Se levarmos em consideração que atividades domésticas estão compreendidas nos itens “atividade moderadas e carregar mantimentos” observa-se um percentual de 66,6% que afirma não ter nenhum tipo de dificuldades em realizá-las.

Dessa forma, pode-se perceber uma significativa mudança de hábitos, o que nem sempre é enfrentado de forma positiva pelos portadores de ND em uso de HD, e isso é o principal na auto avaliação, uma vez que a QV está intimamente ligada aos processos psicológicos. Costumes como “andar um quarteirão” compreende o contato que os mesmos possuem com seus vizinhos, ou seja, o grupo social que está inserido e de mais fácil acesso, mas, como visto na tabela 3, 44,4% afirmam dificuldade em realizá-lo, tornando-se assim, cada vez mais, uma pessoa restrita ao seio familiar. “tomar banho e vestir-se” não aparece como problema em nenhum dos participantes.

Tomando como base o que já foi explicitado sobre os impactos positivos da HD na vida dos pacientes, todos foram perguntados sobre como sua saúde interferido em suas atividades sociais normais, e o resultado foi como descrito no gráfico 2.

Gráfico 2 – Como a saúde tem interferido nas atividades sociais nas últimas 4 semanas

Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais ?

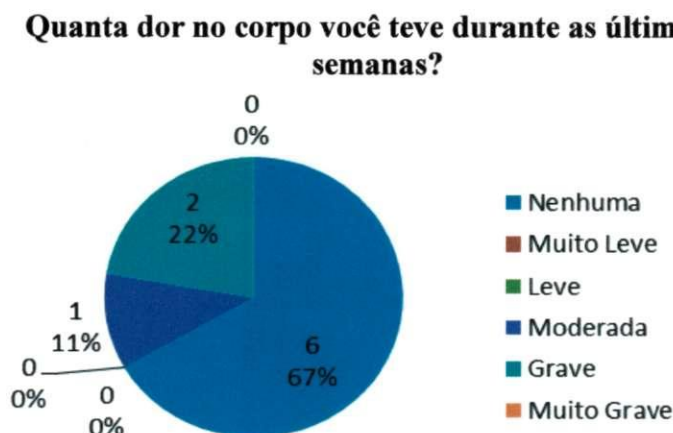


O resultado deste gráfico mostra como a HD, de uma forma geral, oferece aos seus usuários uma QV satisfatória. Ao analisar o gráfico pode-se notar que maioria (56%) não foi influenciado de maneira alguma negativamente em relação ao propósito da pergunta. 22% da amostra mostrou-se ligeiramente influenciada pela saúde como motivo para não realização das atividades sociais normais.

Vê-se que apenas 2 entrevistados mostraram-se realmente atingidos pela seu estado de físico, isso porque esses representam pacientes que começaram o tratamento há pouco tempo, um tinha apenas 4 meses de tratamento, e outro 20 dias. Isso mostra que o quadro progresso à HD é bastante complicado, principalmente quando levado em consideração a QV em sua totalidade.

Continuando com a avaliação das últimas quatro semanas, os pacientes foram indagados se sentiram dor nesse período, a intensidade da mesma, e como isso interferiu ou na sua QV.

Gráfico 3 – Referente às dores que os entrevistados sentiram nas últimas 4 semanas



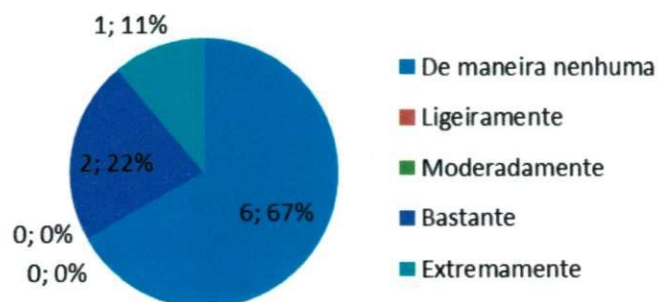
Como mostra o gráfico 3, a maior parte dos entrevistados (67%) disseram que não sentiram qualquer dor durante o período, 11% sentiu dor moderada, e 22% sentiram dores extremas, as quais os atrapalharam significativamente, fato esse que será abordado logo após. Em pesquisa semelhante, usando como base o mesmo questionário, Martins; Cesarino, 2005 chegaram aos seguintes resultados relativos à dor: 60,6% dos entrevistados comentaram que sentem dor. Mais especificamente, Costa; Vasconcelos; Tassitano 2010 estratificaram a pergunta e perguntaram acerca de dor muscular e dor no peito e câibras, encontrando os percentuais de 69,4%, 47% e 89,8%.

Os pacientes que relataram não sentir dor representam um grupo que já fazem HD há mais tempo, e encontram-se em um estado mais estável da doença, ao passo que também enfrentam melhor a situação de vida que se encontram. Já aqueles que relataram ter sentido dor moderada, e principalmente Grave, estão lotados no grupo que fazem HD há pouco tempo, mais precisamente, 4 meses, e 20 dias, ou seja, esses pacientes, há 4 semanas antes da entrevista, ainda sofriam com os sintomas agudos da doença e aqueles denominados crônicos já surgiam. No entanto, nota-se que com o tempo, a HD proporciona uma melhoria na QV significativa, principalmente quando diz respeito à aspectos físicos.

O gráfico seguinte mostra como essas dores interferiram em suas atividades laborais e relações sociais.

Gráfico 4 – Referente ao impacto que a dor teve em suas atividades normais

Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal ?



Passado o momento da análise dos dados de caráter físico-social, é chegado o momento mais crítico e sensível desse estudo, pois agora serão tratadas questões de cunho emocional, variáveis que atingem não somente o âmbito perceptível, mas sim o interior dos participantes, de como se sentiam ao responder as perguntas, suas expressões, colocações, reações e ações.

Inicialmente serão abordadas questões que envolvem seu estado emocional, e como os mesmos enfrentam as dificuldades inerentes ao problema de saúde que enfrentam. A tabela 4, aborda esses fatores e tenta alcançar de uma forma geral, como o paciente dialítico tem se sentido nas últimas 4 semanas.

Tabela 4 – Questões sobre como os entrevistados tem se sentido, e como tudo tem acontecido durante as 4 últimas semanas

Atividades	Todo tempo		A maior parte do tempo		Uma boa parte do tempo		Alguma parte do tempo		Uma pequena parte do tempo		Nunca	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Cheio de Força	0	0	1	11,1	1	11,1	4	44,4	3	33,3	0	0
Deprimido	0	0	0	0	1	11,1	3	33,3	1	11,1	4	44,4
Muita Energia	0	0	1	11,1	4	44,4	1	11,1	3	33,3	0	0
Desanimado	0	0	0	0	1	11,1	2	22,2	2	22,2	4	44,4
Esgotado	0	0	1	11,1	1	11,1	1	11,1	3	33,3	3	33,3
Feliz	5	55,5	4	44,4	0	0	0	0	0	0	0	0
Cansado	1	11,1	0	0	1	11,1	2	22,2	4	44,4	1	11,1

Analisando a tabela de uma maneira geral, pode-se chegar a seguinte conclusão: os pacientes acometidos por ND em uso de HD apresentam níveis de QV satisfatórios, se levarmos em consideração todas as alterações que podem acontecer com os mesmos. Isso é verificado principalmente no item “esgotado” onde 33,3% afirmam que não se sentem em momento algum, 33,3% em uma pequena parte do tempo, e nenhum se sente esgotado todo o tempo. É certo também que nenhum dos participantes se mostrou cheio de força todo o tempo. Desses, 44% dizem estar cheio de força em alguma parte do tempo, e 33% em apenas uma pequena parte do tempo, o que apenas ratifica dado anteriormente citado, onde nenhum deles conseguiam desenvolver atividades que demandavam esforço físico vigoroso.

É preciso que se entendam as diferenças entre os itens colocados em questão, pois mesmo parecendo iguais, não o são. Estar esgotado difere de estar cansado, os quais não significam “não estar cheio de força ou de muita energia”. Um dos entrevistados (11,1%) disse que se sentia cansado todo o tempo, mas a grande maioria, cerca de 77,7% diz estar cansada em algumas partes do dia, variando de “alguma parte do dia” até “nunca”. Essas alterações na vitalidade representam algumas das principais

características presentes nos pacientes dialíticos, concretizando as maiores queixas dos mesmos durante a entrevista.

Quando a questão foi “muita energia”, 44,4% apresentam essa variável em “uma boa parte do tempo”, e 11,1% na “maior parte do tempo”. 33,3% dizem ter muita energia em apenas “uma pequena parte do dia”, esse certo equilíbrio é explicado quando analisado quais pacientes responderam as respectivas alternativas, e o que se constata é que os pacientes com mais tempo de HD apresentam diminuição da vitalidade. Com o avançar do tempo de HD, aumentam também os anos de vida de cada um, e isso é de fundamental importância neste aspecto, principalmente em paciente que apresentam idade maior que 60 anos, uma vez que os mesmos passam pelo processo natural de envelhecimento, fato que acarreta inúmeras outras alterações, as quais intensificam a diminuição da QV (SILVEIRA et al, 2010).

Em alguns momentos da entrevista pôde-se notar que, as perguntas de caráter emocional eram respondidas com bastante firmeza, e que ao falar em felicidade, as respostas foram praticamente unânimes, visto que 55,5% dizem ser felizes todo o tempo, e 44,4% a maior parte do tempo, isso revela que apesar de todos os problemas enfrentados, e por pior que seja seu prognóstico, eles se apresentam como pessoas fortes e dispostas a vencer os desafios impostas pela árdua batalha contra esse problema aparentemente sem cura. O que mais era comentado era a participação da família, sempre diziam ter apoio da família e que o seio familiar era o principal meio de escape encontrado. Fráguas; Soares; Silva, 2008 dizem que o envolvimento familiar favorece a formação de uma rede de apoio entre seus integrantes, confortando o sofrimento da pessoa doente ou simplesmente estando presente. Os membros da família planejam melhores meios para colaborarem um com o outro, diminuindo assim a sobrecarga de trabalho.

Desanimado, palavra quase que proibida no ambiente da HD, sempre que entrávamos neste assunto, a resposta era imediata “Nunca”. No entanto, logo em seguida alguns demonstraram passar por momentos dessa natureza, diziam-se mais fracos, em alguns momentos, que a pressão exercida sobre eles, mas que logo cessava. Certo é que 44,4% disseram nunca ter sentido, 22,2% apenas em “uma pequena parte do tempo” e outros 22,2% em “alguma parte do tempo”, e apenas 1 participante (11,1%) confessou passar boa parte do tempo desanimado. Todas essas alterações de humor, e de acreditar na cura, deve-se ao tratamento longo e permanente, onde muitos relatavam

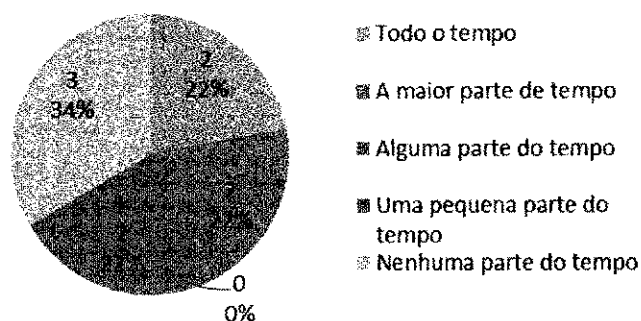
passar por momentos de depressão, fosse passageira, ou que necessitasse de acompanhamento psicológico.

O item “deprimido” era uma das respostas mais aguardada nesta pesquisa, tanto em relação à, como responderiam, quanto à própria resposta em si. O resultado foi bastante significativo, e mais ainda como os entrevistados lidavam com o caso. 44,4% disseram não sentir-se deprimidos em momento algum, uma boa parcela demonstrou boa aceitação de suas condições de vida e deixaram transparecer “vontade de viver”, o que torna o tratamento menos desagradável, favorece à adesão, e aumenta a QV. No entanto 33,3% relataram quadros depressivos em “alguma parte do tempo”, 11,1% em “uma pequena parte do tempo” e outros 11,1% em “uma boa parte do tempo”. Tais resultados estão intimamente ligados ao tempo de HD, pois os mesmo relatavam melhora em relação há 4 semanas atrás. Para Thomas; Alchieri, 2005, A possibilidade de uma assistência psicológica deve objetivar principalmente a avaliação das condições de adaptação às novas situações que o tratamento dialítico impõe, uma vez que ele inevitavelmente acarreta limitações, assim como possibilita a extensão de vida com qualidade.

Uma das principais queixas dos pacientes era a impossibilidade de fazer viagens, o que os impediam de visitar parente, amigos, participar de festas em outras cidades, dentre outros eventos. A única possibilidade é conseguir uma transferência para outra UTR para realização de algumas sessões, necessárias à sua permanência neste local. Uma pergunta foi especialmente elaborada para esse caso, e obtiveram-se os seguintes resultados.

Gráfico 5 – Como a situação física ou emocional tem interferido nas atividades

Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua situação física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?



O gráfico mostra que 66,6% dos participantes apresentam algum tipo de interferência em suas atividades sociais, isso demonstra quão atrelados ao tratamento são. 22,2% dizem ser atrapalhados “todo o tempo” e 22,2% na “maior parte do tempo”, esses dados são bastante significativos, e mostram a realidade vivida por pacientes em uso de HD. Vale ressaltar que todos os entrevistados já não mais exerciam suas respectivas profissões, alguns aposentados, outros em licença médica, outros desempregados e dependentes de familiares e amigos, e ao relatarem suas condições de vida, seu poder aquisitivo, e os altos custos de manter-se vivo, demonstravam fragilidade, perda do auto-controle de sua própria vida, se sentiam impotentes frente à situação, e isso configura um dos mais importantes pontos na queda da QV, segundo eles mesmos confessavam.

O contato com o novo, a dependência de uma máquina e sua própria conexão com o mesmo durante horas, três vezes na semana, por tempo indeterminado, tudo isso torna o paciente dialítico um ser que tende à fragilidade caso não seja interado de tudo que esteja acontecendo com ele. Segundo Pietrovski, V.; Dall’agnol, 2006 o contato com o novo configura uma peça fundamental na adesão ao tratamento e também à aceitação de sua nova condição de vida, para elas o acolhimento ao paciente renal crônico constitui uma ferramenta de bastante valia mediante à nova condição que a doença lhe impõe. Tudo não passa de um acolhimento, o que repercute sobre a humanização do atendimento. Diz respeito, ainda, à escuta do problema de saúde do usuário, de forma qualificada e resolutiva. Em seu estudo ficou notório a falta de humanização no tratamento, em se tratando dos primeiros contatos com o tratamento, o que pode “soar” como falta de cuidado ou desamparo. Em um dos trechos de um dos participantes de sua pesquisa, isso fica bem claro:

Quando eu comecei a fazer hemodiálise foi o que me marcou mesmo porque eu não tinha idéia do que era, não tinha nenhum conhecimento e logo já fui sendo cortada, colocando cateter (U1).

Em nossa pesquisa, o resultado não se mostrou tão negativo em relação a esse ponto da temática, apesar de não saberem muito a respeito de tudo, todos tinham uma boa noção do que estava acontecendo, das conseqüências e do funcionamento da máquina, assim como sua função no tratamento. A tabela e os comentários subcitados explicitam melhor a questão.

Tabela 5 – Percepção dos pacientes acerca do tratamento dialítico (HD)

Categoria	f	%
Percepção acerca da HD		
Conhecimentos básicos sobre as funções da máquina	8	88,8
Efeitos do tratamento sobre o organismo	9	100
Efeitos negativos do tratamento frente à vida social	3	33,3

Em relação ao conhecimento sobre o tratamento em si, 88,8% dos entrevistados mostraram interesse sobre o tema e demonstraram conhecimento acerca da função da máquina sobre o organismo, mesmo não possuindo conhecimento mais aprofundado. Isso aponta para uma assistência mais humanizada, onde o paciente é parte do processo. Inclusive notou-se uma proximidade bastante satisfatória entre profissionais e pacientes durante a permanência no setor de coleta de dados, sempre que era realizado algum procedimento os clientes eram informados sobre o mesmo, e isso proporciona uma maior confiança na equipe, favorecendo à uma maior adesão ao tratamento e enfrentamento da situação segundo já mencionado.

“Entendo o básico... filtra o sangue, a gente repõe as energias, tira muito peso da gente e baixa a pressão (PA).” E.5

“O tratamento é bom, a máquina filtra e renova o sangue... faz o trabalho dos rins.” E.

Como visualizado nos trechos das falas, o conhecimento que se tem sobre o assunto é bastante superficial, mas considero satisfatório à nível de paciente. Entender o funcionamento da máquina e sua função no tratamento é algo essencial ao cliente, visto que a mesma está conectada ao seu corpo, realizando uma das funções vitais mais importantes do corpo humano.

Um dos pacientes chamou à atenção ao ser entrevistado pois parecia bastante emocionado e fragilizado, percepção caracterizado pelo choro da paciente em alguns

momentos. Em sua fala deixou bem claro a insatisfação com o tratamento, mesmo dizendo que estava bem melhor em relação há 8 meses, quando começara o tratamento.

“Muito chato, devido a dependência o tratamento... (pausa/choro) não se pode viajar, ver a família, fico muito restrito. Em relação à máquina entendo que a mesma substitui os rins.” E.7

Fica claro que um dos principais problemas dos pacientes em uso de HD é a privação de viagens e a restrição ao tratamento, que é extremamente alta, trazendo consigo isolamento social, quadros depressivos e conseqüentemente diminuição da QV.

Mesmo com esse ponto específico, ficou clara a aceitação por parte dos demais à todo o processo que os envolve. Essa pesquisa teve essa finalidade, entender os principais problemas enfrentados por tal população, procurar identificar o que estava intrínseco ao tratamento e relacionar tudo isso com a Qualidade de Vida dos portadores de Nefropatia diabética em uso de Hemodiálise.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a conclusão da análise dos dados, bem como sua relação com pesquisas que abordaram uma temática semelhante e correlacioná-las com a realidade nacional presentes em diversos estudos citados no texto, o que pode-se inferir sobre os resultados apresentados, é que os mesmos apontam para características semelhantes que são vivenciada por todos portadores da doença. Mesmo possuindo particularidades, e devendo o profissional tratar todos como um ser único, o fato é que, em geral, os portadores de ND em uso de HD enfrentam praticamente os mesmos problemas, sejam de cunho social, físico ou emocional.

Sabe-se que todos participantes do estudo desenvolveram a DRC devido à DM, sendo a mesma nos dias atuais a principal causa de DRC, e que sua prevenção diminui significativamente a incidência de ND. Com isso é notório que a principal arma contra a incidência e prevalência é a prevenção de doenças e promoção da saúde, cabendo ao Estado fazer essa investigação, notificar e tratar de todos, independentemente da classe social, poder aquisitivo e localidade que o indivíduo esteja inserido. Vale salientar que a adesão ao tratamento, é uma decisão do paciente e que o mesmo tem autonomia de direito sobre essa decisão, mas não exime dos Governos e das equipes multiprofissionais essa responsabilidade, os quais são responsáveis pelas estratégias em saúde, assim como sua execução.

Também é dever do Estado a assistência de qualidade à pacientes nefropatas crônicos, principalmente em relação à QV dos mesmos, já que confirmou-se nessa pesquisa que existe um forte impacto do tratamento sobre a vida do paciente. Essa assistência compreende-se do momento do diagnóstico ao final do tratamento, seja o final qual for, cura, evasão, ou óbito. Como visto na discussão, a assistência da equipe configura uma importante ferramenta no tratamento, uma vez que, ao sentir-se amparado e cuidado, o indivíduo encara melhor as barreiras e adere mais facilmente ao tratamento, aumentando dessa forma sua perspectiva de vida, culminando em um quadro psicológico favorável.

Tendo em vista as inquietações dos pesquisadores, dúvidas, e objetivos traçados pelos mesmos, esse estudo trouxe à tona inúmeras respostas e dados antes não mencionados outras pesquisa. Com isso pode-se dizer que a mesma correspondeu as expectativas já que elucidou varias questões, ate mesmo além do esperado como metas para tal. O contato com os pacientes, o conhecimento de sua rotina diária, a relação

estabelecida durante as entrevistas e a conexão com a realidade de cada um, ainda que passageira, cria uma visão mais profunda a respeito da problemática em questão e aproxima o pesquisador da realidade dos participantes, tornando-se também uma parte do todo.

Todo o projeto caminhou para um resultado satisfatório, desde a escolha do tema à sua conclusão. O tema Qualidade de Vida é imensurável, ao passo que não é apenas uma variável, e sim algo extremamente dinâmico e complexo. Mesmo com esse grande desafio, as respostas surgiram, e as inquietações supridas. Os pontos mais críticos da análise apareceram e corroboraram com inúmeras pesquisas desenvolvidas no Brasil e até mesmo em outros países. Os desafios enfrentados pelos mesmos foram identificados e analisados à luz da metodologia citada, a qual foi de fundamental importância para a realização da discussão, pois a mesma conferia aos pesquisadores autonomia ao discorrer sobre as respostas dadas pelos participantes.

De acordo com os resultados apresentados e análise pessoal da situação vivenciada, pode-se dizer que a HD proporciona ao paciente uma grande melhoria na QV em relação aos problemas físicos. Frente ao processo psicológico, os resultados podem variar de acordo com a amostra em estudo, e principalmente a percepção individual que cada um tem de sua condição de vida. Mas, de uma forma geral, os pacientes dialíticos apresentam resultados negativos nesse quesito de avaliação, em decorrência de um tratamento prolongado e que causa dependência. Outro fator importante é o social, onde os entrevistados também apresentaram resultados expressivos em relação às atividades normais do dia a dia.

Definitivamente, esse é um tema que não dá para, simplesmente, fechar em um resultado único, afinal trata de sentimentos e percepções de vários indivíduos, ambos com visões de mundo diferentes. No entanto, essas divergências aumentam a discussão sobre o assunto, torna-o mais complexo e instigante, o que nos motiva a procurar mais respostas que com certeza existem. Trabalhar com essa temática foi de fundamental importância pra o desenvolvimento de novos conceitos e para a (re)afirmação de outros tantos. O que se espera é que, com os resultados aqui obtidos, novas condutas de assistência sejam tomadas, que as políticas de saúde dêem mais ênfase à essa classe da sociedade, e com isso proporcionar aos portadores uma rede de subsídios, a qual supra suas necessidades e seja uma ferramenta de aumento, e não diminuição da QV desses.

Ao final, o contato com os participantes não apenas garantiu material suficiente para discorrer sobre, mas também como lição de vida. Os dados obtidos e a literatura

consultada serviram de apoio para uma realidade pulsante no olho de cada um. Não fossem os protocolos de pesquisas necessários, assim como referencial teórico para embasamento, os resultados seriam os mesmos, tão “palpáveis” eram suas respostas e sentimentos, foi possível sentir sua dor, e viver um pouco de tudo que os afligiam. Trabalhar com pessoas vitoriosas foi mais do que um cumprimento legal para a formação acadêmica, foi uma vivência única enquanto ser humano, onde o aprendizado científico não se caracteriza como o principal, apenas trilha um percurso de coadjuvante ao lado do humano.

10 REFERÊNCIAS

- BARBOSA, G. S.; VALADARES, G. V. Hemodiálise: estilo de vida e a adaptação do paciente. *Acta Paul Enferm.* v. 22, (Especial-Nefrologia), p. 524-7, 2009.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70. 1977.
- BIANCHI, P. D. A.; BARP, J.; THOMÉ, F. S.; BELLO-KLEIN, A. Efeito de uma sessão de hemodiálise sobre o estresse oxidativo sistêmico de pacientes renais crônicos terminais. *J Bras Nefrol;* v. 31, n. 3, p. 175-182, 2009.
- BRUNO, R.M.; GROSS, J.L. Prognostic factors in brazilian diabetic patients starting dialysis: a 3.6-year follow-up study. *J Diabetes Complications*, v. 14, p. 226-71, 2000.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- 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;** v. 49, n. 3, p. 245-9, 2003.
- CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Ver Bras Reumatol*, v. 39, n.3, mai-jun, 1999.
- COSTA, P.B.; VASCONCELOS, K.F.S.; TASSITANO, R.M. Qualidade de vida: pacientes com insuficiência renal crônica no município de Caruaru, PE. *Fisioter Mov*, v. 23, n. 3, p.461-71, jul/set, 2010.
- DOMINGUES, C. A.; BRAGA, M. A. T.; NEVES, E. B. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. Apresentando os resultados. Rio de Janeiro: EB/CEP, p. 69-100, 2007.
- FERNÁNDEZ, E. S. Alterações Renais em Diabetes Mellitus do Tipo 2: Descrição da Histologia em Estudo de Necrópsia. *J Bras Nefrol*, v. 29, n. 4, 2007.
- FERRAZ, F. H. R. P.; MARTINS FILHO, E.; SILVA, R. C.; SINÉSIO, M. C. T.; QUIRINO, R. M.; CAVECHIA, S. R. Epidemiologia da doença renal crônica terminal no distrito federal: experiência do hospital Regional da asa norte. *Brasília Med;* v. 47, n. 4, p. 434-438, 2010.
- FERREIRA, B. *Análise de Conteúdo*. 2003. Disponível em <http://www.ulbra.br/psicologia/psi-dicas-art.htm> acesso em 28/05/2011
- FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. São Caetano do Sul, SP, Yendis Editora, 2. Ed, 2007.

FRÁGUAS, G.; SOARES, S.M.; SILVA, P.A.B. A família no cuidado ao portador de nefropatia diabética. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, v. 12, n. 2, p. 271-7, jun, 2008.

GARCÍA, R.P.; BENÍTES, P.R.; DALL, C.; GÓMEZ, A.P.; VALDERRABANO, C.F. Preocupante incremento de la diabetes como causa de insuficiéncia renal terminal. Evaluación del tratamiento sustitutivo. *An Med Int*, v. 18, p. 175-80, 2001.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. Ed. Atlas; 3. ed. p.159; São Paulo, 1996.

GOLDSTEIN, M.; YASSA, T.; DACOURIS, N.; MCFARLANE, P. Multidisciplinary predialysis care and morbidity and mortality of patients on dialysis. *Am J Kidney Dis*, v. 44, n. 4, p. 706-14, 2004.

GORODETSKAYA, I.; ZENIOS, S.; MCCULLOCH, C.E.; BOSTROM, A.; HSU, C.Y.; BINDMAN, A.B. et al. Health-related quality of life and estimates of utility in chronic kidney disease. *Kidney Int*, v. 68, p. 2801-8, 2005.

GROSS, J.L.; SILVEIRO, S.P.; CANANI, L.H.; FRIEDMAN, R.; LEITÃO, C.B.; DE AZEVEDO, M.J. Diabetic nephropathy and cardiac disease. *Arq Bras Endocrinol Metabol*, v. 5, p. 244-56, 2007.

HIGA, K. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiéncia renal crônica em tratamento de hemodiálise. *Acta Paul Enferm*, v. 21 n. esp, p. 203-6, 2008.

MADEIRO, A. C. Adesão de portadores de insuficiéncia renal crônica ao tratamento de hemodiálise. *Acta Paul Enferm*, v. 23, n. 4, p. 546-51, 2010.

MAKEKMAKAN, L.; HAGHPANAH, S. PAKFETRAT, M. MAKEKMAKAN, A.; KHAJEHDEHLI, P. Causes of chronic renal failure among Iranian Hemodialysis patients. *Saudi J Kidney Dis Transpl*, v. 20, p. 501-4, 2009.

MARTINS, M.R.I.; CESARINO, C.B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 13, n. 5, p. 670-6, setembro-outubro 2005.

MASSON, V. A.; MONTEIRO, M. I.; VEDOVATO, T. G. **QUALIDADE DE VIDA Evolução dos Conceitos e Práticas no Século XXI**. Qualidade de Vida e Instrumentos para Avaliação de Doenças Crônicas – Revisão de Literatura. 1ª Edição, Editora IPES, p. 45-54, 2010

MATTOS, M.; MARUYAMA, S. A. T. A experiência em família de uma pessoa com diabetes mellitus e em tratamento por hemodiálise. *Rev. Eletr. Enf*, v. 11, n. 4, p. 971-81, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a23.htm>.

MORSCH, C.; GONÇALVES, L. F.; BARROS, E. Índice de gravidade da doença renal, indicadores assistenciais e Mortalidade em pacientes em hemodiálise. **Rev Assoc Med Bras**, v. 51, n.5, p. 296-300, 2005.

MOURA JUNIOR, J. A.; SOUZA, C. A. M.; OLIVEIRA, I. R.; MIRANDA, R. O.; TELES, C.; MOURA NETO, J. A. Risco de suicídio em pacientes em hemodiálise: evolução e mortalidade em três anos. **J Bras Psiquiatr**, v. 57, n. 1, p. 44-51, 2008.

MURUSSI, M. Detecção Precoce da Nefropatia Diabética. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 52, n. 3, 2008.

PAUL, J.L.; SALL, N.D.; SONI, T.; POIGNET, J.L.; LINDENBAUM, A.; MAN, N.K. Lipid peroxidation abnormalities in hemodialyzed patients. **Nephron**, v. 64, p. 106-9, 1993.

PERES, L. A. B.; BIELA, R.; HERRMANN, M.; MATSUO, ANN, T.; H. K.; CAMARGO, M. T. A.; ROHDE, N. S. R. S.; USCOCOVICH, V. S. M. Estudo epidemiológico da doença renal crônica terminal no oeste do Paraná. Uma experiência de 878 casos atendidos em 25 anos. **J Bras Nefrol**, v. 32, n. 1, p. 51-56, 2010.

PIETROVSKI, V.; DALL'AGNOL, C. M. Situações significativas no espaço-contexto da hemodiálise: o que dizem os usuários de um serviço?. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 5, p. 630-5, set-out, 2006.

PILGER, C.; RAMPARI, E.M.; WAIDMAN, M.A.P.; CARREIRA, L. Hemodiálise: seu significado e impacto para a vida do idoso. **Esc Anna Nery**, v. 14, n. 4, p.677-683, out-dez, 2010.

RIELLA, MC. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 649-60, 2003.

SANTOS, F. R.; FILGUEIRAS, M.S.T.; CHAUBAH, A.; BASTOS, M.G.; PAULA, R.B. Efeitos da abordagem interdisciplinar na qualidade de vida e em parâmetros laboratoriais de pacientes com doença renal crônica. **Rev. Psiq. Clín**, v. 35, n. 3, p.87-95, 2008.

SANTOS, I.; ROCHA, R. P. F.; BERARDINELLI, L. M. M. Qualidade de vida de clientes em hemodiálise e necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 1, p. 31-38, 2011.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SESSO, R.; GORDAN, P. Dados disponíveis sobre a doença renal crônica no Brasil. **J Bras Nefrol**, v. 29, n. 9, p. 12, 2007.

SILVA, H. G.; SILVA, M. J. Motivações do paciente renal para a escolha a diálise peritoneal ambulatorial contínua. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 1, p. 10 - 14, 2003. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_1/pdf/motiva.pdf.

SILVA, L. A. M. *et al.* Sobrevida em hemodiálise crônica: estudo de uma coorte de 1.009 pacientes em 25 anos. *J Bras Nefrol*, Elsevier Editora Ltda, v. 31, n. 3, p. 190-197, 2009.

SILVEIRA, C. B. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise em um hospital público de Belém – Pará. *J Bras Nefrol*, v. 32, n. 1, p. 39-44, Elsevier Editora Ltda, 2010.

SILVEIRA, C.B. ; PANTOJA, I.K.O.R.; SILVA, A.R.M.; AZEVEDO, R.N.; AS, N.B.; TURIEL, M.G.P.; NUNES, M.B.G. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise em um hospital público de Belém – Pará. *J Bras Nefrol*, v. 32, n. 1, p. 39-44, 2010.

Sociedade Brasileira de Diabetes. Nefropatia Diabética Ter, 15 de Setembro de 2009.

Sociedade Brasileira de Nefrologia.
http://www.sbn.org.br/censos/censos_antteriores/censo_SBN_2009_final.ppt.

TERRA, F. S.; COSTA, A. M. D. D.; RIBEIRO, C. C. S.; NOGUEIRA, C. S.; PRADO, J. P.; COSTA, M. D.; COSTA, R. D.; FIGUEIREDO, E. T.; MORAIS, A. M. O portador de insuficiência renal crônica e sua dependência ao tratamento hemodialítico: compreensão fenomenológica. *Rev Bras Clin Med*, v. 8, n. 4, p. 306-10, 2010.

THOMAS, C.V.; ALCHIERI, J.C. Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à Hemodiálise. *Avaliação Psicológica*, v. 4, n. 1, p. 57-64, 2005.

VIEIRA, W. P.; GOMES, K. W. P.; FROTA, N. B.; ANDRADE, J. E. C. B.; VIEIRA, R. M. R. A.; MOURA, F. E. A.; VIEIRA, F. J. F. Manifestações Musculoesqueléticas em Pacientes Submetidos à Hemodiálise. *Rev Bras Reumatol*, v. 45, n. 6, p. 357-364, nov./dez., 2005.

WHOQOL. The World Health Organization quality of life assessment: position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41:1403-10.

ZANELLA, M.T. Nefropatia Diabética. *Revista Virtual de Medicina* v. 1, n. 1, Jan/Fev/Mar, 1998.

Disponível em: http://www.medonline.com.br/med_ed/med1/diabetes.htm. Acessado em: 01/06/2011.

ANEXOS

ANEXO A

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: NEFROPATIA DIABÉTICA: Qualidade de vida do portador em uso de hemodiálise

Eu, **EDINEIDE NUNES DA SILVA**, Professora da UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE portadora do RG: 5.181.211 SSP/PE declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

EDINEIDE NUNES DA SILVA
Orientadora

ULISSES BARBOSA DE MENEZES NETO
Orientando

CAJAZEIRAS-PB, ____ de _____ de 2011

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PÓS-GRADUANDOS
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAIBA

ANEXO B**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

Pesquisa: NEFROPATIA DIABÉTICA: Qualidade de vida do portador em uso de hemodiálise

Eu, **EDINEIDE NUNES DA SILVA**, Professora da UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, portadora do RG: 5.181.211 SSP/PE e CPF: 029.637.564-02 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humano

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

PESQUISADOR(A)

CAJAZEIRAS, _____ de _____ de 2011

ANEXO C

TERMO DE COMPROMISSO PARA COLETA DE DADOS EM ARQUIVO

Título do projeto: NEFROPATIA DIABÉTICA: Qualidade de vida do portador em uso de hemodiálise

Pesquisadores: EDINEIDE NUNES DA SILVA

ULISSES BARBOSA DE MENEZES NETO

Os pesquisadores do projeto acima identificados assumem o compromisso de:

- I. Preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

CAJAZEIRAS, _____ de _____ de 2011

Nome do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador
Responsável

Nome(s) de todos pesquisador(es) participante(s)

Assinatura(s) de todos pesquisador(es) participante(s)

ANEXO D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa "**NEFROPATIA DIABÉTICA: Qualidade de vida do portador em uso de hemodiálise**". Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

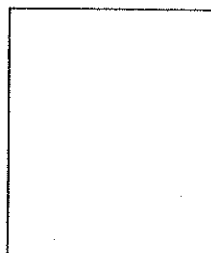
O trabalho **NEFROPATIA DIABÉTICA: Qualidade de vida do portador em uso de hemodiálise** terá como objetivo geral **Analisar a qualidade de vida de portadores de Nefropatia Diabética em uso de Hemodiálise**.

Ao voluntário só caberá a autorização para responder ao questionário aplicado, e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 9906.2537 com **EDINEIDE NUNES DA SILVA**.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante



Assinatura Dactiloscópica do
Participante da pesquisa

ANEXO E

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS
CNPJ: 08778268002023
CNES: 2613476
RUA: TABELIÃO ANTÔNIO DE HOLANDA S/N
BAIRRO: CENTRO
MUNICÍPIO: CAJAZEIRAS
ESTADO: PARAÍBA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado **“NEFROPATIA DIABÉTICA: Qualidade de vida do portador em uso de hemodiálise”** desenvolvida pelo aluno Ulisses Barbosa de Menezes Neto do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da professora Edineide Nunes da Silva.

CAJAZEIRAS, _____ de _____ de 2011

Assinatura e carimbo do responsável institucional

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAÍBA

ANEXO F

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS
CNPJ: 08778268002023
CNES: 2613476
RUA: TABELIÃO ANTÔNIO DE HOLANDA S/N
BAIRRO: CENTRO
MUNICÍPIO: CAJAZEIRAS
ESTADO: PARAÍBA

SETOR HOSPITALAR: CENTRAL DE HOMODIÁLISE DE CAJAZEIRAS
CNPJ:10900539000150

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “**NEFROPATIA DIABÉTICA: Qualidade de vida do portador em uso de hemodiálise**” desenvolvida pelo aluno Ulisses Barbosa de Menezes Neto do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da professora Edineide Nunes da Silva.

CAJAZEIRAS, _____ de _____ de 2011

Assinatura e carimbo do responsável institucional

ANEXO G**DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE**

Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar

Assinatura e carimbo do responsável institucional

ANEXO H

Versão em português do Medical Out comes Study 36 – Item short form health survey (sf-36)

Questionário traduzido e validado para o português em 1997 por Ciconelli (MARTINEZ, 2002)

Instruções: Esta parte da pesquisa questiona vocês sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)

Excelente 1 Muito boa 2 Boa 3 Ruim 4 Muito ruim 5

2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora? (circule uma)

Muito melhor agora do que há um ano 1
Um pouco melhor agora do que há um ano 2
Quase a mesma de um ano atrás 3
Um pouco pior agora do que há um ano 4
Muito pior agora do que há um ano 5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

Atividades:

Sim. Dificulta muito

Sim. Dificulta um pouco

Não. Não dificulta de modo algum

a) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos

b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa

c) Levantar ou carregar mantimentos

d) Subir vários lances de escada

e) Subir um lance de escada

f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se

g) Andar mais de 1 quilômetro

h) Andar vários quarteirões

i) Andar um quarteirão

j) Tomar banho ou vestir-se

4. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física? (circule uma em cada linha) Sim ou Não

a) Você diminuiu a **quantidade de tempo** que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?

b) Realizou **menos tarefas** do que você gostaria?

c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?

d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex.: necessitou de um esforço extra)?

5. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)? (circule uma em cada linha) Sim ou Não

a) Você diminuiu a **quantidade de tempo** que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?

b) Realizou **menos tarefas** do que você gostaria?

c) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto **cuidado** como geralmente faz?

6. Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo? (circule uma)

De forma nenhuma 1

Ligeiramente 2

Moderadamente 3

Bastante 4

Extremamente 5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as **últimas 4 semanas**? (circule uma)

Nenhuma 1

Muito leve 2

Leve 3

Moderada 4

Grave 5
Muito grave 6

8. Durante as últimas **4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa como dentro de casa)? (circule uma)

De maneira alguma 1
Um pouco 2
Moderadamente 3
Bastante 4
Extremamente 5

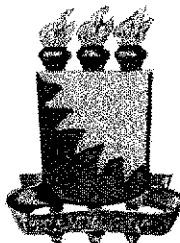
9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação as **últimas 4 semanas**. (circule um número para cada linha)

Todo tempo
A maior parte do tempo
Uma boa parte do tempo
Alguma parte do tempo
Uma pequena parte do tempo
Nunca

- a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?
- b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?
- c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?
- d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?
- e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?
- f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?
- g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?
- h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?
- i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?

10. Durante as últimas **4 semanas**, quanto do seu tempo a sua física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)? (circule uma)

Todo o tempo 1
A maior parte do tempo 2
Alguma parte do tempo 3
Uma pequena parte do tempo 4
Nenhuma parte do tempo 5

ANEXO I**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA****UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS****FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB****PROJETO: CAAE N: 0261.0.133.000-11****PARECER****X APROVADO****NÃO APROVADO****PENDENTE****TÍTULO: Nefropatia Diabética: qualidade de vida de portadores em uso de Hemodiálise****PESQUISADOR: EDINEIDE NUNES DA SILVA****ORIENTANDO: ULISSES BARBOSA DE MENEZES NETO****DESCRIÇÃO:**

Considerando que o projeto de pesquisa atende as exigências listadas no check-list do CEP/UEPB, somos de parecer favorável ao desenvolvimento da pesquisa pelo cumprimento das considerações éticas necessárias. Todavia, sugerimos que no instrumento não identifique os sujeitos, por questões éticas.

Campina Grande, 13/06/2011 Relator: 07

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAÍBA

APÊNDICES

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAUZEIRAS PARAIBA

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

NEFROPATIA DIABÉTICA: Qualidade de vida do portador em uso de hemodiálise

Roteiro semi-estruturado para entrevista com os portadores de Nefropatia Diabética na Unidade de Terapia Renal em Cajazeiras-PB.

Questionário traduzido e validado para o português em 1997 por Ciconelli (MARTINEZ, 2002) e adaptado para esta pesquisa.

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Profissão: _____

Tempo de diagnóstico do Diabetes: _____

Tempo em uso de Hemodiálise: _____

1. Em geral, como você classifica sua saúde atualmente?

2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora? (circule uma)

Muito melhor agora do que há um ano 1

Um pouco melhor agora do que há um ano 2

Quase a mesma de um ano atrás 3

Um pouco pior agora do que há um ano 4

Muito pior agora do que há um ano 5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde**, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

Atividades:

Sim. Dificulta muito

Sim. Dificulta um pouco

Não. Não dificulta de modo algum

a) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos

R.

b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa

R.

c) Levantar ou carregar mantimentos

R.

d) Subir vários lances de escada

R.

i) Andar um quarteirão

R.

j) Tomar banho ou vestir-se

R.

4. Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo? (circule uma)

De forma nenhuma 1

Ligeiramente 2

Moderadamente 3

Bastante 4

Extremamente 5

5. Quanta dor no corpo você teve durante as **últimas 4 semanas**? (circule uma)

Nenhuma 1

Muito leve 2

Leve 3

Moderada 4

Grave 5

Muito grave 6

6. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa como dentro de casa)? (circule uma)

De maneira alguma 1

Um pouco 2

Moderadamente 3

Bastante 4

Extremamente 5

7. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação as **últimas 4 semanas**. (circule um número para cada linha)

Todo tempo

A maior parte do tempo

Uma boa parte do tempo

Alguma parte do tempo

Uma pequena parte do tempo

Nunca

a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?

R.

c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?

R.

e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?

R.

f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?

R.

g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?

R.

h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?

R.

i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?

R.

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua situação física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)? (circule uma)

Todo o tempo 1

A maior parte do tempo 2

Alguma parte do tempo 3

Uma pequena parte do tempo 4

Nenhuma parte do tempo 5

9. Sobre o processo da Hemodiálise, que conhecimento se tem sobre?

R.