

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MARIA DE FATIMA DO NASCIMENTO SILVA DELFINO

QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

**FLORIANÓPOLIS (SC)
2014**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MARIA DE FATIMA DO NASCIMENTO SILVA DELFINO

QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Dra. Mara Vargas

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **Qualidade de Vida de pacientes com doença crônica** de autoria do aluno Maria de Fatima do Nascimento Silva Delfino foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado APROVADO no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem.

Profa. Dra. Mara Vargas
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Àqueles que sustentam minha existência com muito amor, incentivo e alegria: meu esposo, Hugo Edison Delfino, meu parceiro incondicional que sempre me apóia e incentiva meus ideais profissionais, que Deus abençoe a nossa união. Aos meus pais, João e Teodora, por acreditarem em mim e principalmente, por me ensinarem com muita dignidade os valores do ser humano, minha gratidão e amor eterno.

Aos meus amados irmãos, João, José, Manoel, Maria Augusta, Maria Rosa, Adão, Paulo e Eva Maria, pelo carinho, amizade e pelos momentos de alegria que vivemos sempre que estamos juntos.

Às minhas filhas Gisele e Patrícia, pelo apoio e carinho durante a jornada de graduanda, vocês também fazem parte desta conquista.

Aos meus colegas de trabalho, pelo afeto e incentivo em momentos importantes da minha vida.

Às professoras Tutora Dr^a Aline Lima Pestana e a Orientadora Dra. Mara Vargas, pela amizade e incentivo, o meu carinho e admiração.

Aos colegas da Especialização pela convivência e troca de experiência tão importante, sem cuja companhia o caminho não seria tão agradável. Tenho carinho por todos e quero expressar minha admiração pelas amigas: Dra. Simone, Dra. Alessandra Marques e Dra. Meire Incarnação, vocês sabem o quanto foi desafiador esse percurso e reconheço que a amizade de cada uma foi um grande apoio neste caminhar.

Em especial, a toda equipe do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, que me inspiraram nesta busca, compartilharam minhas angústias, incertezas, alegrias e sonhos, a todos minha estima e admiração.

Não sei... se a vida é curta
Ou longa demais pra nós,
Mas sei que nada do que vivemos tem sentido,
se não tocamos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser:
Colo que acolhe,
Braço que envolve,
Palavra que conforta,
Silêncio que respeita,
Alegria que contagia,
Lágrima que corre,
Olhar que acaricia,
Desejo que sacia,
Amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo,
É o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela
Não seja nem curta,
Nem longa demais,
Mas que seja intensa,
Verdadeira, pura...
Enquanto durar.

Cora Coralina

AGRADECIMENTOS

À professora Dr.^a Aline, pessoa muito querida, a qual tive o privilégio de conhecer e tê-la como minha Tutora e amiga, foi maravilhoso poder contar com a sua preciosa contribuição,

sensibilidade e profissionalismo no desenvolvimento deste trabalho, minha eterna admiração, reconhecimento e carinho.

À coordenação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina pelas melhorias já realizadas e pelo empenho em busca da qualidade na formação do enfermeiro, vocês estão de parabéns!

Aos professores pela dedicação, seriedade e conhecimento compartilhado neste período, e ainda, por terem conseguido despertar em a vontade de ir além de novos saberes, vocês são excelentes!

Agradeço a todos por terem permitido uma vivência extremamente significativa em minha vida.

Saibam que o mérito desse trabalho dependeu da presença de todos, muito obrigada!

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 OBJETIVO.....	03
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	03
4 MÉTODO.....	07
5 RESULTADO E ANÁLISE.....	08
6 CONCLUSÃO.....	10
REFERÊNCIAS.....	11

RESUMO

Introdução: Qualidade de vida é uma dimensão que tem sido amplamente investigada na saúde da população, independente da faixa etária. Uma condição crônica é um fator que interfere na realização das atividades da vida diária e na percepção de bem-estar individual, como é o caso dos pacientes em tratamento por hemodiálise. **Objetivo:** O presente estudo teve como objetivos identificar o que significa qualidade de vida para as pessoas com doença renal crônica e verificar a interferência da doença sobre a qualidade de vida das pessoas com doença renal crônica. **Método:** Trata de um estudo com coleta de dados realizada a partir de fontes secundárias, por meio de levantamento bibliográfico e baseado na experiência vivenciada pela autora por ocasião da realização de uma revisão integrativa. **Resultados:** constatado que os sintomas e manifestações evidenciados nas doenças crônicas, entre estes as dores musculares, câibras, coceiras, fraqueza muscular, diminuição de líquido, diminuição alimentar interferem na qualidade de vida e na capacidade para o trabalho. O esforço físico, também, interfere na qualidade de vida. A qualidade de vida, parece ser fortemente determinada por fatores de ordem sócio-econômica, uma vez que a doença crônica interrompe ou dificulta a inserção no processo produtivo, diminuindo as possibilidades de acesso aos bens de consumo. Ao mesmo tempo, as pessoas com doença crônica experimentam diferentes sentimentos e comportamentos decorrentes de alterações na capacidade física, na auto-estima e na imagem corporal, nas relações com outras pessoas e na realização de uma série de atividades da vida diária. **Conclusão:** no processo de adaptação às limitações decorrentes da doença, os enfermeiros têm um importante papel a desempenhar. As ações da equipe de saúde precisam considerar a multidimensionalidade do conceito de QV.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Doença crônica. Doença renal crônica.

1. Introdução

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

Pode-se assim identificar um padrão de morbi-mortalidade em que coexistem as doenças típicas do subdesenvolvimento com as de países desenvolvidos, retratando a influência dos contrastes econômico-sociais vigentes em nossa sociedade.

Chaves *et al* (2002) lembram que as doenças crônicas não resultam exclusivamente no processo de industrialização, pois algumas delas já eram identificadas desde a Antiguidade. Ressaltam, porém, como fato novo, o seu fantástico crescimento nos últimos 100 anos no mundo inteiro e no Brasil, nas últimas quatro décadas, com a aceleração do desenvolvimento industrial e urbano.

As doenças crônico-degenerativas relacionam-se, portanto, às condições de vida, trabalho e consumo da população, ocasionando atenções psicossociais e, conseqüentemente, o desgaste e a deterioração orgânico-funcional, com especial sobrecarga dos sistemas nervoso, endócrino e cardiovascular. Neste contexto, um número cada vez maior de indivíduos com este padrão de afecções tende a compor o usuário dos serviços de saúde (RAMOS; QUEIROZ, 2008).

Historicamente, uma das definições de doença crônica mais amplamente aceita é aquela proposta em 1957 pela Comissão de Doenças Crônicas de Cambridge, na qual se incluíam todos os desvios do normal que tinham uma ou mais das seguintes características: permanência, presença de incapacidade residual, mudança patológica não reversível no sistema corporal, necessidade de treinamento especial do paciente para a reabilitação e previsão de um longo período de supervisão, observação e cuidados de enfermagem (MARTINS; CESARINO, 2005).

A doença crônica pode começar como uma condição aguda, aparentemente insignificante e que se prolonga através de episódios de exacerbação e remissão. Embora seja passível de controle, o acúmulo de eventos e as restrições impostas pelo tratamento podem levar a uma drástica alteração no estilo de vida das pessoas (MARTINS; CESARINO, 2005).

A este respeito, Trentini *et al.* (2005), observaram que, a partir do diagnóstico de doença crônica, os indivíduos acometidos passam a ter novas incumbências como fazer regime de tratamento, conhecer a doença e lidar com incômodos físicos; perdas nas relações sociais, financeiras, nas atividades como locomoção, trabalho e lazer, ameaças à aparência individual, à vida e à preservação da esperança.

Por sua vez a Doença Renal Crônica (DRC) tem recebido cada vez mais atenção da comunidade científica internacional, já que sua elevada prevalência vem sendo demonstrada em estudos recentes. Particularmente significativa é a análise transversal do *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES), conduzida entre 1999 e 2004, que envolveu uma amostra representativa da população de adultos não institucionalizados dos EUA, com 20

anos de idade ou mais (n = 13.233). A prevalência da DRC foi determinada com base na presença de albuminúria persistente (> 30 mg/g) e diminuição na TFG estimada usando a equação abreviada do estudo *Modification of Diet in Renal Disease* (MDRD), reexpressa para creatinina sérica padrão. Essa análise revelou que aproximadamente 13% da população adulta dos EUA tem DRC estágios 1 a 4. (SAYDAH; EBERHARDT, 2007)

No Brasil, estudos epidemiológicos abrangentes sobre DRC que empregam a nova definição da doença ainda não foram realizados. Entretanto, um estudo sobre TRS(terapia renal substitutiva) baseado em dados coletados em janeiro de 2009 revelou que havia 77.589 pacientes em diálise no Brasil e que a prevalência e a incidência de DRET (Doença Renal em Estágio Terminal) correspondiam a cerca de 405 e 144 por milhão na população, respectivamente. (SESSO; LOPES, 2010)

Enquanto o número de brasileiros nos diferentes estágios pré-diálise da DRC não for conhecido com exatidão, uma análise dos dados laboratoriais de adultos utilizando a nova definição de DRC revelou que 2,3% dos indivíduos avaliados tinham TFG < 45mL/min/1,73m² ou DRC estágios 3B, 4 e 5. Extrapolando-se esses resultados para a população adulta brasileira, sugere-se que cerca de 2,9 milhões de brasileiros teriam um terço ou menos da TFG (taxa filtração glomerular) dos indivíduos normais.(FERNANDES; BASTOS, 2010).

A perda das funções regulatórias, excretórias e endócrinas caracteriza-se insuficiência renal, a qual pode ser aguda ou crônica. A insuficiência renal aguda (IRA) é definida como perda da função renal de maneira súbita, horas ou dias, em geral associada a outras doenças graves, provocando acúmulo de substâncias nitrogenadas (ureia e creatinina), acompanhada ou não da diminuição da diurese (COSTA *et al*, 2003; NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2010). Apesar de súbita, a IRA é, a princípio, reversível, de forma que as chances de recuperação de pacientes, sem alterações de outros órgãos, são grandes (SBN, 2011).

Por outro lado, a insuficiência renal crônica (IRC) consiste em lesão e perda lenta, progressiva e irreversível das funções renais, de forma que, em sua fase mais avançada, os rins não são mais capazes de manter o equilíbrio metabólico e hidroeletrolítico do paciente (MARQUES et al, 2005; ROMÃO, 2007; CHERCHIGLIA et al, 2006; PEREZ et al, 2010), e pode afetar o bom funcionamento de todos os outros órgãos do corpo (BASTOS et al, 2004) .

O principal marcador fisiológico da IRC é a filtração glomerular, a qual estima a perda da função renal. À medida que a IR progride, a taxa de filtração glomerular (TFG) diminui (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2010). Com base nos níveis da TFG, a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) classifica a DRC em seis estágios, quais sejam (BASTOS;

KIRSZTAJN, 2011): (1) Fase de função renal normal sem lesão: contempla indivíduos que fazem parte dos grupos de risco para o desenvolvimento da IR: diabéticos, hipertensos, indivíduos com histórico familiar de DRC, entre outros (TFG = 90 mL/min/1,73m²); (2) Fase de lesão com função renal normal: Nesta fase, os rins ainda são capazes de manter o controle dos fluidos corporais. No entanto, já há perda da função renal, a qual é detectada apenas por meio de métodos eficientes de avaliação funcional (TFG entre 60 e 89 mL/min/1,73m²); (3) Fase de IR funcional ou leve: Nesta fase, os rins ainda são capazes de manter o controle dos fluidos corporais. No entanto, já há perda da função renal, a qual é detectada apenas por meio de métodos eficientes de avaliação funcional (TFG entre 45 e 59 mL/min/1,73m²); (4) Fase de IR laboratorial ou moderada: o estado clínico do paciente é considerado bom, mas observam-se, por meio de avaliação laboratorial simples, alterações nos níveis de creatinina plasmáticos e de ureia. Na maioria das vezes, nessa fase, os pacientes apresentam somente sinais e sintomas ligados à causa básica: hipertensão arterial, lúpus, diabetes mellitus e infecções urinárias. (ROMÃO JR, 2007) (TFG entre 30 e 44 mL/min/1,73m²); (5) Fase de IR clínica ou severa: paciente apresenta sinais e sintomas marcados de uremia, tais como sintomas digestivos, fraqueza, mal-estar, anemia, edema e hipertensão arterial (TFG entre 15 e 29 mL/min/1,73m²); (6) Fase terminal de IRC: o rim torna-se incapaz de regular o meio interno e configura-se perda significativa da função renal, incompatível com a vida (TFG menor do que 15 mL/min/1,73m²). 73m² ou mais); (2) Fase de lesão com função renal normal:

A complexidade e a extensão da problemática inerente à vivência da cronicidade da doença têm levado muitos autores a desenvolverem estudos com o objetivo de analisar o impacto desta condição sobre a qualidade de vida das pessoas acometidas por doença crônica, sob diferentes aspectos.

A investigação sobre a Qualidade de Vida (QV) é um tema de investigação crescente em estudos de saúde. O estudo sobre QV vem assumindo importância sob vários aspectos, nos últimos anos, particularmente no que diz respeito à sua avaliação e mensuração, quer individualmente, quer coletivamente. A avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) tem sido uma prática cada vez mais frequente na medicina atual. Esta avaliação objetiva monitorar a saúde de uma determinada população, diagnosticar a natureza, gravidade e prognóstico da doença, além de avaliar os efeitos do tratamento (PAGANI, PAGANI JR, 2005; MORENO, FAERSTEIN, 2005).

Recentemente, a avaliação da QVRS dos portadores de doenças crônicas tem sido alvo de grande atenção, pois a percepção de melhora ou piora dos doentes crônicos pode auxiliar no tratamento da doença. Existe uma preocupação em identificar o quanto a condição crônica interfere na realização das atividades da vida diária e na percepção de bem-estar individual (SILVA; NAHAS, 2004).

Enfatizamos que a QV é um conceito intensamente marcado pela subjetividade, envolvendo todos os componentes essenciais da condição humana, quer seja físico, psicológico, social, cultural ou espiritual. E, essa concepção holística do homem é o fundamento básico que permeia toda a assistência de enfermagem, lembrando que o doente, seja em unidade de internação ou ambulatorial, é uma pessoa e, como tal, não é um ser isolado, não abandona todo o seu contexto de vida depois de ser acometido pela doença. O cuidado a ser prestado dependerá, entre outros fatores, da percepção que ele e seu grupo familiar têm da doença e do significado que a experiência tem para eles (SANTOS; BANDEIRA, 2005)

O convívio com pacientes acometidos por doenças crônicas durante o estágio em Clínica Médica, desencadeou questionamentos para os quais necessitávamos de respostas a fim de melhor fundamentar a assistência a eles prestada. Decidimos, assim, realizar este trabalho, com os seguintes objetivos:

- Identificar o que significa qualidade de vida para as pessoas com doença renal crônica;
- Verificar a interferência da doença renal crônica sobre a qualidade de vida das pessoas com DRC.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As doenças crônicas são agravos que apresentam pelo menos uma das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados (OMS, 1972).

O grupo das doenças crônicas compreende majoritariamente doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. Muitas doenças deste grupo têm fatores de risco comuns, e demandam por assistência continuada de serviços e ônus progressivo, na razão direta do envelhecimento dos indivíduos e da população (ACHUTTI et al, 2004).

As doenças crônicas afetam pessoas de todas as faixas etárias e podem acarretar efeitos danosos, além de complicações e prejuízos multidimensionais na vida do paciente prejudicando sua qualidade de vida e podem também trazer implicações econômicas no seu controle e tratamento (AGUIAR, 2008). A avaliação dos efeitos das doenças crônicas sobre a vida das pessoas é de grande importância em termos de saúde pública, tendo como referência a utilização de instrumentos de avaliação da qualidade de vida, que tem como vantagem a

inclusão de aspectos subjetivos, geralmente não abordados por outros critérios de avaliação (SANTOS et al, 2006).

Evolução histórica das pesquisas em qualidade de vida

De acordo com Ciconelli et al (1997) desde a década de 1970 o número de pesquisas com o objetivo de avaliar a percepção da doença e seu respectivo tratamento vêm crescendo. Em 1977 o crescimento do número de pesquisas e artigos para mensuração da QV resultou na inclusão do termo “qualidade de vida” como palavra-chave no Medical Subject Heading (MeSH) da US National Library of Medicine (PubMed).

O número crescente de artigos nessa área tem demonstrado o interesse pela QV nas duas últimas décadas. Inicialmente na década de 1970, os pesquisadores se concentraram na construção e no desenvolvimento de instrumentos que buscavam quantificar a QV. Entretanto com a elaboração do *Quality of Well Being Scale* (QWB), em 1973, as funções dos instrumentos de avaliação foram ampliadas, incorporando julgamentos de valor na avaliação do status de saúde ou nos resultados do tratamento (PATRICK et al, 1973).

A carência de ferramentas que avaliassem a QV na perspectiva transcultural levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) na década de 90 a criação do instrumento WHOQOL-100. A versão em português foi realizada por Fleck e col (FLECK, 1999).

Os instrumentos de QV permitem explorar o efeito de uma doença sobre a vida do indivíduo, avaliando aspectos como as disfunções, desconfortos físicos e emocionais, contribuindo na decisão, planejamento e avaliação de determinados tipos de tratamentos (LEAL, 2008). Podem ser divididos em genéricos e específicos, sendo os genéricos multidimensionais, possibilitando a mensuração de diversos aspectos como capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, emocionais e saúde mental. Geralmente são aplicados em vários tipos de doenças, intervenções médicas, tratamentos e em culturas e lugares diferentes. Os instrumentos específicos, em geral, avaliam diversos aspectos quanto a percepção geral da qualidade de vida, entretanto sua ênfase é sobre os sintomas, incapacidades ou limitações (LEAL, 2008; AGUIAR et al, 2008).

Em 1998 a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a QV como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

3 MÉTODO

Trata de um estudo com coleta de dados realizada a partir de fontes secundárias, por meio de levantamento em artigos científicos, livros e revistas. A revisão integrativa da

literatura é definida como um instrumento de obtenção, identificação, análise e síntese da literatura, direcionada a um tema específico. A sua realização consiste na possibilidade do oferecimento de subsídios para a implementação de modificações que promovam a qualidade das condutas assistenciais de enfermagem por meio de modelos de pesquisa (ALMEIDA, 2003).

Após a definição do tema foi feita uma busca em bases de dados virtuais em saúde, especificamente na Biblioteca Virtual de Saúde - BVS. Foram utilizados os descritores: insuficiência renal crônica, qualidade de vida e enfermagem sendo encontrado: no Sistema Latino-Americano e do Caribe de informação em Ciências da Saúde – LILACS (52 artigos), National Library of Medicine – MEDLINE (18 artigos) e Bancos de Dados em Enfermagem – BDENF (10 artigos), Scientific Electronic Library online – Scielo (15 artigos). Os critérios de inclusão foram: serem publicados nos últimos dez anos e responderem aos objetivos do estudo. Foram excluídos os que não respondiam ao objetivo (Scielo no total de 284, 15 artigos estavam relacionados ao tema; Lilacs dos 1.837 artigos, 52 estavam relacionados ao tema; Medline – dos 920 artigos encontrados, 18 estavam relacionados ao tema e BDENF dos 92 artigos encontrados, 10 estavam relacionados ao tema).

Para o resgate histórico utilizou-se livros e revistas impressas que abordassem o tema e possibilitassem um breve relato da evolução da QV da pessoa com DRC. Realizada a leitura exploratória e seleção do material, principiou a leitura analítica, por meio da leitura das obras selecionadas, que possibilitou a organização das idéias por ordem de importância e a sintetização destas que visou a fixação das idéias essenciais para a solução do problema da pesquisa.

Após a leitura analítica, iniciou-se a leitura interpretativa que tratou do comentário feito pela ligação dos dados obtidos nas fontes ao problema da pesquisa e conhecimentos prévios. Na leitura interpretativa houve uma busca mais ampla de resultados, pois ajustaram o problema da pesquisa a possíveis soluções. Feita a leitura interpretativa se iniciou a tomada de apontamentos que se referiram as anotações que consideravam o problema da pesquisa, ressaltando as idéias principais e dados mais importantes.

4 RESULTADO E ANÁLISE

Neste estudo constatou-se uma percepção negativa da QV nas pessoas portadoras de DRC, que apresentam menores escores nos domínios esforços físicos e câmbios, corroborando o estudo de Martins e Cesarino (2005), que mostra as atividades cotidianas, o trabalho e as atividades domésticas comprometidas.

Partindo dessas idéias, detectamos que os pacientes em tratamento de DRC apresentam alterações que afetam os múltiplos sistemas corporais, e entre eles os que se destacam são o sistema cardiovascular e o músculo-esquelético (RODRIGUES, 2005), ficando caracterizado que a maioria dos pacientes não consegue desenvolver as atividades laborais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2008).

Alterações importantes, como câibras musculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006), fraqueza muscular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2003), pele seca, dormência, estresse, entre outros, corroborando o estudo de Vieira et al.2002, trazem repercussões. O estudo de Ramos, Queiroz, Jorge (2008) evidencia que mais de 70% dos pacientes em tratamento DRC declaram que sua saúde física interfere no desempenho de suas atividades de vida diária. Não houve diferença no nível de QV, no que se refere ao sexo. Porém, houve correlação linear negativa entre idade e as seguintes dimensões de QV: capacidade funcional (HIGA *et al*, 2008), limitações por aspectos físicos e estado geral de saúde (SANTOS, 2008).

Na categoria de função física, estudo sinaliza que 76,7% dos pacientes apresentaram algum grau de limitação. Portanto, as atividades físicas que esses pacientes podem realizar devem ser aconselhadas de forma individual, levando em conta fatores como suas situações clínicas, idade, tipo de tratamento (TRENTINI. et al,2005).

Corroborando o estudo de Martins (2005), constatado que as atividades que requerem algum tipo de esforço evidenciam problemas na saúde física em 70,3%, indicando prejuízo na QV. Avaliando a categoria sexo, verificado em estudo de Lopes (2006) que 71,4% das mulheres apresentam níveis mais baixos de QV que os homens, quando comparados aspectos de visão negativa de sua saúde.

O estudo de Segura-Ortí (2008) aponta a importância da fisioterapia para uma equipe multidisciplinar de saúde atuando no tratamento e avaliação da saúde comparada à QV de pessoas com DRC e suas atividades cotidianas, que são comprometidas com o tempo, promovendo transformações com potencial para prevenir o comprometimento das atividades de vida diária, dados que também são evidenciados em outro estudo (KUSUMOTA, 2005).

Para as pessoas com doença crônica incluída no presente estudo, o significado de qualidade de vida abrangeu, prioritariamente, os seguintes aspectos: bem-estar material, bem-estar físico, bem-estar emocional. Foram também mencionados, em menor frequência, as áreas de recreação e lazer, o relacionamento familiar e social, o desenvolvimento pessoal, higiene pessoal e ambiental e o bem-estar espiritual. Outros aspectos como segurança, sorte e independência foram menos mencionadas.

A maioria dos artigos indica que as pessoas referem que a doença crônica alterou significativamente a sua capacidade física, sobretudo com relação à limitação para andar, no trabalho/estudo/atividades de lar. Ainda, referiram que a interferência foi no sentido de uma limitação destas atividades e da necessidade de parar de trabalhar devido a presença de diferentes sinais e sintomas e evidenciado que há interferências na auto-estima, relacionando-a com alteração do estado emocional.

As áreas menos comprometidas pela doença crônica foram independência e autocuidado, relacionando-se à necessidade de auxílio no cuidado corporal, à necessidade de companhia para sair e à restrição e modificação de hábitos alimentares; relacionamento familiar e social, devido a desentendimentos com familiares e amigos por alterações do humor, impaciência e desequilíbrio emocional; recreação e lazer, no sentido de tê-los abandonado, alegando problemas físicos, emocionais e ambientais.

5. CONSIDERAÇÃO FINAL

A realização do presente estudo nos possibilitou uma aproximação maior com a intensa e complexa problemática que envolve a vivência da DRC. Ela compromete muito além do que apenas a esfera biológica, na medida em que interfere de diferentes formas no próprio estilo de vida das pessoas acometidas, do seu grupo familiar e social. Foi importante constatar que a percepção da QV, segundo os artigos analisados, parece ser fortemente determinada por fatores de ordem sócio-econômica, uma vez que a doença crônica interrompe ou dificulta a inserção no processo produtivo, diminuindo as possibilidades de acesso aos bens de consumo.

Ao mesmo tempo, as pessoas com doença renal crônica passam também a experimentar diferentes sentimentos e comportamentos decorrentes de alterações na capacidade física, na auto-estima e na imagem corporal, nas relações com outras pessoas e na realização de uma série de atividades da vida diária. Como profissionais envolvidos com a assistência à saúde, é de fundamental importância a consideração de que a doença seja ela aguda ou crônica, é uma experiência bastante complexa e individualizada.

É preciso enfatizar também que, no processo de adaptação às limitações decorrentes da doença, nós enfermeiros, temos um importante papel a desempenhar. Neste processo muito há por se fazer no sentido de que as ações da equipe de saúde levem em conta a multidimensionalidade do conceito de QV. E, os dados epidemiológicos são primordiais em nos planejamento de cursos da área de pós graduação da qual sou coordenadora da Escola de saúde Pública “Candido Santiago”.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA A. M. Revisão: a importância da saúde mental na qualidade de vida e sobrevida do portador de insuficiência renal crônica. *J Bras Nefrol.* 2003;25(4):209-14.

CHAVES, L. D.; ANSEMI, M.L.; BARBEIRA, C.B.; HAYASHIDA, M. Estudo da sobrevida de pacientes submetidos a hemodiálise e estimativa de gastos no município de Ribeirão Preto-SP. *Rev Esc Enferm.* 2002; 36(2):193-9.

CHAVES, L.P. et al. Estudo da sobrevivência de paciente submetido á hemodiálise e estimativas de gastos no município de Ribeirão preto – SP, v.36, nº 2, p. 193-199, jun.2002.

FERNANDES, N.; BASTOS, R. M. R.; BASTOS. M. G. Diagnóstico da doença renal crônica a partir da filtração glomerular estimada: CKD-EPI ou MDRD [Resumo]. *Congr Bras Nefrol* 2010; 506.

HIGA, K.; KOST, M.T.; SOARES, D.M.; MORAIS, M.C.; POLINS, B. R. G. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. *Acta Paul Enferm.* 2008;21(número especial):203-6. internacionais. *Revista Kairós Gerontologia*, 9(2): 209-26.

KUSUMOTA, L. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.

KUSUMOTO, L.; MARQUES, S.; HAAS, V. J.; RODRIGUES, R. A. Adults and elderly on hemodialysis evaluation of health related quality of life. *Acta Paul Enferm.* 2008;21(Número especial):152-59.

MARTINS, M. R.; CESARINO, C. B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev Latino-Am Enfer.* 2005;13(5):670-6.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial / Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial / Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial / Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003.

PAGANI, T. C.; PAGANI JUNIOR, C. R. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde. Fundação Nacional de Desenvolvimento do Ensino Superior Particular: Disponível em: <http://>

QUEIROZ, M. V. O.; DANTAS, M. C. Q.; RAMOS, I. C.; JORGE, M. S. B. Tecnologia do cuidado ao paciente Renal Crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. *Texto & Contexto Enferm.* 2008;17(1):55-63.

RAMOS, I. C; QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. Cuidado em situação de Doença Renal Crônica: representações sociais elaboradas por adolescentes. *Rev Bras Enferm.* 2008;61(2):193-200.

RODRIGUES, M.C.S. A atuação do enfermeiro no cuidado ao portador de insuficiência renal crônica no contexto biotecnológico da hemodiálise. *Revista Nursing*, 2005; 82(8):135-142.

SANTOS, A. B.; BANDEIRA, M.A.; COIADO, C. R. P. Avaliação do grau de depressão em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise. *Nursing (São Paulo)*. 2008;11(124):411-8.

SAYDAH, S.; EBERHARDT, M.; RIOS-BURROWS, N. et al. Prevalence of chronic kidney disease and associated risk factors - United States, 1999-2004. *MMWR* 2007; 56:161-5.

SEGURA-ORTÍ, E.; RODILLA-ALAMA, V.; LISÓN, J. F. Fisioterapia durante la hemodiálisis: resultados de um programa de fuerza-resistencia. *Nefrologia.* 2008;28(1)67-72.

SESSO, R. C. C.; LOPES, A. A.; THOMÉ, F. S.; LUGON, J. R.; BURDMAN, E. A. Censo Brasileiro de Diálise, 2009. *J Bras Nefol* 2010; 32:380-4.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA – SBN, censo 2007. São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.sbn.org.br>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA - SBN. Diretrizes Brasileiras de Doença Renal Crônica. São Paulo, abril de 2006. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/diretrizes.htm>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA - SBN. notícia. São Paulo, 30 de abril de 2003. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/noticias>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA – SBN; Associação Brasileira de Enfermagem em Nefrologia - SOBEN; Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante, Associação de

Pacientes Renais Crônicos - ABCDT. Perfil da Doença Renal Crônica: o desafio brasileiro. São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br>>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Censo de Diálise SNB 2008: pacientes em diálise no Brasil, por Região. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/censos.htm>

TERRA, F.S.; COSTA, A. M. Avaliação da qualidade de vida de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. Ver enferm UERJ. 2007;15(3):430-6.

TRENTINI, M. et al. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 38-45, jan./fev. 2005

www.faculdadecomunitaria.edu.br/programasinst/Revistas/revistas2006/rev_ciencias_bio/05.