

PROBLEMAS BIO-PSICO-SOCIAIS DOS PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA  
RENAL CRÔNICA SOB TRATAMENTO HEMODIALÍTICO PROLONGADO,

EM FLORIANÓPOLIS

por

M E R C E D E S   T R E N T I N I

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FLORIANÓPOLIS - SC

1980

M E R C E D E S   T R E N T I N I

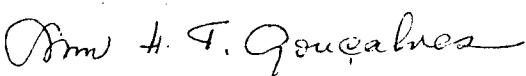
PROBLEMAS BIO-PSICO-SOCIAIS DOS PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA  
RENAL CRÔNICA SOB TRATAMENTO HEMODIALÍTICO PROLONGADO,  
EM FLORIANÓPOLIS


Dissertação apresentada à Uni  
versidade Federal de Santa Ca  
tarina para obtenção do Grau  
de Mestre

FLORIANÓPOLIS - SC


1980

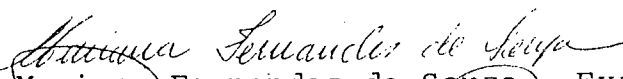
Esta dissertação foi julgada .a. dequada para a obtenção do título de MESTRE EM CIÊNCIAS DA ENFERMAGEM - OPÇÃO SAÚDE DO ADULTO, .a. provada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação.

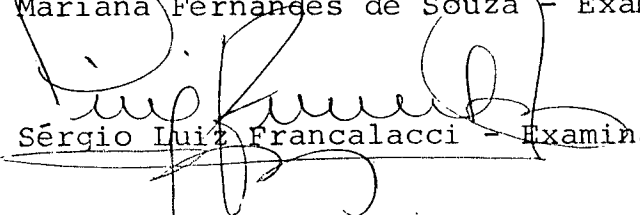
  
Dr.ª Lúcia Hisako Takase Gonçalves  
(Orientadora e coordenadora do curso)

  
Mestra Maria de Lourdes de Souza  
(Coorientadora)

Apresentação perante a Comissão Examinadora composta pelos professores:

  
Dr.ª Lúcia Hisako Takase Gonçalves - Presidente

  
Dr.ª Mariana Fernandes de Souza - Examinadora

  
Dr. Sérgio Luiz Francalacci - Examinador

Aos pacientes com Insuficiência  
Renal Crônica sob tratamento he  
modialítico em Florianópolis.

A presente dissertação foi realizada com o auxílio da Universidade Federal de Santa Catarina.

## AGRADECIMENTOS

- Dr.<sup>a</sup> Lúcia Hisako Takase Gonçalves, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem e Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Enfermagem - Opção Saúde do Adulto da UFSC, agradecemos a orientação que nos permitiu acreditar neste trabalho, como etapa de crescimento profissional.
- À Maria de Lourdes de Souza, Professor Assistente do Departamento de Saúde Pública da UFSC, pelo incansável apoio e indispensável colaboração dados em todas as etapas do presente trabalho.
- À Lydia Ighes Rossi, Professor Assistente do Departamento de Enfermagem da UFSC, aos demais Professores que, pelo apoio e colaboração, viabilizaram este trabalho.
- À Equipe Médica e de Enfermagem da Unidade de Hemodiálise do Hospital Governador Celso Ramos e à Enfermeira Maria Raynildes Schwertzer pela acessibilidade e troca de informações que embasaram os questionamentos no campo da prática.

- Ao Dr. José Aloisio Vieira, Médico Chefe do Setor de Hemodiálise do Hospital Municipal São José de Joinville, pela disponibilidade em trocar experiências na crença da necessidade de melhor atendimento ao paciente.
- À Dr.<sup>a</sup> Eloita Pereira Neves, Professor Titular do Departamento de Enfermagem da UFSC e Maria Albertina Braglia Pacheco, Professor Assistente do Departamento de Enfermagem da UFSC, pelo estímulo à idéia inicial deste trabalho.
- À Cleusa Rios Martins, Enfermeira do Hospital governador Celso Ramos e Eliana Marília Faria, Auxiliar de Ensino do Departamento de Enfermagem da UFSC, pela acessibilidade e interesse em todas as etapas deste trabalho.
- À Vera Ingrid Hobold, Bibliotecária da UFSC, pela revisão final das referências bibliográficas.
- À Dra. Ecy Lima Barreto, Professora Titular do Departamento de Psicologia da UFSC, agradecemos os subsídios teóricos na área psicossocial.
- Ao Professor Querino Alfredo Flach, do Departamento de Línguas e Literatura Vernácula da UFSC, agradecemos a revisão do português.
- À Eli R. Camargo, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, pelo interesse em ajudar como forma de aprender.
- À Maria Salete Inacio, pela dedicação e esmero na datilografia.
- À Nancy Stanley Miller, Professor Colaborador da UFSC, pela versão do resumo para o Inglês.

## RESUMO

O presente trabalho é uma tentativa de responder a alguns questionamentos teóricos, partindo da assistência no campo da prática a pacientes com Insuficiência Renal Crônica (IRC) em fase terminal, submetidos à hemodiálise. A hemodiálise tem sido considerada como um dos recursos existentes na luta pela sobrevivência de pacientes, e, durante o período de sobrevivência os pacientes apresentam problemas bio-psico-sociais que tem sido observados e relatados pelos estudiosos no assunto.

Aplicando um formulário, com o total de pacientes submetidos à hemodiálise, em Florianópolis, o Autor identificou problemas bio-psico-sociais que teoricamente eram esperados nestes pacientes. Os problemas biológicos foram sistematizados para o estudo em doze (12) áreas que caracterizaram as condições: mental, dos sinais vitais, da pele e unhas, da cavidade bucal, dos ossos e articulações, de alimentação e digestão, de equilíbrio hidrico, de eliminação, sensoriais, de fístulas artério-venosas e hematológicas. E os problemas psicossociais, com base na teoria das crises de CAPLAN<sup>11</sup> e LEVY<sup>30</sup>, foram agrupados em duas



áreas, correspondendo à primeira e à segunda fase da crise emocional.

Os resultados encontrados revelam que a população estudada tem condições sócio-econômicas não privilegiadas. O principal diagnóstico causal de Insuficiência Renal Crônica foi glomerulonefrite crônica e 37,6% da população encontram-se em tempo hemodialítico inferior a 18 meses de tratamento.

Os problemas biológicos mais comuns encontrados foram: astenia, oscilações nos valores da pressão arterial, pele ressecada, prurido, palidez, lábios secos e escamosos, cárie dentária e língua subarrosa, hipotonia e cãibras. Dor nos ossos e articulações, náuseas, anorexia, vômitos, edema, oligúria, anúria, diminuição da acuidade visual. Hematócrito abaixo de 26,0% e antígeno Austrália positivo em 26,3% da população.

Os problemas psicossociais mais evidenciados foram: diminuição da renda familiar, afastamento do emprego, medo de fazer hemodiálise, medo do desconhecido e medo de morrer, falta de informação a respeito da doença e tratamento, dependência emocional, recusa de observar a dieta, mudanças sentidas na aparência física, capacidade de trabalho e de recreação alteradas, sentimentos de tristeza e abandono.

Constatou-se relação entre o tempo de tratamento e problemas referentes a: falta de informação a respeito do tratamento e dieta, dependência emocional, capacidade de trabalho e recreação, sentimentos de tristeza e abandono e medo de morrer.

## ABSTRACT

The present study is an attempt to answer some specific theoretical questions relating to the area of practical assistance to patients with chronic kidney deficiency in a terminal phase, and undergoing hemodialysis, which is considered to be one of the existing resource in the patients' struggle for survival. It is during this final period of survival that patients manifest bio-psycho-social problems which have been observed and recounted by various researchers.

By means of a questionnaire that was handed out to all the patients in Florianópolis undergoing hemodialysis, we have identified a number of bio-psycho-social problems, that were to be expected in such patients. The biological problems were systematized for a study in twelve areas, characterizing the following conditions: mental, vital signs, the skin and nails, the buccal cavity, the bones and articulations, food and digestion, hydric equilibrium, elimination, sensorial, fistulas in the veins and arteries and hematological. Psychosocial problems, based on the crisis theory of CAPLAN and LEVY, fell into two main

groups, corresponding to the first and second phase of the emotional crisis.

The results show that population studied is socially and economically under-privileged. In this study the main cause for kidney deficiency was diagnosed as chronic glomerulonephritis, and 37,6% of them have been undergoing hemodialysis for a period of less than a year and a half.

The most common biological problems revealed were :  
asthenia, oscillations in blood pressure, dry skin, pruritis ,  
pallor, dry, and scaly lips, dental caries, and a "coated" ,  
tongue, hypotonia and cramps, pains in the bones and articulations,  
nausea, lack of appetite, vomiting, edema, anuria, oliguria  
and diminishing visual sharpness, hematocrit under 26% and  
positive Australian antigen in 26,3% of the group.

The psychosocial problems in evidence were: lowering of family income, danger of job loss, fear of hemodialysis, fear of the unknown and fear of death, lack of adequate information about the disease and its treatment, emotional dependence , refusal to observe diet, changes felt in physical appearance , diminishing capacity both for work and recreation, feelings of sadness and abandonment.

A correlation was proved to exist between the length of time the patient was undergoing the treatment and the problems relating to: lack of information about treatment and adequate diet, emotional dependence, capacity for work and recreation , feelings of sadness and abandonment, and fear of death.

## SUMÁRIO

	Página
1 - INTRODUÇÃO	1
2 - OBJETIVOS	19
3 - MATERIAL E MÉTODO	20
3.1. População de estudo	20
3.2. Procedimentos do estudo	20
3.3. Coleta de dados	21
3.3.1. Instrumento	21
3.3.2. Operacionalização das variáveis	21
3.3.3. Pré-teste	26
3.3.4. Operacionalização da coleta de dados	27
3.4. Tratamento dos dados	27
3.4.2. Apresentação dos resultados	28
4 - RESULTADOS E DISCUSSÕES	29
4.1. Caracterização demográfica e Sócio-econômica	29

	Página
4.2. Caracterização dos problemas biológicos	37
4.3. Caracterização dos problemas psico-sociais	51
5 - CONCLUSÕES	76
6 - PROPOSIÇÕES	81
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
8 - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	88
ANEXO I	94
ANEXO II	106

## INDICE DAS TABELAS

	Página
- Tabelas da Caracterização demográfica e sócio-econômica	
Tabela 1 - Distribuição da população estudada segundo o sexo e idade. Florianópolis-SC, 1980.	30
Tabela 2 - Distribuição da população estudada segundo o estado civil. Florianópolis-SC, 1980.	31
Tabela 3 - Distribuição da população estudada segundo a escolaridade e sexo. Florianópolis-SC, 1980.	32
Tabela 4 - Distribuição da população estudada, segundo ocupação anterior à doença e sexo. Florianópolis-SC, 1980.	33
Tabela 5 - Distribuição da população estudada, segundo a renda per capita dos elementos componentes da família. Florianópolis-SC, 1980.	34
Tabela 6 - Distribuição da população estudada segundo o diagnóstico médico. Florianópolis-SC, 1980.	35

Tabela 7 - Distribuição da população estudada segundo tempo de tratamento hemodialítico anterior a data da entrevista. Florianópolis-SC, 1980.	36
- Tabelas da Caracterização biológica	
Tabela 8 - Caracterização da condição mental da população estudada, Florianópolis-SC, 1980.	37
Tabela 9 - Distribuição dos problemas identificados na pele da população estudada. Florianópolis-SC, 1980.	41
Tabela 10- Distribuição dos problemas identificados nas unhas da população estudada. Florianópolis-SC, 1980.	42
Tabela 11- Distribuição dos problemas identificados na cavidade bucal da população estudada. Florianópolis-SC, 1980.	43
Tabela 12- Distribuição dos problemas nos músculos da população estudada. Florianópolis-SC, 1980.	44
Tabela 13- Distribuição dos problemas ósteo-articulares da população estudada. Florianópolis-SC, 1980.	45
Tabela 14- Distribuição dos problemas relacionados com as condições de alimentação e diges-	

	Página
tão da população estudada. Florianópolis- -SC, 1980.	46
Tabela 15- Distribuição dos problemas da população estudada referentes à condição de elimina ção. Florianópolis-SC, 1980.	47
Tabela 16- Distribuição dos problemas considerados sensoriais da população estudada. Floria- nópolis-SC, 1980.	48
Tabela 17- Distribuição dos problemas da fístula ar- tério venosa da população estudada. Flo - rianópolis-SC, 1980.	49
- Caracterização dos problemas psicossociais	
Tabela 18 - Distribuição dos problemas referentes a estresse por perda financeira da popula- ção estudada. Florianópolis-SC, 1980.	51
Tabela 19 - Distribuição dos problemas de estresse por medo na população estudada. Floria - nópolis-SC, 1980.	53
Tabela 20 - Distribuição dos problemas de estresse por falta de informação referente à doen ça e ao tratamento na população estudada. Florianópolis-SC, 1980.	54
Tabela 21 - Distribuição dos problemas referentes à dependência da população estudada. Flo - rianópolis-SC, 1980.	55



	Página
Tabela 22 - Distribuição dos problemas referentes a recusa do tratamento e da dieta pela população estudada. Florianópolis-SC, 1980.	56
Tabela 23 - Distribuição dos problemas que favorecem o não comparecimento sistemático dos pacientes ao tratamento de hemodiálise. Florianópolis-SC, 1980.	57
Tabela 24 - Distribuição dos problemas da população estudada decorrentes de diferenças sentidas. Florianópolis-SC, 1980.	58
Tabela 25 - Distribuição dos sentimentos que a população estudada tem tido em relação à doença e à hemodiálise. Florianópolis-SC, 1980.	60
Tabela 26 - Distribuição dos problemas referentes a estresse por perda financeira de status, segundo o tempo de tratamento. Florianópolis-SC, 1980.	61
Tabela 27 - Distribuição dos problemas de estresse por medo segundo o tempo de tratamento. Florianópolis-SC, 1980.	63
Tabela 28 - Distribuição dos problemas de estresse por falta de informação referente à doença e ao tratamento segundo o tempo de tratamento. Florianópolis-SC, 1980.	65
Tabela 29 - Distribuição dos problemas referentes à in	

	Página
pendência segundo o tempo de tratamento, Florianópolis-SC, 1980.	68
Tabela 30 - Distribuição dos problemas referentes à recusa de tratamento e da dieta segundo o tempo de tratamento. Florianópolis-SC, 1980.	70
Tabela 31 - Distribuição dos problemas decorrentes de diferenças sentidas, segundo o tempo de tratamento. Florianópolis-SC, 1980.	72
Tabela 32 - Distribuição dos sentimentos que a popula- ção estudada tem tido em relação a doença e hemodiálise, segundo o tempo de tratamen <u>to</u> . Florianópolis-SC, 1980.	74

## 1 - INTRODUÇÃO

Embora as condições de sobrevivência de pacientes com Insuficiência Renal Crônica (IRC) venham sendo estudadas ao longo da evolução da história da humanidade, somente nos últimos 70 anos, tem sido pesquisada a sobrevivência desses pacientes por meio de diálise. ABEL e RAWNTRE, em 1913, foram os pioneiros em usar pela primeira vez uma tubulação de coloidina como membrana dialisadora constituindo um aparelho elementar. A partir deste invento, inúmeros pesquisadores se sucederam e a tecnologia empregada para o tratamento hemodialítico foi se aperfeiçoando gradativamente. Contudo, o primeiro dialisador utilizado com sucesso clínico foi projetado por WILLEN KOLF, na Holanda, durante a segunda Guerra Mundial, segundo SABBAGA e VASCONCELOS<sup>37</sup>, JENNRICH<sup>26</sup>, STENZEL e COL.<sup>40</sup>.

Após a utilização do equipamento dialisador, vários estudiosos interpretaram o que representava a hemodiálise sob o ponto de vista clínico. Consideraram a hemodiálise como sendo o processo de remoção de tóxicos e outras substâncias nocivas ao organismo, normalmente eliminados pelos rins, através

da circulação extracorpórea, na qual o sangue circula por uma membrana semipermeável em contato com uma solução dialisadora, como descrevem LARGER<sup>29</sup>, JENNRICH<sup>26</sup> e FORD<sup>19</sup>.

A interpretação dos estudos não se limitou, exclusivamente, à hemodiálise, como técnica em si, mas também à própria caracterização do grupo de pacientes em tratamento hemodialítico e às manifestações de ordem bio-psico-social desses pacientes. TRAUCH<sup>43</sup>, descreve as seguintes características comuns: 1) dependência do paciente ao aparelho de hemodiálise e às pessoas que o manejam; 2) tratamento prolongado ou de repetição; 3) restrição alimentar e de fluídos; 4) média de tempo de sobrevivência após o início do tratamento hemodialítico.

A literatura sobre o assunto apresenta, ainda, a Insuficiência Renal Crônica (IRC) como um problema mundial, e para BAILLOD<sup>4</sup>, a incidência de IRC em fase terminal com indicação de tratamento hemodialítico, na faixa etária de 5 a 55 anos, é de 40 por milhão. Refere, ainda, que se a idade limite fosse 65 anos, a incidência chegaria a 100 por milhão anualmente. Registra que, na Europa, 70% dos pacientes com IRC não recebem nenhuma forma de tratamento, 24% são dialisados e 6% são submetidos a transplante renal.

STENZEL e COL.<sup>40</sup> consideram que, para pacientes com IRC em fase terminal, há duas alternativas de tratamento: diálise ou transplante. Cita o autor dados estatísticos do "National Dialysis Registry", onde é caracterizada a situação dos Estados Unidos, com um total de 15.000 pacientes fazendo hemodiálise. Acrescenta, ainda, que a população de pacientes em

diálise, que era de 24,4 por milhão em 1970, passou para 46,9 por milhão em 1974. Destes, 98% são tratados com hemodiálise e 2% por diálise peritonial, sendo 66% no Centro de Diálise e 34% no próprio domicílio. Esses pacientes foram classificados segundo o sexo, e a maior incidência ocorreu no sexo masculino com 62% restando 38% para o sexo feminino. Para ambos os sexos, a maior parte do tratamento era feita nos Centros de Diálise. Os dados revelam, ainda, que cerca de 4% da população morre nos três primeiros meses de tratamento, 11% no primeiro ano, 10% no segundo e 7% no terceiro ano.

Mesmo conhecendo o curto período de sobrevivência dos pacientes com IRC em fase terminal submetidos a hemodiálise, os pesquisadores têm procurado estudá-los no sentido de identificar reações comportamentais e problemas de ordem bio-psico-social em função da própria doença. Entre os autores consultados, FOR<sup>19</sup>, ANGER e COL.<sup>2</sup>, ROBBINS<sup>36</sup>, BEESON e WALSH<sup>6</sup>, WALSER<sup>43</sup>, RAWNSLEY<sup>35</sup>, BRUNNER e SUDDART<sup>10</sup> e WINTROBE e COL.<sup>45</sup>, relatam a possibilidade de desequilíbrio neurológico, manifestado por falta de concentração do raciocínio progredindo para a confusão mental, obnubilação, sonolência, cefaléia, perda de memória, convulsões e coma.

Acrescentam-se a essas, as observações de BEVILACQUA<sup>8</sup>, CECIL e LOEB<sup>13</sup>, sobre a existência de equilíbrio do sistema vascular, caracterizado por hipertensão devida à grande quantidade de renina, secretada pelo rim lesado, agindo sobre a angiotensina, levando ao hiperaldosteronismo que, por sua vez, faz retenção hidrossalina, resultando uma hipertensão. Relatam, também, arritmias cardíacas, freqüentemente encontradas com a pre

sença de hipercalemia ou hipocalemia, bem como alteração na contratilidade miocárdia. A hipotensão também pode ser encontrada como consequência da retirada rápida dos fluídos durante a diálise.

Acrescentam GETCH e STONER<sup>20</sup> que a normalidade da pressão arterial dos pacientes com IRC em fase terminal é muito relativa e considera as oscilações que ocorrem na pressão arterial mais importantes do que os valores absolutos. Segundo estes autores, o nível da Pressão Arterial sistólica alcança um valor em torno de 200 mmHg e o da Pressão Arterial diastólica em torno de 120 mmHg.

ANGER e COL<sup>2</sup>, RAWNSLEY<sup>35</sup>, FORD<sup>19</sup>, WINTROBE e COL.<sup>45</sup>, CECIL e LOEB<sup>13</sup>, BRUNNER e SUDDART<sup>10</sup> e ROBBINS<sup>36</sup>, referem de forma unânime o fato desses pacientes apresentarem problemas na pele, como: alterações na coloração, tornando-se pálida e com uma cor característica amarelo-parda. Em alguns pacientes, a uréia se solidifica e, ao exteriorizar-se através do suor, aparece em forma de cristais brancos aderidos à pele, o que é chamada de "geada urêmica". A pele torna-se seca, escamosa e o prurido é muito comum, o que poderia ser a causa de escoriações. Essas escoriações, por sua vez, podem dar origem a um processo infeccioso localizado. Salientam ainda, estes autores, que a palidez da pele pode ser resultante de um processo anêmico e/ou do acúmulo de pigmentos urinários, especialmente urocromatos. Os pacientes também podem apresentar exantemas e petéquias.

Descrevem KINT<sup>28</sup> e FORD<sup>19</sup> que nesses pacientes também

CD podem ser observados problemas nas unhas, apresentando-se as mesmas quebradiças e finas, onduladas, curvadas e arredondadas. Chamam atenção para as dermatoses sob as unhas, problemas comuns nos pacientes observados.

Salientam BEESON e WALSH<sup>6</sup>, GETCH e STONER<sup>20</sup> os problemas referentes à cavidade bucal, como: placas brancas dolorosas, provocadas pela *Cândida Albicans*, que podem ser causa de ulcerações. A uréia é excretada pelas glândulas salivares e pode provocar estomatite e parotidite. Os lábios geralmente são secos e apresentam sulcos. A boca é seca com sabor metálico, halitose com odor urêmico, além de soluços frequentes. As cáries dentárias são comuns nestes pacientes.

CD FORD<sup>19</sup>, ROBBINS<sup>36</sup>, BRUNNER e SUDDART<sup>10</sup>; BEESON e WALSH<sup>6</sup>, GETCH e STONER<sup>20</sup> citam problemas manifestados no sistema muscular, como fraqueza generalizada, que é apontada como causa da marcha dificultosa, principalmente ao subir escada, excitabilidade neuro-muscular, contrações e abalos musculares. As câimbras são comuns nas panturrilhas e nos músculos flectores dos dedos dos pés.

CD MASON<sup>31</sup>, CECIL e LOEB<sup>13</sup>, FORD<sup>19</sup>, ROBBINS<sup>36</sup>, WINTROBE e COL.<sup>45</sup>, BAGON<sup>3</sup>, GETCH e STONER<sup>20</sup>, BEESON e WALSH<sup>6</sup> e RAWNSLEY<sup>35</sup> acrescentam, como problemas decorrentes da Insuficiência Renal Crônica, as alterações do sistema ósseo devidas à descalcificação que se processa na presença de altas concentrações de fosfatos. Os sinais e sintomas podem ser osteodistrofias, osteoporoses, osteíte e fraturas. A dor nos ossos é comum, bem como nas articulações, pelo depósito de cálcio nas bolsas tendino -

sas. Os mesmos autores, indicam problemas ligados ao sistema ↳ gastrointestinal que se manifestam por náuseas e vômitos. Pode haver hematêmese ou melena devido à erosão da mucosa gastrointestinal. A anorexia também está presente, seguida de náuseas e vômitos. Em etapas avançadas pode aparecer diarreia. O desequilíbrio hídrico pode levar à desidratação ou à retenção hidrossalina, causando edema generalizado ou localizado. O edema é freqüente e pode também ser causado pelo sistema renina-angiotensina que leva ao aldosteronismo aumentando ainda mais a retenção hidrossalina.

Segundo RAWNSLEY , MASON , GETCH e STONER , FORD , WINTROBE e COL. , na fase inicial da IRC podem ser observados problemas no sistema urogenital, tais como: poliúria e nictúria, pela incapacidade do rim em concentrar a urina. Por fim, o paciente torna-se oligúrico. Nas mulheres observa-se amenoréia.

↳ Hepatite é uma ocorrência freqüente nas unidades de diálise, segundo GETCH e STONER , GOLDSMITH . Este último autor cita que, em 1971, 47% dos 455 Centros de diálise de Europa tiveram pacientes com hepatite. A incidência de hepatite entre os pacientes em diálise foi de 10% para os tratados em hospital e de 5% para os tratados a domicílio. Já os primeiros autores dizem que, nos Estados Unidos, a incidência tem sido de 10% nos pacientes e de 3% no pessoal que presta assistência.

↳ Os pacientes com IRC também podem apresentar manifestações oculares, como retinopatia hipertensiva, manchas



brancas, em torno da íris, devidas ao acúmulo de cálcio na córnea, de acordo com BEESON e WALSH<sup>6</sup>, GETCH e STONER<sup>20</sup>, WINTROBE e COL.<sup>45</sup>.

GETCH e STONER<sup>20</sup>, BEESON e WALSH<sup>6</sup>, WINTROBE e COL.<sup>45</sup>, ROBBINS<sup>36</sup>, SHORT e COL.<sup>39</sup>, CECIL e LOEB<sup>13</sup> referem manifestações de anemia, que podem ser causadas pela produção deficiente de eritropoetina pelos rins, e também pela hemólise e pela tendência hemorrágica decorrente da diminuição do número de plaquetas.

Muito embora os problemas anteriormente relatados sejam de grande importância para a assistência dos pacientes na fase terminal da IRC, os problemas psicossociais devem ser considerados e, espera-se que a equipe que os assiste esteja preparada para identificá-los, a exemplo do medo da morte, das mudanças físicas, perda de identidade que, segundo WILKINSON<sup>44</sup>, estes pacientes podem apresentar.

SANTOPIETRO<sup>38</sup>, realizou um estudo com pacientes sob hemodiálise e suas famílias. Identificou as seguintes necessidades emocionais assim agrupadas:

1 - Necessidade de identidade - onde se observa manifestações como: ameaça ao auto-conceito que inclui o medo da morte, mudanças na imagem do corpo, alterações nas expectativas para a família, dependência/independência, desemprego ou diminuição das finanças, afastamento dos amigos.

2 - Necessidade de segurança - onde se observa temores referentes a complicações de hemodiálise tais como: hipo -

tensão, convulsões, hemorragia por problemas técnicos, como parada da bomba e rompimento da membrana. Altos níveis de ansiedade nos pacientes foram atribuídos à inabilidade das pessoas que prestam cuidados técnicos.

3 - Necessidade de comunicação - estes pacientes têm pouco tempo para se relacionarem com pessoas amigas, pelo fato, de terem que passar muito tempo no centro de diálise e por isso sentem falta de relacionamento, que possibilite satisfações e relax das tensões.

4 - Necessidade de amor - este grupo de pacientes geralmente não pode cumprir suas funções de pai, mãe, esposo(a), por isso teme perder o amor dos seus entes mais chegados,

Para JENNRICH<sup>26</sup>, os pacientes, sob hemodiálise prolongada, estão mais atentos às informações negativas do que às positivas. O primeiro passo a ser tomado, para uma assistência mais eficiente, é o completo conhecimento do paciente. Especial atenção deve ser dada ao estado emocional. A ansiedade pode contribuir para alteração dos sinais vitais e alterações gastrointestinais. O autor também salienta que o paciente submetido a hemodiálise, a fim de se estabilizar, necessita adaptar - se a vários estresses:

1. mudanças no estado de vida com redução de finanças;
2. incapacidade de executar atividades normais devido ao enfraquecimento;
3. a ponte artério-venosa externa (shunt) é causado-

ra de muita ansiedade;

4. alterações na imagem corporal pela descoloração da pele, emagrecimento e edema;
5. conflitos de dependência/independência é comum nestes pacientes.

O autor classifica o estresse em três grupos: 1) Perda - das funções orgânicas, financeiras; 2) Trauma físico - devida às cirurgias para rever o "shunt" ou fístula artério-venosa interna; 3) Frustração - dos desejos do prazer, a exemplo de comer bem e recreação.

Os pacientes em tratamento de hemodiálise enfrentam numerosas ameaças no seu bem-estar bio-psico-social. A primeira e principal crise para o paciente é a mudança na auto-imagem e aparecem frustrações de certos desejos como impossibilidade de comer bem. Tudo isso causa sentimento de perda ou ameaça de perda no paciente. A condição desses pacientes leva à necessidade de confiar sua vida à uma máquina e a outras pessoas e, conseqüentemente, se tornam dependentes. No adolescente esta dependência é incompatível às características de sua personalidade. O relacionamento do paciente com os familiares também pode se tornar um problema, segundo WALSER<sup>43</sup>.

Segundo ANGER<sup>1</sup> a pessoa em terapia de diálise vive com muitas restrições e isto cria numerosos estresses psicológicos. Está constantemente ameaçada pelas perdas e frequentemente se manifestam por medo, depressão, rejeição, ira e ansiedade. Estudos com estes pacientes revelaram tendências

suicidas, e procuravam exceder-se em alimentos e fluídos o que geralmente desencadeava uma Insuficiência Cardíaca Congestiva ou Acidente Vascular Cerebral. O acúmulo desses estresses leva a sentimentos de abandono, desesperança, inutilidade e tristeza.

→ Para CUMMINGS<sup>14</sup>, os pacientes em tratamento hemodialítico prolongado sofrem ameaça à segurança financeira. Este é um dos problemas prioritários sentidos pelo paciente e sua família, causado pela perda de emprego, resultando numa diminuição do salário. O problema se torna mais grave quando o paciente constitui a única fonte de renda para manutenção da família. Outro problema a ser enfrentado é a mudança de "papéis" social, principalmente, quando se trata de homem. Na nossa cultura o homem desempenha funções decisórias de proteção e de disciplina na família. Quando a mulher assume estas funções, o paciente, geralmente, sente-se deprimido e diminuído perante si mesmo. Diante disso, sente perder sua função de chefe de família e, assim, há alteração na sua auto-estima. Cita, também, a negação como uma das reações muito encontradas nos pacientes em hemodiálise pesquisados.

GREENBERG e COL.<sup>22</sup>, num estudo de sete casos de tratamento hemodialítico, nos quais pesquisaram os fatores que influenciaram no ajustamento do paciente, concluíram que são: uso dos mecanismos de defesa, especialmente a negação, disponibilidade à dependência e ao apoio emocional da família.

ABRAM citado por WALSER<sup>43</sup>, na sua teoria de adaptação do paciente em tratamento de hemodiálise, integrou as con

dições físicas e psicológicas onde descreve três fases pelas quais o paciente passa para chegar à adaptação.

Fase I - é caracterizada pela síndrome urêmica, com suas manifestações peculiares, enfrentadas geralmente até fazer a diálise.

Fase II - a volta ao equilíbrio fisiológico. O paciente começa a sentir uma sensação de bem-estar como se houvesse ressuscitado. Este equilíbrio é sentido no período compreendido, entre a segunda e sexta diálise.

Fase III - é o período da convalescença. Ocorre a partir da 3a. semana ou do 3º mês de tratamento. Nesta fase o paciente começa a enfrentar a realidade e se ajusta às rotinas. No entanto, continua incapaz para o trabalho e geralmente permanece em conflito de dependência/independência.

Segundo WALSER<sup>43</sup> uma grande preocupação para os doentes é a condição econômica causada pela perda do trabalho, resultando numa redução nos vencimentos, ao lado dos gastos com o tratamento.

Este autor refere que o estresse da dependência é uma constante ameaça a sua sobrevivência. Desta forma, o paciente sabe que sua vida depende da máquina de diálise, e isto se torna constante lembrança da fragilidade de sua vida. Quando atacado por ameaças, o paciente empregará mecanismos de defesa que o ajudarão a enfrentar a situação. Os métodos de adaptação para esses casos incluem negação, isolamento, transferência, projeção.

ANGER<sup>1</sup> relata num estudo, que o estresse psicológico do paciente com IRC em hemodiálise prolongada, tem uma característica própria em cada fase da doença. Inicialmente há o estresse pela conscientização de que está com uma doença que não tem cura. A resposta para este fato é freqüentemente o choque ou a descrença. Nesta fase o paciente passa a sentir alterações na sua imagem corporal e no seu conceito pelo fato de viver numa condição de doente. As fístulas num dos membros são o lembrete de sua dependência. Começa o emagrecimento e a perda da cor natural da pele. O aparelho é incorporado à sua auto-imagem e sem ele não pode sobreviver. A ameaça à segurança financeira é outro problema a ser enfrentado. A condição econômica proveniente da perda do emprego ou a da diminuição do salário são de grande importância para o paciente e sua família. Isto tudo, associado ao alto custo de vida, acumula mais problemas. Em seguida vem o estresse do tratamento. Surge o conflito de dependência/independência. Espera-se do doente cooperação no regime de tratamento, isto é, que seja dependente, e por outro lado lhe dizem que deve permanecer independente e levar uma vida normal, continuando a trabalhar e desenvolver suas obrigações familiares e sociais. Os sintomas manifestados pelo paciente são desamparo e confusão. Ele pode responder a este conflito de várias formas: pode seguir o tratamento e viver de maneira ativa e produtiva, como pode também tornar-se excessivamente dependente ou até rebelde, recusando seguir o tratamento. O terceiro estresse é decorrente da frustração das necessidades básicas, dentre as quais a alimentação e, ressalta, a recreação. O paciente em diálise deve seguir uma dieta rígida devido à natureza de sua doença e isto representa uma fonte de

frustração para ele. Para muitos indivíduos comer representa conforto, segurança, gratificação e recreação.

O autor cita ainda como sintomas apresentados pelos pacientes em hemodiálise, o medo de acidentes técnicos durante a diálise e o medo da morte. Surgem sentimentos de desesperança e abandono. O mecanismo de defesa mais comum é a negação. A depressão é uma manifestação muito freqüente e é expressa, geralmente, em forma de prostração, como uma sensação de abandono, o que gera tristeza e desespero.

*Trabalho*

SHORT e COL.<sup>39</sup> em pesquisa com pacientes submetidos à hemodiálise, afirmam numa de suas conclusões que a adaptação deles é determinada, em parte, pelas condições de sua vida antes da diálise. Se exercerem uma ocupação que envolve mais atividades mentais que físicas têm mais probabilidade de continuar na sua ocupação anterior à doença. Dizem também que os pacientes da classe média sofrem mais dificuldades financeiras de vidas ao decréscimo do salário, enquanto que os pobres têm possibilidade de ganhar auxílio de órgãos governamentais.

LEVY<sup>30</sup> fez um estudo com 25 pacientes e identificou 3 (três) estágios distintos de adaptação psicológica na maioria deles após o início da hemodiálise:

1. "Lua-de-mel - Este período caracterizado pela melhora física e emocional enfrentando tudo com otimismo. E a maioria aceitou a dependência facilmente e com gratidão em relação à equipe. São comuns, nesta fase, manifestações de ansiedade durante a hemodiálise, com receio que alguma falha mecânica possa ocorrer, a ansiedade geralmente é exteriorizada por

insônia. Esta fase iniciou de uma (1) a três (3) semanas após a primeira hemodiálise e teve duração de seis (6) semanas a seis (6) meses. Dos 25 pacientes estudados, 16 tiveram lua-de-mel nítida.

2. "Período de Desencanto" - este estágio teve duração de três (3) a doze (12) meses, a partir da "Lua-de-mel". Os pacientes apresentaram sentimentos de tristeza e desesperança. Estes sentimentos foram somados a complicações físicas como, coagulação nas fístulas artério-venosas, sangramento, espasmos arteriais ou venosas nas fístulas durante a hemodiálise. Nesta fase, geralmente, o paciente se defronta com o conflito dependência/independência. Todos os pacientes que tiveram uma "lua-de-mel" passaram para o segundo estágio.

3. "Período de adaptação a Longo Prazo" - Este período se caracterizou pela aceitação de suas limitações, bem como das complicações que possam ocorrer na hemodiálise. Os pacientes apresentaram sentimentos de bem-estar físico e emocional. As complicações nas derivações continuaram durante este período. A maioria se adaptou à sua condição de vida. Esta adaptação, quase sempre estava associada à execução de algum trabalho importante ou então ao fato de, mesmo permanecendo inativo, o paciente ter sido aceito por outras pessoas, apesar da incapacidade de produção. De dezoito (18) pacientes, nove (9) manifestaram desespero em resposta às perdas.

O autor identificou mecanismos de defesa e salientou ter sido a negação a mais comum. Diz que a negação ajudou na adaptação e protegeu os pacientes de sentimentos de desamparo.



Por outro lado, pode impedir de seguir a dieta e tratamento e, inclusive, de fazer hemodiálise.

CAPLAN<sup>11</sup>, conceitua crise como sendo um desequilíbrio na estrutura do indivíduo por defrontar-se com problemas que dificultam o alcance de seus objetivos. O autor cita dois tipos de crises: 1) crises evolutivas, que fazem parte do ciclo da vida, ou seja, mudanças normais que ocorrem no indivíduo desde o nascimento até a morte. 2) Crises acidentais, são períodos de alterações psicológicas desencadeadas por problemas relacionados com perdas e/ou ameaça de perdas. Refere como exemplo, a perda ou mudança de emprego, ameaça à integridade corporal pela doença, morte de uma pessoa estimada. Descreve quatro fases características das crises.

Fase I - choque inicial, caracterizado por sentimentos de desconsolo, frustração, perda da integridade do organismo;

Fase II - associada a sentimento de angústia, medo, culpa ou vergonha. Sensação de incapacidade e negação;

Fase III - a pessoa reconhece a realidade. Os sintomas de raiva, angústia e depressão aparecem;

Fase IV . é a fase de adaptação.

MURRAY<sup>33</sup> cita que o indivíduo passa por várias etapas na vida que envolvem separação e perdas e que todas as pessoas estão sujeitas a isso. Define perda como sendo o desaparecimento de apoios internos ou externos que a pessoa possui para satisfazer necessidades básicas. A perda envolve pessoas,

objetos, situações, relacionamento, auto-estima. A perda leva o indivíduo a sentir desgostos que é uma forma de aflição e depressão, envolvendo tristeza. A ausência do perdido provoca um sentimento de vazio.

A autora continua afirmando que, quando a perda é consciente, a pessoa apresenta disfunção somática e sentimentos de irrealidade emocional, preocupação intensa com sua imagem, solidão e incapacidade. A pessoa em crise pode comportar se de maneiras diversas. Alguns expressam sentimentos de angústia, desprazer, negação, sensação de vazio, auto-desvalorização, raiva de si e de outras pessoas, queixas somáticas.

Segundo BRUNNER e SUDDART<sup>10</sup>, o indivíduo passa por três (3) estágios característicos ao passar do estado de saúde para a doença.

1º estágio - ocorre com a passagem da saúde para a doença, e se caracteriza pelas manifestações de ansiedade, sensação de culpa, vergonha. A negação é muito freqüente neste período.

2º estágio - o paciente procura tornar à realidade, admitindo suas limitações como doente. Torna-se egocêntrico, dependente e regressivo. Há pacientes, no entanto, que não conseguem passar para este estágio, continuam negando a doença e geralmente recusam o tratamento. Neste estágio é comum apresentarem sentimentos de tristeza, desespero e revolta.

3º estágio - é o da adaptação, que é a fase da recuperação. Em doenças crônicas, há pacientes que apresentam

"descrença, desenvolvimento da conscientização, reorganização, determinação e mudanças de identidade". Quando há boa adaptação na doença crônica, o paciente admite a realidade e é capaz de enfrentar transições que a doença exige.

Complementa ainda, o que BELAND<sup>7</sup> classifica como as causas do estresse psicológico, em três (3) categorias: 1) Perda; 2) Trauma físico ou ameaça de trauma e 3) Frustração de impulsos.

HORTA<sup>23</sup> em seus estudos em relação à finalidade da assistência de enfermagem, considera o ser humano como um todo bio-psico-social, a quem o pessoal de enfermagem deve proporcionar conforto e segurança através da interação enfermeiro/paciente.

Refere, ainda, ser a "enfermagem como parte integrante da equipe de saúde, quem implementa estado de equilíbrio, previne estado de desequilíbrio e verte desequilíbrio em equilíbrio pela assistência ao homem no entendimento das suas necessidades básicas".

KAMIYAMA<sup>27</sup> refere que, os cuidados prestados ao indivíduo, para serem eficientes, devem ter por base a correta identificação dos problemas, o planejamento e a implementação de ações para o seu atendimento. Afirma que o cuidado é centrado nas alterações das necessidades fisiológicas em detrimento das psicossociais. Considera, ainda, serem as alterações psicossociais menos detectadas, provavelmente, em decorrência da inexistência de uma metodologia adequada nesta área. Assim, de modo geral, a estrutura hospitalar e a equipe assistencial

tendem à adaptação física à doença, mas não oferecem apoio emocional necessário para o ajustamento do indivíduo à sua nova situação.

Pode-se apreender que a maioria dos estudos consultados, em especial, na realidade brasileira, com os pacientes em IRC em fase terminal, têm abrangência maior dos problemas da área biológica, muito embora, vários autores sejam unânimes em afirmar a importância de estudos de problemas bio-psico-sociais, e, salientam ainda, a interrelação dessas três (3) áreas durante todo o período de sobrevivência dos pacientes desde o início do tratamento de hemodiálise.

A revisão da literatura proporcionou um reforço teórico a todos os questionamentos que antecederam este estudo que visa identificar problemas bio-psico-sociais em pacientes com IRC em fase terminal, submetidos a tratamento de hemodiálise prolongado, o que poderá representar uma contribuição teórico-prática em dentro da realidade florianopolitana. Pretende-se assim mantê-lo em nível de simplicidade compatível com abertura de perspectiva de investigações nesta área, em especial, quando se tenta adequar um modelo de histórico de enfermagem proposto por HORTA<sup>24</sup>, como instrumento de pesquisa nesta área.

## 2 - OBJETIVOS

### 2.1. Geral

Identificar problemas ~~bio-psico-sociais~~ nos pacientes com IRC na fase terminal, submetidos a tratamento hemodialítico prolongado, em um hospital de Florianópolis.

### 2.2. Específicos

2.2.1. Descrever a população estudada segundo as variáveis demográficas e sócio econômicas consideradas como: idade, sexo, estado civil, ocupação, escolaridade, renda familiar, tempo de tratamento e diagnóstico médico.

2.2.2. Descrever os problemas bio-psico-sociais identificados.

2.2.3. Verificar quais os problemas que são comuns na população estudada.

2.2.4. Verificar a distribuição dos problemas psicossociais identificados segundo o tempo de tratamento.

### 3 - MATERIAL E MÉTODO

#### 3.1. População de Estudo

Foram considerados, para estudo, o total de pacientes com Insuficiência Renal Crônica em fase terminal, submetidos a tratamento de hemodiálise num hospital geral de Florianópolis, no período compreendido de 15 a 30 de outubro de 1979. Esta população representa o universo de pacientes existentes, uma vez que o tratamento de hemodiálise em Florianópolis é realizado em um só hospital deste Município. Assumindo-se desta forma como população de estudo os 19 pacientes que recebiam este tipo de tratamento.

#### 3.2. Procedimentos do estudo

Para atender os objetivos propostos consideraram-se necessários os seguintes procedimentos:

3.2.1. Preenchimento de um formulário através da técnica de entrevista sobre os problemas apresentados pelos pacientes, dados demográficos e sócio-econômicos.

3.2.2. Obtenção de dados para complementação do preenchimento do formulário que requeria exame físico e observação do paciente .

### 3.3. Coleta de dados

#### 3.3.1. Instrumento

Adotou-se o formulário tomando por base o Histórico de Enfermagem proposto por HORTA<sup>24</sup>, e para o presente estudo o formulário é dividido em três (3) partes:

1.<sup>a</sup> parte - Caracterização demográfica e sócio-econômica

2.<sup>a</sup> parte - Caracterização dos problemas biológicos

3.<sup>a</sup> parte - Caracterização dos problemas psicossociais

#### 3.3.2. Operacionalização das variáveis

##### 3.3.2.1. Caracterização demográfica e sócio-econômica

Entende-se como caracterização demográfica e sócio-econômica o conjunto de variáveis que possam caracterizar a existência do indivíduo. Compoem esta caracterização as variáveis: idade, sexo, ocupação, estado civil, escolaridade, renda familiar, tempo de tratamento e diagnóstico médico.

Entende-se por:

- idade - a expressão do número de anos vividos do nascimento até o momento da entrevista.

- Ocupação - Adotou-se para o presente trabalho a escala de prestígio ocupacional de Gouveia, agrupada como fez SOUZA<sup>41</sup>.
- Escolaridade - esta variável foi classificada segundo a escala de ALVARENGA referenciada por SOUZA<sup>41</sup> reagrupada em quatro (4) níveis.
- Renda Familiar - a somatória dos rendimentos mensais de todos os elementos economicamente ativos da família, dividido pelo total de componentes da família; seguiu-se a escala adotada por FARIA<sup>17</sup>.

As demais variáveis componentes da caracterização demográfica e sócio econômica a exemplo de sexo e estado civil não foram interpretados pelo autor, tendo em vista a não variação conceitual.

#### 3.3.2.2. Caracterização dos problemas biológicos

Considera-se nesta pesquisa, problemas biológicos, os sinais e sintomas relativos ao aspecto físico.

Os problemas biológicos foram classificados em doze (12) áreas segundo os autores: FORD<sup>19</sup>, BEVILACQUA<sup>8</sup>, CECIL e LOEB<sup>13</sup>, ROBBINS<sup>36</sup>, RAWNSLEY<sup>35</sup>, NAKAMAE<sup>34</sup>, com adaptações próprias para este estudo.

#### ÁREA I - Condição Mental

Nesta área foram identificados os problemas



relacionados ao desequilíbrio neurológico: nível de consciência, letargia e convulsões.

#### Área II - Condição dos sinais vitais

Aqui identificaram-se oscilações na Pressão Arterial, Temperatura Corporal, Pulso e Respiração.

#### Área III - Condição da pele e unhas

Na condição da pele observou-se o estado em que se encontrava quanto à coloração, integridade, prurido e turgor. As unhas foram examinadas quanto à integridade e formato.

#### Área IV - Condição da cavidade bucal

Na cavidade bucal verificou-se a coloração, integridade e hidratação dos lábios e língua. Quanto aos dentes, a integridade e coloração.

#### Área V - Condição dos músculos

No sistema muscular verificaram-se complicações como: hipotonia, câimbras e dor.

Área VI - Condições dos ossos e articulações. Nos ossos procurou-se verificar integridade e dor\*. Nas articulações: mobilidade, deformidade, dor e deambulação.

---

\* Considera-se dor nos ossos segundo especificação dos autores anteriormente citados mas, supõe-se que estes autores se refiram a dor no periosteio que é área sensitiva óssea.

### Área VII - Condições de alimentação

Nesta área incluíram-se problemas relativos ao apetite e digestão.

### Área VIII - Condições de equilíbrio hídrico

Considerou-se nesta área apenas a presença de edema.

### Área IX - Condições de eliminação

Incluiu-se: a intestinal e genito-urinária. Considerando-se a susceptibilidade dos pacientes a infecções respiratórias, incluiu-se, também, a expectoração nesta área.

### Área X - Condições sensoriais

Observou-se nesta área apenas a visão e a audição, porque segundo BEESON e WALSH<sup>6</sup>, WINTROBE e COL.<sup>45</sup>, são os órgãos que apresentam geralmente mais problemas no sistema sensorial nestes pacientes.

### Área XI - Condições da fístula artério-venosa

Considerou-se a fístula artério-venosa interna uma vez que o total da população estudada tinha este tipo de fístula. Verificaram-se nesta área, presença de complicação e seu funcionamento.

### Área XII - Condições hematológicas

Considerou-se apenas o valor do hematócrito, pois GETCH e STONNER<sup>20</sup> e ROBBINS<sup>36</sup> referem que o hematócrito

to proporciona o controle da anemia o que é freqüente nestes pa-  
 cientes. Considerando que GOLDSMITH<sup>21</sup> refere a alta incidência  
 de hepatite a virus em pacientes submetidos a hemodiálise, in-  
 cluiu-se nesta área o resultado da pesquisa do antígeno Austrá-  
 lia.

Os problemas psicossociais foram distribuídos em  
 duas áreas, correspondendo às necessidades humanas básicas, e  
 subclassificadas conforme manifestações do indivíduo em crise  
 emocional, tomando por base as interpretações de CAPLAN<sup>11</sup>, LE-  
 VY<sup>30</sup>, BRUNNER e SUDDART<sup>10</sup>; ANGER<sup>1</sup>, JENNRICH<sup>26</sup>.

Área I - Problemas manifestados pelos pacientes na  
 primeira fase da crise emocional, que in-  
 clui:

1. Estresse por perda financeira e de status.
2. Estresse por medo do tratamento, de sentir dor ,  
 medo da solidão e do desconhecido;
3. Falta de informação referente à doença e ao trata-  
 mento;
4. Dependência física e emocional;
5. Recusa do tratamento de hemodiálise e da dieta.

Área II - Problemas manifestados pelos paciente na  
 segunda fase emocional, que inclui:

1. Estresse por perda da boa aparência física, capa-  
 cidade de trabalho, relacionamento com outras pes-  
 soas, recreação e perda de amigos.

2. Estresse por medo de morrer (quanto ao medo morrer questiona-se o paciente na primeira área embora se faça presente nas duas fases).
3. Sentimentos de tristeza, abandono, sensação de vazio, raiva, solidão e desesperança.
4. Insônia

Os problemas psicossociais serão apresentados em duas fases, uma vez que a terceira fase conforme relatam ANGER<sup>1</sup>, LEVY<sup>30</sup>, CAPLAN<sup>11</sup>, corresponde à fase da adaptação e se identifica com menor número de problemas e os pacientes que não entram na fase de adaptação continuam apresentando os problemas da segunda fase.

Assim, o formulário foi elaborado, tomando por base a orientação de expectativa de problemas para as duas fases da crise emocional, muito embora se admitisse a possibilidade de encontrar, na população estudada, pacientes que tivessem mais que 18 meses de tempo de tratamento, o que constitui o limite teórico do início da terceira fase (LEVY)<sup>30</sup>.

### 3.3.3. Pré-Teste

Após a elaboração do formulário pré-testamos, com o total de nove (9) pacientes com IRC em fase terminal em tratamento de hemodiálise, num hospital geral de Joinville-SC. Pelo pré-teste pudemos identificar a necessidade de reformulação do instrumento, em especial na área psicossocial, quer na forma de elaboração das perguntas, como na inclusão de variáveis identificadas no campo prático como importantes. Procedi-

7

das as reformas requeridas pelo instrumento, retornamos a entrevistar os mesmos pacientes e assim verificaremos a aplicabilidade do formulário em atender os objetivos do estudo. Este pré-teste e a coleta de dados propriamente dita foram realizados pela autora.

### 3.3.4. Operacionalização da coleta de dados

A coleta de dados foi antecedida de uma fase assistencial, em que a autora da pesquisa passou uma semana assistindo os pacientes com a finalidade de estabelecer um relacionamento propício para a investigação.

Na segunda semana procedeu-se a coleta de dados, pela utilização da entrevista e observação sistematizada, adotando -se metodologia preconizada por HORTA . A observação dos pacientes se deu de modo seqüencial perfazendo um total de três (3) contatos com os pacientes, com intervalo de 48 horas. A entrevista para identificar os problemas psicossociais foi efetuada no momento em que o paciente apresentava condições psicológicas de manter uma entrevista.

O período de uma semana foi suficiente para manter os três (3) contatos com cada paciente. Tendo em vista que os mesmos estavam sendo dialisados três (3) vezes por semana e cada diálise tinha duração de cinco (5) a seis (6) horas, tempo este em que o paciente permanecia na unidade de hemodiálise.

### 3.4. Tratamento dos dados

3.4.1. O agrupamentos dos dados foi realizado obedecendo às expectativas para agrupamentos das variáveis por processo

manual.

#### 3.4.2. Apresentação do resultado

Por tratar-se de estudo com a população total de pacientes submetidos a hemodiálise em Florianópolis, os resultados serão apresentados de modo tabular com frequência absoluta e relativa para a caracterização global de todos os pacientes. A exceção de algumas questões da Área II, VIII e XII relativas aos problemas biológicos, e questões da área I e II dos problemas psicossociais que pelo tipo de estruturação não requeriam apresentação tabular ou gráfica.

#### 4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Aplicada a metodologia anteriormente especificada visando alcançar os objetivos propostos para este estudo obteve-se os resultados que seguem e que serão apresentados em três (3) partes conforme proposição metodológica.

Parte I - Caracterização Demográfica e Sócio Econômica onde procura-se caracterizar a existência do indivíduo.

Os resultados obtidos e apresentados na Tabela I indicam que o maior percentual da população estudada, 36,8%, pertence à faixa etária de 25 — 35 anos, seguindo a de 15 — 25 anos com percentual de 26,3%. Observa-se que 63,1% da população estudada pertence à faixa etária produtiva tanto economicamente como de fertilidade, isto é, o período da vida em que, geralmente, o indivíduo assume responsabilidade na família e também na comunidade.

Os dados da Tabela 1 permitem também observar que a

moda apresentou-se para o sexo masculino na faixa etária de 15 — 25 anos e para o sexo feminino na faixa etária de 25 — 30 anos.

TABELA 1 - Distribuição da população estudada segundo o sexo e idade. Florianópolis-SC, 1980.

SEXO FAIXA ETÁRIA	M		F		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15 — 25	4	21,0	1	5,3	5	26,3
25 — 35	2	10,5	5	26,3	7	36,8
35 — 45	1	5,3	2	10,5	3	15,8
45 — 55	1	5,3	2	10,5	3	15,8
55 — 65	-	-	1	5,3	1	5,3
TOTAL	8	42,1	11	57,9	19	100,0



TABELA 2 - Distribuição da população estudada segundo o estado civil. Florianópolis-SC, 1980.

ESTADO CIVIL	Nº	%
Solteiro	6	31,6
Casado	<u>10</u>	52,6
Viúvo	<u>2</u>	10,5
Desquitado	<u>1</u>	5,3
TOTAL	19	100,0

Os dados da Tabela 2, indicam que 52,6% da população estudada são casados. Segundo CUMMINGS<sup>14</sup>, BOMER e COL.<sup>9</sup>, os pa ci en tes ca sa dos en fr en ta m ma io re s ps ic os s oc i a i s de v i do s ã o re s p o n s a b i l i d a d e ma n u t e n ç ã o d a f a m i l i a. O homem, principalmente, se preocupa com as mudanças do seu papel de disciplinador, protetor e poder decisório na família, representando isto valores em altas escalas na nossa cultura. Ainda FINKELSTEIN e COL.<sup>18</sup>, numa pesquisa com 17 casais cujos cônjuges pertenciam a um grupo de pacientes sob hemodiálise, concluíram que os casados frequentemente apresentam sérios problemas de relacionamento conjugal.

TABELA 3 - Distribuição da população estudada segundo a escolaridade e sexo. Florianópolis-SC, 1980.

SEXO \ ESCOLARIDADE	M		F		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sabe ler e escrever	-	-	1	5,3	1	5,3
Primário completo/incompleto	2	10,5	9	47,3	11	57,8
Ginásio completo/incompleto	4	21,1	1	5,3	5	26,4
Colegial completo/incompleto	2	10,5	-	-	2	10,5
TOTAL	8	42,1	11	57,9	19	100,0

Os dados da Tabela 3, evidenciam que 57,8% da população tem escolaridade em nível primário e 26,4% em nível ginásial e somente 10,5% alcançou nível colegial. A maioria da população em estudo é jovem como mostra a Tabela 1, devido a este fato os níveis baixos de escolaridade poderiam ser decorrentes da própria limitação, que a doença impõe.

Visualiza-se também nesta tabela que a moda da escolaridade apresentou-se para o sexo masculino no nível ginásial completo/incompleto e para o sexo feminino no nível primário completo/incompleto.

TABELA 4 - Distribuição da população estudada, segundo ocupação anterior à doença e sexo. Florianópolis-SC, 1980.

SEXO OCUPAÇÃO	M		F		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ocupações manuais não especializadas	3	15,8	4	21,0	7	36,8
Ocupações manuais especializadas e assemelhadas	5	26,3	3	15,8	8	42,1
Ocupações não manuais de rotina e assemelhadas	-	-	4	21,1	4	21,1
TOTAL	8	42,1	11	57,9	19	100,0

Na Tabela 4 observa-se que o maior percentual da população antes de adoecer pertencia à categoria ocupacional de ocupações manuais especializadas e não especializadas, o que parece estar relacionado aos níveis de escolaridade anteriormente identificados.

Por ocasião da entrevista 100% da população estudada não se encontrava no desempenho de suas atividades ocupacionais, isto poderia estar relacionado ao que referem SHORT e COL.<sup>39</sup> que os pacientes com IRC em fase terminal não dispõem de condições físicas suficientes para continuar a executar trabalho manual. Relata ainda, que pacientes com ocupações que requeiram menos dispêndio físico têm condições de continuar desempenhando suas

atividades , o que poderia representar um estímulo.

Observa-se também que a população do sexo masculino apresenta maior proporção na ocupação do segundo grupo, enquanto que no sexo feminino a maior proporção é do primeiro e terceiro grupos.

TABELA 5 - Distribuição da população estudada, segundo a renda per capita dos elementos componentes da família. Florianópolis-SC, 1980.

RENDA PER CAPITA	Nº	%
Menor de 0,50 salário*	6	31,6
0,50 ─ 1,00	8	42,1
1,00 ─ 1,25	2	10,5
1,25 ─ 1,50	2	10,5
1,50 ─ 2,00	1	5,3
TOTAL	19	100,0

\* Salário mínimo regional na época do estudo: Cr\$ 2.760,00

Na tabela acima os dados revelam que 73,7% da população estudada tem renda per capita inferior a um (1) salário mínimo e a maior renda identificada na população foi de 1,50 a 2,00 salários mínimos, muito embora este nível salarial tenha sido evidenciado em 5,3% da população estudada. A moda

identificada na população em estudo é representada no grupo com renda per capita de 0,50 a 1,00 salário mínimo.

Consideram ANGER<sup>1</sup> e WALSER<sup>43</sup> que a baixa renda conseqüente da incapacidade de trabalho pode representar uma das causas de estresse para o paciente.

TABELA 6 - Distribuição da população estudada segundo o diagnóstico médico. Florianópolis-SC, 1980.

DIAGNÓSTICO*	Nº	%
Glomerulonefrite crônica	13	68,4
Glomerulonefrite aguda	1	5,3
Pielonefrite crônica	3	15,7
Rim policístico	1	5,3
Alport	1	5,3
TOTAL	19	100,0

\* Diagnóstico registrado no prontuário do paciente.

A glomerulonefrite crônica foi o diagnóstico causal da IRC em 68,4% da população. Segundo BRUNNE e SUDDART, GETCH e STONER a glomerulonefrite crônica e aguda é a causa mais freqüente da IRC.

O resultados encontrados no presente estudo estão em consonância com o relato das autoras.

TABELA 7 - Distribuição da população estudada segundo tempo de tratamento hemodialítico anterior a data da entrevista. Florianópolis-SC, 1980.

TEMPO DE TRATAMENTO	Nº	%
Menos de 6 meses	7	36,8
6 - 18 meses	7	36,8
18 e mais meses	5	26,4
TOTAL	19	100,0

Os dados da Tabela acima indicam maior percentual de pacientes com menos de 18 meses de tratamento por hemodiálise. Segundo LEVI<sup>30</sup> o paciente com IRC em fase terminal passa por três estágios para chegar a uma adaptação psicológica correspondendo a um determinado tempo de tratamento. Para cada tempo de tratamento, especifica este autor uma denominação onde caracteriza os pacientes como: em fase de "Lua de Mel" nos seis (6) primeiros meses de tratamento; fase de desencanto" no período de seis (6) a dezoito (18) meses e a última considerada fase de adaptação a longo prazo a partir dos 18 meses.

Parece de fundamental importância esta caracteriza-

ção, uma vez que pode servir de subsídios para o planejamento da assistência de enfermagem, adaptando esta assistência a cada manifestação que caracteriza as fases em que se encontrar o paciente, segundo LEVY<sup>30</sup>.

## Parte II - Caracterização dos problemas biológicos

Agrupados os problemas biológicos segundo as 12 áreas descritas na metodologia, os resultados serão apresentados com a mesma seqüência anteriormente especificada.

TABELA 8 - Caracterização da condição mental da população estudada, Florianópolis-SC, 1980.

CONDIÇÃO MENTAL	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Letárgico	3	15,8	16	84,2	19	100,0
Astenia	15	79,0	4	21,0	19	100,0

Os dados da Tabela 8 evidenciam que 79,0% da população apresentou astenia, 15,8% letargia. Estes dados estão em consonância com o que relatam BEESON e WALSH<sup>6</sup> que a sensação de fadiga é quase geral nos pacientes com insuficiência renal crônica.

Em relação aos sinais vitais, observou-se que a média da temperatura axilar encontrada foi de 36,3°C, tendo como valor máximo 38,5°C (somente um (1) paciente) e o valor mínimo de 35,0°C identificado em dois pacientes. Observou-se também que nenhum paciente apresentou a mesma temperatura nas três (3) tomadas em que foi realizado, o que vai de encontro ao que refere DUGAS<sup>15</sup>, de que os valores normais dos sinais vitais variam de pessoa a pessoa e dependem do horário em que foi mensurado e da técnica utilizada. Apresenta ainda este autor que, a temperatura normal média é de 36,4°C quando tomada na região axilar o que é semelhante aos resultados encontrados neste estudo.

FORD<sup>19</sup>, BEESON e WALSH<sup>6</sup> relatam que os pacientes urêmicos são sensíveis a infecção bacteriana e podem apresentar elevação da temperatura, o que poderia ter ocorrido com o paciente no qual identificamos 38,5°C de temperatura.

DUGAS<sup>15</sup> relata que os valores normais da pressão arterial em adulto é de 90/60 mmHg a 140/90 mmHg e pode variar dependendo da idade e atividade exercida pelo indivíduo.

\* Para ROBBINS<sup>37</sup> "mais de 80% dos pacientes com IRC apresentam hipertensão em certa fase da doença".

CECIL e LOEB<sup>13</sup> citam a hipertensão como uma complicação que geralmente é encontrada nos pacientes urêmicos e FORD<sup>19</sup> relata que os pacientes com IRC em fase terminal em tratamento de hemodiálise, podem apresentar, hipertensão aguda que pode ser causada pela ansiedade, pelo fato de terem que fazer hemodiálise, e cita também a hipotensão como uma consequência \*



da rápida remoção de líquido do organismo através da hemodiálise.

GETCH e STONER<sup>20</sup> diz que as oscilações ocorridas na pressão arterial são mais importantes do que propriamente os valores absolutos desta. Os autores citam como dentro dos valores normais a escala de 200/120 mmHg para os pacientes com IRC.

Na população estudada o valor máximo encontrado para a Pressão sistólica foi de 220 mmHg e para a Pressão diastólica de 120 mmHg. O valor mínimo identificado para Pressão Sistólica foi de 120 mmHg e para a diastólica 50 mmHg. Somente em 15,5% da população, os valores permaneceram estáveis durante as três visitas, enquanto que em 84,5% apresentaram oscilações nos valores da Pressão arterial. Estas oscilações da Pressão arterial, constituem um parâmetro importante a ser cuidadosamente observado nos pacientes pelo pessoal de enfermagem durante o procedimento da hemodiálise.

DUGAS<sup>15</sup> refere que o pulso normal no adulto varia de 60 a 80 batimentos por minuto.

Somente 10,5% da população estudada apresentou pulso dentro desta faixa de normalidade. Todos os pacientes apresentaram variações do pulso entre uma visita a outra. O valor máximo encontrado foi 125 batimentos por minuto apresentado por 5,3% da população e o valor mínimo encontrado em 5,3% da população foi 60 batimentos por minuto e a média encontrada foi 89 batimentos por minuto. 21,0% da população apresentou pulso arritmico. Este último dado está concordando com o citado por vários autores entre eles FORD<sup>19</sup> GETCH e STONER<sup>20</sup>, BEESON e WALSH<sup>6</sup>

de que os pacientes com IRC podem apresentar arritmias cardíacas devido ao aumento do nível de potássio ou pela hipocalcemia.

Segundo FORD<sup>19</sup> os pacientes com IRC são sensíveis a infecções pulmonares e em vista desta complicações podem apresentar alterações na frequência respiratória. ROBBINS<sup>36</sup> diz que é comum os pacientes urêmicos apresentarem dispnéia, respiração de Cheyne-Stokes ou respiração de Kussmaul. E acrescenta que estes distúrbios geralmente estão relacionados com os transtornos bioquímicos como: acidose ou alcalose.

Segundo DuGAS<sup>15</sup> a maioria das pessoas em condições normais apresenta uma frequência respiratória entre 12 a 18 movimentos por minuto. Na população estudada verificou-se que a frequência respiratória teve variações entre os valores de 16 a 24 movimentos por minutos. Todos os pacientes apresentaram variações de frequência respiratória entre uma visita a outra. Não se identificou os distúrbios citados acima por ROBBINS<sup>36</sup>.

TABELA 9 - Distribuição dos problemas identificados na pele da população estudada. Florianópolis-SC, 1980.

PROBLEMAS DA PELE	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ressecada	17	89,5	2	10,5	19	100,0
Escamosa	8	42,1	11	57,9	19	100,0
Pálida	14	73,7	5	26,3	19	100,0
Prurido	14	73,7	5	26,3	19	100,0
Áspera	15	78,9	4	21,1	19	100,0
Pigmentação	5	26,3	14	73,7	19	100,0
Diminuição do Turgor	3	15,8	16	84,2	19	100,0
Hematomas	1	5,3	18	94,7	19	100,0
Petéquias	2	10,5	17	89,5	19	100,0
Icterícia	1	5,3	18	94,7	19	100,0
Escoriação	1	5,3	18	94,7	19	100,0
Gelo urêmico	1	5,3	18	94,7	19	100,0

Os problemas da pele identificados como mais frequentes foram: pele ressecada com 89,5%, áspera 78,9%, prurido 73,7% e pálida 68,4%. Estes dados vão ao encontro do que referem ANGER e COL.<sup>2</sup>, RAWNSLEY<sup>35</sup>, FORD<sup>19</sup>, WINTROBE e COL.<sup>45</sup>, BEESON e WALSH<sup>6</sup>, CECIL e LOEB,<sup>3</sup> BRUNNER e SUDDART<sup>10</sup> e ROBBINS<sup>36</sup>.

NAKAMAE<sup>34</sup> num estudo com pacientes nefropatas identificou problemas idênticos aos relatados na Tabela 9.

TABELA 10 - Distribuição dos problemas identificados nas unhas da população estudada. Florianópolis-SC, 1980.

PROBLEMAS DAS UNHAS	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Quebradiça	7	36,8	12	63,2	19	100,0
Onduladas	2	10,5	17	89,5	19	100,0
Em vidro de relógio	2	10,5	17	89,5	19	100,0
Curvadas	1	5,3	18	94,7	19	100,0
Manchas brancas	1	5,3	18	94,7	19	100,0

Na tabela acima os dados apresentaram os problemas identificados nas unhas da população estudada, alcançando maior percentual as unhas quebradiças, com 36,8%. Os resultados encontrados vão parcialmente ao encontro do que observou KINT<sup>28</sup>, onde num estudo específico nas unhas dos pacientes com IRC em fase terminal e sob hemodiálise, identificou vários problemas e salientou as unhas quebradiças. Mas as dermatoses, que se apresentaram como um problema comum nos pacientes por ele estudados, não incidiram na população do presente estudo.

Observou-se que para os problemas das unhas onduladas em vidro de relógio os percentuais se equivalem.

TABELA 11 - Distribuição dos problemas identificados na cavidade bucal da população estudada. Florianópolis-SC, 1980.

PROBLEMAS	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Língua saburrosa	13	68,4	6	31,6	19	100,0
Língua com sulcos	5	26,3	14	73,7	19	100,0
Língua lisa	7	36,8	12	63,2	19	100,0
Hálito urêmico	5	26,3	14	73,7	19	100,0
Cárie dentária	16	84,2	3	15,8	19	100,0
Ausência de dentes	9	47,4	10	52,6	19	100,0
Lábios secos	18	94,7	1	5,3	19	100,0
Lábios escamosos	14	73,7	5	26,3	19	100,0
Lábios com sulcos	1	5,3	18	94,7	19	100,0

Referem BEESON e WALSH<sup>6</sup>, GETCH e STONER<sup>20</sup>, problemas na cavidade bucal, como placas brancas, estomatites, cárie dentária, lábios com sulcos e secos. NAKAMAE<sup>34</sup> identificou problemas como: lábios ressecados, língua saburrosa, dentes cariados, lesão da mucosa bucal, halitose e língua com sulcos.

Os dados apresentados na Tabela 11 mostram que os problemas relacionados à cavidade bucal foram equivalentes aos relatados pelos autores, destacando-se como os mais frequentes: língua saburrosa 68,4%, cárie dentária 84,2%, lábios secos 94,4% e lábios escamosos 73,7%.

TABELA 12 - Distribuição dos problemas nos músculos da população estudada. Florianópolis-SC, 1980.

PROBLEMAS	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hipotonia	13	68,4	6	31,6	19	100,0
Atrofia	2	10,5	17	89,5	19	100,0
Câimbras	8	42,1	11	57,9	19	100,0
Dor	2	10,5	17	89,5	19	100,0

Observa-se na Tabela 12, que a hipotonia muscular foi o problema mais freqüente em relação aos músculos, já que 68,4% da população apresentou tal problema. Estes problemas foram também citados por FORD<sup>19</sup> BRUNNER e SUDDART<sup>10</sup>, ROBBINS<sup>36</sup>, BEE SON e WALSH<sup>6</sup>, NAKAMAE<sup>34</sup>, GETCH e STONER<sup>20</sup>. Supõe-se que o fato dos pacientes terem sido examinados durante e após a hemodiálise a hipopotassemia poderia estar relacionada com este problema. O segundo problema mais freqüente foi a câimbra com 42,1%, seguido de dor com 10,5%.

TABELA 13 - Distribuição dos problemas ósteo-articulares da população estudada. Florianópolis-SC, 1980.

PROBLEMAS ÓSTEO-ARTICULARES	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Fratura patológica	1	5,3	18	94,7	19	100,0
Dor nos ossos	6	31,6	13	68,4	19	100,0
Dor nas articulações	6	31,6	13	68,4	19	100,0
Movimentação <u>difícult</u> <u>sa</u> das articulações	3	15,8	16	84,2	19	100,0
Deambulação <u>difícult</u> <u>tosa</u>	3	15,8	16	84,2	19	100,0

Os dados da Tabela 13 indicam que 31,6% da população apresentou dor nos ossos e no mesmo percentual ocorre dor nas articulações. Segundo GETCH e STONER<sup>20</sup>, um dos sintomas mais comuns apresentados pelos pacientes com IRC em fase terminal, relativos ao sistema ósteo-articular, é a dor nos ossos e articulações.

Observa-se ainda nessa Tabela que 15,8% da população de estudo apresentou movimentação difícil das articulações, alcançando este mesmo percentual a deambulação difícil.

TABELA 14 - Distribuição dos problemas relacionados com as condições de alimentação e digestão da população estudada. Florianópolis-SC, 1980.

PROBLEMAS	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Anorexia	9	47,4	10	52,6	19	100,0
Pirose	1	5,3	18	94,7	19	100,0
Náuseas	10	52,6	9	47,4	19	100,0
Vômitos	4	21,1	15	78,9	19	100,0

Na área das condições de alimentação e digestão, os problemas mais freqüentes obtiveram percentual de 52,6% nas náuseas, seguidos de anorexia com 47,4% e vômitos com 21,1%, expressos na tabela 14.

Estes dados vão de encontro ao da literatura onde FORD<sup>19</sup> relata que a anorexia, náuseas e vômitos são comuns em pacientes urêmicos e contribuem para perda de peso e sobretudo para o desequilíbrio hidroeletrólítico.



TABELA 15 - Distribuição dos problemas da população estudada referentes à condição de eliminação. Florianópolis-SC, 1980.

PROBLEMAS DE ELIMINAÇÃO	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Anúria	7	36,8	12	63,2	19	100,0
Oligúria	10	52,6	9	47,4	19	100,0
Poliúria	2	10,5	17	89,5	19	100,0
Diarréia	1	5,3	18	94,7	19	100,0
Expectoração	1	5,3	18	94,7	19	100,0
Amenorréia	8	72,7	3	27,3	11*	100,0

\* O total de 11 refere-se ao total da população feminina.

Na área das condições de eliminações, a oligúria e anúria foram os problemas mais evidenciados num percentual de 52,6% e 36,8% respectivamente.

ROBBINS<sup>36</sup> chama a atenção para o fato de a oligúria e anúria serem mais freqüentes na IRC em fase terminal e que a poliúria é freqüente na fase inicial. Na população de estudo, mesmo tendo sido caracterizada como em fase terminal, foi observada a presença de poliúria em 10,5% dos pacientes.

Relata ROBBINS<sup>36</sup> que "o distúrbio de regulação de volume" poderá ser causa da desidratação ou da "retenção Hidrossalina" resultando em edema. Continua dizendo que a hipoproteine-

mia pode levar a edema generalizado onde o edema periorbitário geralmente é o primeiro sinal. Observou-se ainda, na população do presente estudo que 57,7% apresentou edema localizado e 10,5% edema generalizado.

Esses resultados encontrados parecem-nos relacionados com os dados apresentados na Tabela 15, e com o que refere CECIL e LOEB<sup>13</sup>, de que o edema é freqüentemente encontrado em pacientes com IRC em fase terminal.

Observa-se ainda, na Tabela 15 que 72,7% da população feminina estudada apresentou amenorréia o que, segundo FORD<sup>19</sup>, é um problema bastante freqüente.

TABELA 16 - Distribuição dos problemas considerados sensoriais da população estudada. Florianópolis-SC, 1980.

PROBLEMAS	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Zumbido no ouvido	3	15,8	16	84,2	19	100,0
Turvação na vista	4	21,0	15	79,0	19	100,0
Diminuição de acuidade visual	5	26,3	14	73,7	19	100,0
Cegueira Unilateral	1	5,3	18	94,7	19	100,0

Os problemas encontrados relativos à área sensorial mais freqüentes foram a diminuição da acuidade visual com 26,3%

e 21,0% para turvação na vista.

Segundo GETCH e STONER<sup>20</sup>, com a descalcificação dos ossos, podem ocorrer depósitos de cálcio na córnea e causar distúrbio da visão.

A retinopatia hipertensiva foi observada por WINTROBE e COL.<sup>45</sup>. O mesmo autor cita que os pacientes com IRC em fase terminal podem apresentar problemas relacionados com a audição, como surdez e zumbido, porém, este autor não especifica a causa de tal problema.

TABELA 17 - Distribuição dos problemas da fístula artério venosa da população estudada. Florianópolis-SC, 1980.

PROBLEMAS DA FÍSTULA ARTÉRIO-VENOSA	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sem funcionar	2	10,5	17	89,5	19	100,0
Edema	2	10,5	17	89,5	19	100,0
Hiperemia	2	10,5	17	89,5	19	100,0
Dor	6	31,6	13	68,4	19	100,0
Hematoma	1	5,3	18	94,7	19	100,0

Os problemas encontrados na fístula artério-venosa atingiram pequeno percentual de pacientes, como mostram os dados da Tabela acima. Este resultado poderia, em parte, ser explicado pelo fato de todos os paciente estudados terem fístulas internas, o que segundo GETCH e STONER<sup>20</sup> e HURST<sup>25</sup>, apresen

ta vantagens em relação a fístula externa.

LEVY<sup>30</sup> constatou que, de dezoito (18) pacientes estudados, dezessete (17) apresentaram diminuição da ansiedade e depressão, que eles próprios atribuíram à mudança da fístula artério-venosa externa, "Shunt", para fístula artério-venosa interna.

Parece-nos importante apresentar o que refere ANGER<sup>1</sup> quando afirma que a fístula artério-venosa é um lembrete constante aos pacientes da dependência ao aparelho de hemodiálise e esta dependência pode causar o surgimento ou agravamento de problemas psicossociais.\*

Observou-se ainda a condição hematológica dos pacientes, considerando-se nesta área o hematócrito e o antígeno Austrália. Segundo GETCH e STONER<sup>20</sup>, o hematócrito normal no homem, em estado de saúde, é de 46 a 52% e na mulher 40 a 45%. Nos pacientes com IRC em fase terminal, e que mantêm bom estado nutricional, o hematócrito, geralmente, pode estabilizar em torno de 20 a 30%.

Na população estudada, a taxa de hematócrito teve variações que foram de 14% a 26%, alcançando uma média aritmética de 22%. Estes dados estão portanto concordando com os autores citados acima.

CARRELLA e COL.<sup>12</sup>, numa pesquisa com 53 pacientes, encontrou nove (9) deles com antígeno Austrália positivo ou seja, 16,9%. No nosso estudo, em 19 pacientes encontrou-se 5 pacientes, ou seja, 26,3% com antígeno Austrália positivo.

Parte III - Caracterização dos problemas psicossociais

A exemplo do que foi observado para a apresentação dos problemas biológicos ocorrerá para os problemas psicossociais, adotando-se a mesma linha seguida na metodologia.

TABELA 18 - Distribuição dos problemas referentes a estresse por perda financeira da população estudada. Florianópolis-SC, 1980.

PERDA FINANCEIRA E DE STATUS	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Diminuição da renda familiar	18	94,7	1	5,3	19	100,0
Afastamento do emprego	19	100,0	0	0,0	19	100,0

Os dados da Tabela 18 mostram que 94,7% dos pacientes tiveram redução do poder aquisitivo e 100% foram afastados do emprego.

Observou-se ainda no estudo que 68,4% da população é responsável economicamente por dependentes, e destes, 100% revelaram preocupação com esta responsabilidade.

Segundo os autores ANGER<sup>1</sup>, CUMMINGS<sup>14</sup>, WALSER<sup>43</sup>, a perda da segurança financeira, pelo decréscimo do salário proveniente do afastamento do emprego, é tida como um dos problemas mais sérios entre os pacientes submetidos a hemodiálise,

acrescidos do aumento dos gastos referentes ao tratamento.

MOORE<sup>32</sup> diz que os pacientes podem apresentar regressão pela perda de "status", o que pode ocorrer em virtude de não permanecerem em suas atividades ocupacionais.

Observou-se também que 47,4% da população, além de terem sido afastados do emprego, não têm atividades em casa. E desses, 42,1% responderam que é desagradável para eles esta situação de pessoa desocupada.

EDMUNDS<sup>16</sup> descreve um depoimento de uma paciente cuja profissão era enfermagem. A esta paciente foi dada a oportunidade de trabalhar de dia durante as horas que fosse possível. Declarou que a ocupação lhe restituiu a vida; sentindo-se útil, afastou pensamentos negativos e esqueceu os sérios problemas psicossociais que vinha tendo. Isto poderia servir de exemplo para a equipe de assistência nos Centros de Diálise, no sentido de treinar e incentivar o paciente a desenvolver atividades para que possa se sentir útil na família e na comunidade.

TABELA 19 - Distribuição dos problemas de estresse por medo na população estudada. Florianópolis-SC, 1980.

ESTRESSE POR MEDO	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Medo de morrer	12	63,1	7	36,9	19	100,0
Medo de fazer hemodiálise	4	21,1	15	78,9	19	100,0
Medo de sentir dor	2	10,5	17	89,5	19	100,0
Medo de ficar inválido	2	10,5	17	89,5	19	100,0
Medo do desconhecido	5	26,3	14	73,7	19	100,0

Observa-se na Tabela 19 que 63,1% da população manifestou medo da morte, 26,3% medo do desconhecido e 21,1% medo de fazer hemodiálise. Estes dados estão em consonância com os relatos de SANTOPIETRO<sup>38</sup> e WILKINSON<sup>45</sup> em que afirmam que os pacientes com IRC em fase terminal e em tratamento de hemodiálise geralmente apresentam estresse por medo da morte, e do desconhecido.

ANGER<sup>1</sup> relata que estes pacientes experimentam constantemente medo de morrer, medo de acidentes técnicos durante a hemodiálise ou seja: desconexão dos catéteres, ruptura da membrana dialisadora provocando uma hemorragia, acompanhado de altos níveis de ansiedade, atribuídos à inabilidade das pessoas que prestam os cuidados técnicos. Questionou-se os pacientes a respeito da desconfiança na equipe de Nefrologia, e 26,3% deles, informaram que não confiam na equipe. Este fato parece-nos importante para a equipe que assiste os pacientes nos centros de diálise.

TABELA 20 - Distribuição dos problemas de estresse por falta de informação referente à doença e ao tratamento na população estudada. Florianópolis-SC, 1980.

PROBLEMAS	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Referentes à doença	11	57,9	8	42,1	19	100,0
Referentes ao tratamento	8	42,1	11	57,9	19	100,0
Referentes aos cuidados com a fístula artério-venosa	15	78,9	4	21,1	19	100,0
Referentes à possibilidade de transplante	12	63,2	7	36,8	19	100,0
Referentes às conseqüências da doença	11	57,9	8	42,1	19	100,0
Referente à dieta	6	31,6	13	68,4	19	100,0

Pode-se evidenciar, pelos dados da Tabela 20 que 78,9% da população não tem conhecimentos a respeito dos cuidados com a fístula artério-venosa. E, 63,2% da população não tem informação da possibilidade de transplante renal.

Segundo SANTOPIETRO<sup>38</sup> é de grande importância para recuperação do paciente ensinar o autocuidado ou auto-dialisar-se. Nos Estados Unidos há um grande número de pacientes fazendo hemodiálise a domicílio com ajuda da família. Para chegar a isso, o paciente deve passar por um treinamento de 2 a 3 meses. No Brasil não temos conhecimento de pacientes fazendo este tratamento na sua própria casa.



TABELA 21 - Distribuição dos problemas referentes à dependência da população estudada. Florianópolis-SC, 1980.

DEPENDÊNCIA	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Higiene corporal	2	10,5	17	89,5	19	100,0
Vestir-se	2	10,5	17	89,5	19	100,0
Locomoção	2	10,5	17	89,5	19	100,0
Apoio emocional	12	63,2	7	36,8	19	100,0
Apoio financeiro	(8)	42,1	(11)	57,9	(19)	100,0

Os dados da Tabela 21 mostram que 63,2% da população estudada depende emocionalmente de outra pessoa, 42,1% depende financeiramente. Somente 10,5% da população era dependente quanto aos cuidados corporais e de locomoção.

Pode-se apreender também que 26,4% da população acha desagradável depender de outra pessoa. Para LEVY<sup>30</sup> os pacientes geralmente são dependentes no início do tratamento, ou seja, no período de "Lua-de-mel". O resultado de 26,3% é igual à população em mais de 18 meses de tratamento. Pressupõe-se que, na tentativa de se adaptar à sua doença e ao tratamento, se sintam constrangidos com a dependência e possam estar em conflito de dependência/independência.

Pode-se apreender também que 26,4% da população acha desagradável depender de outra pessoa, o que nos parece comple-

mentar os dados da Tabela 21. Pois, este percentual é equivalente a proporção de população com mais de 18 meses de tratamento o que será discutido na Tabela 29.

TABELA 22 - Distribuição dos problemas referentes a recusa do tratamento e da dieta pela população estudada. Florianópolis-SC, 1980

PROBLEMA	NÃO		SIM		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Observa a dieta	6	31,6	13	68,4	19	100,0
Restringe fluidos	7	36,8	12	63,2	19	100,0
Comparece para hemodiálise	3	15,8	16	84,2	19	100,0

Os dados da Tabela 22 mostram que a recusa à restrição dos fluidos foi encontrada em 36,8% da população estudada. Em seguida vem a recusa à dieta, com percentual de 31,6%, e por último a recusa ao tratamento, com 15,8%.

Segundo LEVY<sup>30</sup> a recusa à dieta e tratamento de hemodiálise podem ser sinais de negação da doença.

Quando questionados se lhes era desagradável seguir a dieta, 44,4% responderam afirmativamente, daí representar uma experiência desagradável para os pacientes serem submetidos a dieta.

Segundo MOORE<sup>32</sup> para muitas pessoas o ato de se alimen

tarem está associado a sentimentos de prazer e segurança. As pessoas que comem estão ansiosas, tensas, ou comem ainda como recompensa de algo realizado. Aos pacientes em hemodiálise, que estão consideravelmente estressados, é negado o conforto de comer como desejariam porque sua condição de doente assim o exige.

GREENBERG e COL.<sup>22</sup> citam a negação como um fator de ajustamento para o paciente submetido a hemodiálise.

TABELA 23 - Distribuição dos problemas que favorecem o não comparecimento sistemático dos pacientes ao tratamento de hemodiálise. Florianópolis-SC, 1980.

PROBLEMAS	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não acha necessário	1	5,3	18	94,7	19	100,0
Não tem condução	1	5,3	18	94,7	19	100,0
Tem medo de fazer hemo diálise	1	5,3	18	94,7	19	100,0
Quer morrer	1	5,3	18	94,7	19	100,0

ANGER<sup>1</sup> refere que pacientes com IRC, submetidos a tratamento de hemodiálise, revelam tendências suicidas, e que geralmente usam a ingestão inadequada de alimentos e bebidas com este objetivo. Refere ainda que os pacientes em hemodiálise temem a possibilidade de acidentes técnicos; como descone -

xão do catéter arterial, rompimento da membrana dialisadora e outros acidentes técnicos que possam ocorrer.

No presente estudo identificou-se um percentual de 5,3% de pacientes que têm medo de fazer hemodiálise e o mesmo percentual dos que possuem tendência suicida o que contribui, conforme relata ANGER<sup>1</sup> para o não comparecimento sistemático ao tratamento.

O paciente que não achou necessário fazer sistematicamente hemodiálise e o paciente que relatou medo de fazer hemodiálise encontravam-se no segundo período de tratamento ou seja, no "período de desencanto". No terceiro período, um paciente referiu não comparecer sistematicamente à hemodiálise à por não ter condução, e um por querer morrer.

TABELA 24 - Distribuição dos problemas da população estudada de correntes de diferenças sentidas. Florianópolis-SC, 1980.

DIFERENÇAS SENTIDAS	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aparência física	16	84,2	3	15,8	19	100,0
Capacidade de trabalho	12	63,2	7	36,8	19	100,0
Relacionamento familiar	6	31,6	13	68,4	19	100,0
Relacionamento com outras pessoas	8	42,1	11	57,9	19	100,0
Capacidade de recreação	14	73,7	5	26,3	19	100,0

55

As diferenças sentidas pela população estudada alcançaram maior percentual em relação à aparência física, com 84,2%, capacidade de recreação, com 73,7%, e capacidade de trabalho, com 63,2%. Para ANGER<sup>1</sup>, CUMMINS<sup>14</sup> e SANTOPIETRO<sup>38</sup> as diferenças no aspecto físico favorecem o surgimento de problemas relativos a alterações na imagem corporal e no autoconceito. \*

As diferenças sentidas em relação à capacidade de trabalho, de modo abrangente, foram discutidas no conteúdo da Tabela 18.

Para SANTOPIETRO<sup>38</sup> a necessidade de comunicação dos pacientes com IRC e sob hemodiálise está ameaçada, pelo fato de terem que passar grande parte do tempo no Centro de Hemodiálise e de as condições físicas não permitirem as recreações habituais. E se relacionarmos o fato de que 26,3% da população estudada ter referido não confiar na Equipe de Nefrologia, como relata o autor, a comunicação desses pacientes, muito embora não tenha sido objeto deste estudo, pode estar comprometida a ser um fator importante para o planejamento da assistência de enfermagem.

TABELA 25 - Distribuição dos sentimentos que a população estudada tem tido em relação à doença e à hemodiálise. Florianópolis-SC, 1980.

SENTIMENTOS	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tristeza	13	68,4	6	31,6	19	100,0
Abandono	3	15,8	16	84,2	19	100,0
Sem esperança de ficar bom	1	5,3	18	94,7	19	100,0
Raiva de tudo e todos	1	5,3	18	94,7	19	100,0

ANGER<sup>1</sup> e LEVY<sup>30</sup>, citam sintomas manifestados pelos pacientes com IRC em fase terminal, submetidos a hemodiálise, como depressão, que se exterioriza sob a forma de prostração, com sensação de estar abandonado e de tristeza e também de sentimentos de desesperança.

Resultados equivalentes foram encontrados neste estudo onde o sentimento que alcançou maior percentual foi a tristeza, seguida a sensação de abandono, com 31,6% e 15,8%, respectivamente.

Procurou-se apreender se os pacientes tomavam medicação para dormir e obteve-se um percentual de 47,4% de resposta afirmativa, e parece que a necessidade da droga poderia ter relação com os sentimentos apresentados.

TABELA 26 - Distribuição dos problemas referentes a estresse por perda financeira - ra de status, segundo o tempo de tratamento. Florianópolis-SC, 1980.

TEMPO DE TRATAMENTO	menos de 6 meses				6 - 18 meses				18 e mais meses									
	NÃO		TOTAL		SIM		NÃO		TOTAL		SIM		NÃO		TOTAL			
	NC	%	NC	%	NC	%	NC	%	NC	%	NC	%	NC	%	NC	%		
PROBLEMAS																		
Diminuição da renda familiar	7	100,0	-	-	7	100,0	7	100,0	-	-	7	100,0	4	80,0	1	20,0	5	100,0
Afastamento de em - prego	7	100,0	-	-	7	100,0	7	100,0	-	-	7	100,0	5	100,0	-	-	5	100,0

4

Observa-se na Tabela 26 que os dados em relação à diminuição da renda e afastamento do emprego vão ao encontro do que foi apresentado e discutido através da Tabela 18. Somente um paciente, que não havia tido diminuição da renda familiar, fazia hemodiálise há mais de 18 meses. Os dados desta Tabela , parecem afirmar que a situação dos pacientes com IRC, em fase terminal, é equivalente em todas as etapas que LEVY<sup>30</sup> caracteriza. Parece assim, que o problema econômico é equivalente em todas as fases, pois está relacionado ao tipo de ocupação dos pacientes (apresentado na Tabela 18) que poderia ser relacionados a tendência social de rejeitar estes pacientes do sistema produtivo, limitando ainda mais a sua capacidade para o trabalho o que causaria ou ampliaria os estresses comuns nessa população.



TABELA 27 - Distribuição dos problemas de estresse por medo segundo o tempo de tratamento: Florianópolis-SC, 1980.

TEMPO DE TRATAMENTO PROBLEMAS	menos de 6 meses						6 - 18 meses						18 e mais meses					
	SIM		NÃO		TOTAL		SIM		NÃO		TOTAL		SIM		NÃO		TOTAL	
	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
Medo de morrer	3	42,8	4	57,2	7	100,0	4	57,2	3	42,8	7	100,0	5	100,0	-	-	5	100,0
Medo de fazer hemo- diálise	3	42,8	4	57,2	7	100,0	-	-	7	100,0	7	100,0	1	20,0	4	80,0	5	100,0
Medo de sentir dor	1	14,2	6	85,8	7	100,0	-	-	7	100,0	7	100,0	1	20,0	4	80,0	5	100,0
Medo de ficar inválido	1	14,2	6	85,8	7	100,0	-	-	7	100,0	7	100,0	1	20,0	4	80,0	5	100,0
Medo do desconhecido	5	71,4	2	28,6	7	100,0	-	-	7	100,0	7	100,0	-	-	5	100,0	5	100,0

O medo de morrer conforme se observa nos dados da Tabela 27, alcançou a maior porcentagem à medida que aumentava o tempo de tratamento, a exemplo dos percentuais obtidos para o primeiro, segundo e terceiro grupo, como 42,8%, 57,2% e 100,0%, respectivamente.

O fato de 100,0% dos pacientes apresentaram medo de morrer pode ser explicado pelo o que relata BECKER<sup>5</sup> quando diz que o medo da morte é uma condição inerente a natureza humana, e também pela própria condição de doente crônico cuja doença é de evolução progressiva. Por outro lado, podemos observar que os pacientes não alcançaram a fase de adaptação uma vez que os problemas presentes na primeira e segunda fase continuaram na terceira fase. Isto indica a provável falta de apoio situacional.

Segundo LEVY<sup>30</sup> os pacientes no período de adaptação a longo prazo, ou seja, com 18 meses e mais de tratamento, geralmente apresentam melhora física e emocional, isto, quando conseguem passar da segunda para a terceira fase.

TABELA 28 - Distribuição dos problemas de estresse por falta de informação referente à doença e ao tratamento segundo o tempo de tratamento. Florianópolis-SC, 1980.

TEMPO DE TRATAMENTO	menos de 6 meses				6 - 18 meses				18 e mais meses									
	SIM		NÃO		SIM		NÃO		SIM		NÃO		TOTAL					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
PROBLEMAS Referentes à doença	5	71,4	2	28,6	7	100,0	4	57,2	3	42,9	7	100,0	2	40,0	3	60,0	5	100,0
Referentes ao tratamento	3	42,9	4	57,1	7	100,0	4	57,2	3	42,9	7	100,0	1	20,0	4	80,0	5	100,0
Referentes ao cuidado com a fístula artério venosa	7	100,0	-	-	7	100,0	5	71,4	2	28,4	7	100,0	3	60,0	2	40,0	5	100,0
Referentes a possibilidades de transplantes	4	57,2	3	42,8	7	100,0	5	71,4	2	28,4	7	100,0	3	60,0	2	40,0	5	100,0
Referentes às consequências	5	71,4	2	28,6	7	100,0	4	57,2	3	42,9	7	100,0	2	40,0	3	60,0	5	100,0
Referentes à dieta	2	28,6	5	71,4	7	100,0	2	28,6	5	71,4	7	100,0	2	40,0	3	60,0	5	100,0

Observa-se na Tabela 28 que, quanto menor o tempo de tratamento, maior a proporção de pacientes que apresentavam problemas referentes à informação acerca da doença, o mesmo não ocorrendo em relação ao tratamento, pois a maior proporção de pacientes com problemas foi no grupo do segundo período com 57,1%. Com referência aos cuidados com a fístula artério-venosa, os resultados encontrados sugerem que a população de pacientes com problemas vai diminuindo à medida que o tempo de tratamento aumenta, assim como, os problemas relativos a informações sobre as conseqüências da doenças também vão diminuindo de um período para o outro. Mas o percentual de pacientes, com problemas referentes à informação acerca de possibilidade de transplante, aumentou do primeiro para o segundo período e reduziu no terceiro, enquanto que para as informações relativas à dieta, permanece com o mesmo percentual no primeiro e segundo períodos, e aumenta no terceiro.

Estes resultados parecem demonstrar a pouca relação assistencial que o Centro de Hemodialise mantém que os pacientes, pois a expectativa teórica seria de que, quanto maior o tempo de tratamento, menores fossem as percentagens de problemas de falta de informação do paciente, o que não acontece para todas as áreas consideradas, a exemplo dos problemas relativos à informação de dieta, que aumentou quando os pacientes se encontravam no terceiro período. Também ocorreram divergências na expectativa teórica e a observada, nos problemas referentes às informações sobre o tratamento e possibilidade de transplante renal.

Refletem ainda estes resultados a possibilidade de

que estes pacientes sejam atendidos somente quanto ao aspecto físico, sem que as necessidades globais sejam consideradas. E uma vez que a Enfermagem se propõe a assistir o ser humano nas necessidades bio-psico-sociais, segundo HORTA<sup>23</sup>, e que no campo da prática, é o pessoal de Enfermagem que permanece mais tempo com o paciente, a ele caberia participação mais efetiva no atendimento do paciente.

TABELA 29 - Distribuição dos problemas referentes à dependência segundo o tempo de tratamento. Florianópolis-SC, 1980.

TEPO DE TRATAMENTO PROBLEMAS	menos de 6 meses						6 - 18 meses						18 e mais meses					
	SIM		NÃO		TOTAL		SIM		NÃO		TOTAL		SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Higiene corporal	-	-	7	100,0	7	100,0	1	14,3	6	85,7	7	100,0	1	20,0	4	80,0	5	100,0
Vestir-se	-	-	7	100,0	7	100,0	1	14,3	6	85,7	7	100,0	1	20,0	4	80,0	5	100,0
Locomoção	-	-	7	100,0	7	100,0	1	14,3	6	85,7	7	100,0	1	20,0	4	80,0	5	100,0
Apoio emocional	3	42,8	4	57,2	7	100,0	5	71,4	2	28,6	7	100,0	4	80,0	1	20,0	5	100,0
Apoio financeiro	2	28,6	5	71,4	7	100,0	3	42,9	4	57,1	7	100,0	3	60,0	2	40,0	5	100,0

Dos pacientes do primeiro grupo, 42,8% dependiam emocionalmente de outras pessoas, e esta proporção aumentou à medida que aumentou o tempo de tratamento. Para LEVY<sup>30</sup>, no primeiro período, os pacientes aceitam a dependência facilmente e, no segundo grupo, eles entram em conflito de dependência/independência.

Considerando-se que a dependência foi analisada através dos dados da Tabela 21 em termos de higiene, locomoção e vestuário, parece-nos bastante interessante o fato de que os pacientes no primeiro período não apresentam problemas de dependência nesta área, passando a apresentá-los de forma proporcional e equivalente no segundo e terceiro períodos.

Quanto ao apoio emocional e financeiro é observado desde o primeiro período e aumenta gradativamente até o terceiro período.

TABELA 30 - Distribuição dos problemas referentes à recusa de tratamento e da dieta segundo o tempo de tratamento. Florianópolis-SC, 1980.

PROBLEMAS	menos de 6 meses						6 - 18 meses						18 e mais meses					
	SIM		NÃO		TOTAL		SIM		NÃO		TOTAL		SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não observa a dieta	2	28,6	5	71,4	7	100,0	2	28,6	5	71,4	7	100,0	2	40,0	3	60,0	5	100,0
Não restringe os fluidos	2	28,6	5	71,4	7	100,0	2	28,6	5	71,4	7	100,0	3	60,0	2	40,0	5	100,0
Não comparece sistematicamente à hemodiálise	-	-	7	100,0	7	100,0	2	28,6	5	71,4	7	100,0	1	20,0	4	80,0	5	100,0



Do grupo de pacientes com menos de seis meses de tratamento, 28,6% não observam a dieta, segundo dados da Tabela 30. O mesmo ocorre com os pacientes com tempo de tratamento entre 6 a 18 meses. Para os pacientes com mais de 18 meses de tratamento, 40,0% deles não observam a dieta. Os dados da tabela 30 revelam os mesmos valores para restrição de fluídos, com exceção do grupo de pacientes com mais de 18 meses de tratamento, que ocorrer em 60,0%. Com referência às faltas ao tratamento de hemodiálise, 28,6% do grupo de 6 a 18 meses de tratamento faltaram à hemodiálise, e 20,0% do grupo de mais de 18 meses de tratamento. Estes dados estão de acordo com os achados de LEVY<sup>30</sup> que cita a negação muito encontrada e cuja manifestação pode ser a recusa da dieta e do tratamento, bem como a intenção suicida.

TABELA 31 - Distribuição dos problemas decorrentes de diferenças sentidas, segundo o tempo de tratamento. Florianópolis-SC, 1980.

TEMPO DE TRATAMENTO DIFERENÇAS SENTIDAS	menos de 6 meses						6   18 meses						18 e mais meses					
	SIM		NÃO		TOTAL		SIM		NÃO		TOTAL		SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aparência física	7	100,0	-	-	7	100,0	5	71,4	2	28,6	7	100,0	4	80,0	1	20,0	5	100,0
Capacidade de trabalho	4	57,2	3	42,8	7	100,0	5	71,4	2	28,6	7	100,0	3	60,0	2	40,0	5	100,0
Relacionamento familiar	1	14,3	6	85,7	7	100,0	3	42,9	4	57,1	7	100,0	2	40,0	3	60,0	5	100,0
Relacionamento com outras pessoas	3	42,9	4	57,1	7	100,0	4	57,2	3	42,8	7	100,0	1	20,0	4	80,0	5	100,0
Capacidade de recreação	3	42,9	4	57,1	7	100,0	7	100,0	-	-	7	100,0	4	80,0	1	20,0	5	100,0

Observa-se na Tabela 31 que as diferenças sentidas na aparência física foram evidenciadas no grupo de pacientes com menos de 6 meses de tratamento, com um percentual de 100,0%, seguindo com 80,0% os pacientes com mais de 18 meses de tratamento. O grupo com 6 a 18 meses de tratamento apresentou este problema no percentual de 71,4%. Conforme estes dados parece não ter havido adaptação gradativa, houve um acréscimo do 1º para o 2º, de 57,1% para 71,4%, e um decréscimo para 40,0% no terceiro grupo. Quanto ao relacionamento familiar houve uma percentagem de 14,2% no primeiro grupo, 42,8% no segundo grupo, sendo que no terceiro grupo decresce para 40,0%. O relacionamento com outras pessoas também aumentou de 42,8% no primeiro grupo para 57,2% no segundo grupo e diminuiu para 20,0% no terceiro grupo. Quanto à capacidade de recreação, igualmente houve um aumento do primeiro para o segundo grupo, e diminuição dos problemas no terceiro grupo, que foram 42,8%, 100,0%, 80,0%, respectivamente. Parece que esses dados concordam com os achados de LEVY<sup>30</sup>, quando conclui no seu estudo que a menor parte dos pacientes, ao iniciar o tratamento de hemodiálise, passam por três períodos característicos, e que o segundo estágio seria caracterizado como sendo o período no qual os pacientes apresentam mais problemas.

TABELA 32 - Distribuição dos sentimentos que a população estudada tem tido em relação a doença e hemodiálise, segundo o tempo de tratamento. Florianópolis-SC, 1980.

TEMPO DE TRATAMENTO SENTIMENTOS	Menos de 6 meses						6 - 18 meses						18 meses e mais					
	SIM		NÃO		TOTAL		SIM		NÃO		TOTAL		SIM		NÃO		TOTAL	
	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
de tristeza	4	57,2	3	42,8	7	100,0	5	71,4	2	28,6	7	100,0	4	80,0	1	20,0	5	100,0
de abandono	1	14,3	6	85,7	7	100,0	1	14,3	6	85,7	7	100,0	1	20,0	4	80,0	5	100,0
sem esperança de ficar bom	-	-	7	100,0	7	100,0	-	-	7	100,0	7	100,0	1	20,0	4	80,0	5	100,0
Raiva de tudo e de todos	-	-	7	100,0	7	100,0	-	-	7	100,0	7	100,0	1	20,0	4	80,0	5	100,0

Os dados da Tabela 32 mostram que os sentimentos de tristeza foram aumentando progressivamente, desde o primeiro ao último período de tratamento, com percentuais de 57,2%, 71,4% e 80,0%, respectivamente. O sentimento de abandono permanece o mesmo nos dois primeiros períodos, 14,3%, e no terceiro período aumentou para 20,0%. "Sem esperança de ficar bom" ocorreu no terceiro período, em 80% destes pacientes. O mesmo ocorreu com a "raiva de tudo e de todos". Estes dados parecem nos revelar que as tensões foram aumentando gradativamente e não houve passagem para o período de adaptação, conforme pesquisa de LEVI<sup>30</sup>.

Segundo ANGER e LEVY<sup>2</sup> a presença de sentimentos de desesperança surgem ou aumentam com a evolução da doença observando-se isto na população estudada, enquanto a "não esperança de ficar bom" aparece no terceiro grupo em 20% dos pacientes.

## 5 - CONCLUSÕES

Tendo em vista os resultados obtidos e frente aos objetivos propostos, as conclusões serão apresentadas segundo a divisão adotada na metodologia.

### 5.1. Caracterização demográfica e sócio-econômica

5.1.1. Do total da população estudada, 42,1% pertencia ao sexo masculino e 52,1% ao sexo feminino e destes a maior proporção (52,6%) eram casados.

5.1.2. A condição sócio-econômica não é privilegiada, uma vez que 57,8% da população atingiu escolaridade a nível primário completo/imcompleto, 36,8% da população tem ocupações manuais não especializadas, 73,6% tem renda per capita dos elementos da família inferior e um (1) salário mínimo.

5.1.3. Em relação ao tempo de tratamento, 73,6% tinha menos de 18 meses e somente 26,6% tinha tempo superior a esse; o principal diagnóstico identificado nesta população foi a glomerulonefrite

crônica com um percentual de 68,4%.

## 5.2. Caracterização dos problemas biológicos

- 5.2.1. Na área I, o principal problema observado foi a astenia, seguido da letargia.
- 5.2.2. Na área II, observou-se oscilações dos sinais vitais (Temperatura, Pulso, Respiração e Pressão Arterial), nos três momentos em que os mesmos foram mensurados.
- 5.2.3. Os principais problemas identificados na área III, relativos à pele foram: pele ressecada, áspera com prurido e pálida, e em relação às unhas, a maior proporção identificada foi de unhas quebradiças.
- 5.2.4. Na área IV, os problemas que apareceram com mais frequência foram: lábios secos, escamosos, cárie dentária e língua saburrosa.
- 5.2.5. Na área V, os problemas mais frequentes nos músculos foram hipotonia e câimbras.
- 5.2.6. Na área VI, dos problemas ósteo-articulares, a dor foi mais frequente.
- 5.2.7. Na área VII, nas condições de alimentação e digestão, 52,6% apresentaram náuseas, seguidas de anorexia e vômitos.
- 5.2.8. Na área VIII, o edema localizado e generalizado

foi identificado em 57,7%, 10,5%, respectivamente.

5.2.9. Na área IX, dos problemas de eliminação, a oligúria foi evidenciada em maior número de pacientes, seguindo a anúria e, na população feminina, a amenorréia incidiu em mais de 50,0%.

5.2.10. Na área X, o problema mais freqüente foi a diminuição da acuidade visual, turvação da vista e zumbido no ouvido.

5.2.11. Na área XI, o problema mais freqüente foi a dor na fístula artério-venosa.

5.2.12. Na área XII, o hematócrito médio foi de 21,8% e o valor máximo alcançado foi de 26,0%. Nesta área, considerada hematológica, destaca-se como de fundamental importância o fato de que 26,3% dos pacientes apresentaram Antígeno Australia positivo.

### 5.3. Caracterização dos problemas psicossociais

5.3.1. A diminuição da renda familiar e o afastamento do emprego atingiu acerca de 100% da população estudada e independeu do tempo de tratamento a que o paciente se submetia.

5.3.2. O medo de fazer hemodiálise foi freqüente em 21,1% dos pacientes e alcançou maior proporção nos primeiros seis (6) meses de tratamento. O medo do desconhecido atingiu 26,3% dos pacien-



tes, os quais se encontravam nos primeiros seis (6) meses de tratamento.

- 5.3.3. A maior proporção de pacientes apresentou problemas referentes à falta de informação acerca dos cuidados da fístula artério venosa, da possibilidade de transplante, da doença em si e suas conseqüências. Os problemas de informação a respeito do tratamento de hemodiálise e dieta não diminuíram com o aumento do tempo de tratamento.
- 5.3.4. A dependência emocional foi identificada como problema em 62,4% dos pacientes, e 42,1% de dependência de apoio financeiro. Tanto para o apoio emocional como para o apoio financeiro, à medida que aumentou o tempo de tratamento, o percentual de pacientes com dependência a apoio emocional e financeiro também aumentou.
- 5.3.5. Cerca de 30,0% dos pacientes apresentaram problemas de não observarem a dieta além de não realizarem a restrição de fluídos. Em relação ao tempo de tratamento, a maior proporção de pacientes com este tipo de problema tinha 18 e mais meses de tratamento de hemodiálise.
- 5.3.6. Os pacientes que apresentaram problemas do não comparecimento sistemático ao tratamento de hemodiálise, tiveram proporção equivalente a 5,3% com os seguintes tipos de problemas: por

não acharem necessário, não terem condução, terem medo de fazer hemodiálise e por desejar morrer. O desejo da morte foi edentificado no paciente do terceiro grupo e o medo de fazer hemodiálise evidenciado num paciente do segundo grupo.

5.3.7. As diferenças sentidas que atingiram maior percentual da população estudada relativa à aparência física, capacidade de recreação e capacidade de trabalho, com 84,2%, 78,9% e 63,3%, respectivamente. As diferenças da aparência física atingiram maior percentual no primeiro grupo em relação ao tempo de tratamento. A capacidade de recreação e de trabalho também apresentaram diferenças em função do tempo de tratamento.

5.3.8. O medo de morrer foi expresso por cerca de 60,0% da população estudada, e aumentou proporcionalmente à medida que aumentou o tempo de tratamento. Inicialmente este fato atingiu 42,8% dos pacientes do primeiro período e 100% nos pacientes do terceiro período.

5.3.9. Os sentimentos que atingiram maior número de pacientes foram tristeza e abandono, e a tristeza aumentou proporcionalmente à duração do tratamento.

5.3.10. 47,4% dos pacientes informaram ter tomado drogas para dormir.

## 6 - PROPOSIÇÕES

Com base nos resultados obtidos, e considerando a importância do tema recomenda-se que:

- 6.1. Estudos desta natureza sejam realizados por Equipe Multiprofissional a fim de que os problemas bio-psico-sociais sejam estudados em sua multicausalidade.
- 6.2. A assistência global a estes pacientes seja planejada, executada e avaliada, por Equipe Multiprofissional.
- 6.3. A assistência de Enfermagem seja prestada, considerando as necessidades dos pacientes em função do tempo de tratamento e que esta assistência inclua o treinamento sistemático e progressivo destes pacientes.

## 7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANGER, Diane. The psychologic stress of Chronic renal failure and long-term hemodialysis. Nursing Clinics of North America, Philadelphia, 10(3):449-60, sep. 1975.
2. ANGER, Diane et alii. Dialysis ambivalence; a matter of life and death. American Journal of Nursing, New York, 76(2):276-7, Feb. 1976.
3. BAGON, Brun. Ostéodystrophie and calcinose in chronic Renal failure treated by repeatel hemodialysis. Journal of Radiologie eletrologie et de Médecine Nucleaire, Paris, 55(3):35-9, avr. 1974.
4. BAILLOD, Rosemarie A. Treatment of renal failure - hobson's choice. Nursing Times, London, 69(28):830-2, June. 1973.
5. BECKER, Ernest. O terror da morte. In: \_\_\_\_\_. A negação da morte. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1976. Cap. 2, p. 29-43.
6. BEESON, Paul & WALSH, Mc Dermott. Insuficiência Renal Crônica. In: \_\_\_\_\_. Tratado de medicina interna. 14 ed. Mé-

- xico, Interamericana, 1977. p. 1386-405.
7. BELAND, Irene L. & PASSOS, Joyce. Enfermagem clínica: aspectos fisiopatológicos e psicossociais. São Paulo, Ed. USP, 1978. v.1, p. 382-402.
  8. BEVILACQUA, Fernando. Manual do exame clínico. 4. ed. Rio de Janeiro, Cultural Médico, 1977. 528 p.
  9. BOMMER, Ritz et alii. Sexual behavior hemodialyzed patients. Clinical Nephrology, Munick, 6(1):315-8, july, 1976.
  10. BRUNER, Lillian Sholtes & SUDDART, Doris Smith. Enfermagem médico-cirúrgica. 3. ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1977. p. 688-772.
  11. CAPLAN, Gerald. Princípio de psiquiatria preventiva. Rio de Janeiro, Zahar, 1980. p. 53-68.
  12. CARRELLA, Mariel et alii. Detection of Australia antigen in 53 patients during periodic dialysis treatment and in staff members of a dialysis unit. Minerva Médica, Torino, 8(64):276-80, Mar. 1973.
  13. CECIL, Buassil L. & LOEB, Robert F. Enfermidades de los Ríones. In: \_\_\_\_\_. Tratado de medicina interna. 10. ed. México, Interamericana, 1960. v.2, p. 997-1001.
  14. CUMMINGS, Jocy W. Hemodialysis-fellings facts fantasies, the pressures and how patients respond. American Journal of Nursing, New York, 70(1):70-6, Jan. 1970.
  15. DuGAS, Beverly Witter. Enfermerie pratica. 3. ed. Rio de

Janeiro, Interamericana, 1977. 526 p.

16. EDMUNDS, Cristine. Hemodialysis, a social and psychological problem? Nursing Times, London, 66(26): 1150-1. sept. 1970.
17. FARIA, Eliana Marília. Óbitos em menores de 5 anos ocorridos em famílias residentes no bairro da Costeira do Pirajubaê, município de Florianópolis, 1979. Florianópolis, UFSC, 1980. 64 f. /Dissertação de Mestrado/.
18. FINKELSTEIN, Frederico O. et. alii. Assessment of marital relationships of hemodialysis patients. The American Journal of the Medical Sciences, Thorofare, 271(1):21-8, Jan/Feb. 1976.
19. FORD, Lynda. A question of balance: the effects of chronic Renal failure and long-term dialysis. Canadian Nurse, Ottawa, 73(3):19-24, Mar. 1977.
20. GETCH, Cathia F. & STONER, Martha H. Review of hemodialysis for nurses and dialysis personnel. Saint Louis, The C.V. Mosley, June, 1971. 181 p.
21. GOLDSMITH, Harmann J. Viral hepatitis in dialysis units. Nephron, Basel (12):355-67, 1974.
22. GREENBERG, Irvin M. et alii. Factors of adjustment in chronic hemodialysis patients. Psychosomatic Medicine, New York, 16(4):178-84, 1974.
23. HORTA, Wanda de Aguiar. Necessidades humanas básicas: considerações gerais. Enfermagem em Novas Dimensões, São Pau

lo, 1(5):266-8, 1975.

24. \_\_\_\_\_ . Observação sistematizada na identificação dos problemas de enfermagem em seus aspectos físicos. São Paulo, USP, 1968. 45 f. /Tese de livre docência/.
25. HURST, Christine A. Treatment of renal disease; shunt and fistula care. Nursing Times, London, 68(28):14-6, Sept. 1972.
26. JENNRICH, Judith A. Same aspects of nursing care for patients on hemodialysis. Heart and lung, Chicago, 4(6): 885-9, Nov/Dec. 1975.
27. KAMIYAMA; Yoriko. Assistência Centrada na identidade social. São Paulo, USP, 1975. 153 f. /Tese de livre docência/.
28. KINT, A. Skin and nail disorders in relation to chronic renal failure. Acta Dermato Venereologica, Stockolm , 54(8):137-140, 1974.
29. LARGE, Beryl. Treatment of renal disease, hoemodialysis. Nursing Times, London, 68(12):1086-64, Oct. 1972.
30. LEVY, N. Psychological studies at the Downstate Medical Center of patients on hemodialysis. Medical Clins of North America 61(4):759-69, jul. 1977.
31. MASON, Mildred A. El paciente con enfermedad del aparato urinário. In: \_\_\_\_\_. Enfermeria médico-quirurgica. 3. ed. México. Interamericana, 1974. p.333-42.

32. MOORE, Gordon L. Psychiatric aspects of cronic renal di -  
sease. Post Graduate Medical Journal, Oxford, 60(5):  
140-6, Nov. 1976.
33. MURRAY, Ruth & SENTER, Judith. Nursing concetpts for health  
promotion. New jersey, Prentice-Hall, 1975. 383 p.
34. NAKAMAE, D.O. Identificação dos problemas de enfermagem em  
pacientes nefropatas nos seus aspectos físicos. Revis -  
ta da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 9(3):24-  
52, 1975.
35. RAWNSLEY, Patrícia A. Haemodialysis: the social problem.  
The journal of Practical Nursing, Philadelphia, 66(8):  
780-5, june, 1970.
36. ROBBINS, Stanley L. Insuficiência renal. In: \_\_\_\_\_. Patolo -  
gia estrutural e funcional. Rio de Janeiro, Interameri -  
cana, 1975. p. 977-9.
37. SABAGA, Emil & VASCONCELOS, Eleônidas. Insuficiência renal  
aguda. São Paulo, Savier, 1970. v. 4, p. 94-138.
38. SANTOPIETRO, Mary-Charles. Meeting the emotional needs of  
hemodialysis patients and their spouses. American jour -  
nal of Nursing, New York, 75(4):629-32, Apr. 1975.
39. SHORT, M. et alii. Psychiatric considerations for center  
and home hemodialysis. Southern Medical Journal, Bir -  
minghamal, 62 ( ):1476-9, Dec. 1969.
40. STENZEL, Kurt H. et alii. End-stage kidney disease current  
concepts in care. The journal of Practical Nursing, Phi



Philadelphia, 26(2):16-22, Feb. 1976.

41. SOUZA, Maria de Lourdes. Alguns aspectos da assistência pré-natal em Florianópolis, SC. São Paulo, USP, 1978. 79 p. /Dissertação de Mestrado/.
42. TRAUCH, Rahouser G. et. alii. Measurement problems in long-term dialysis patients. Journal of psychosomatic Research, Oxford, 21(1):49-55, 1977.
43. WALSER, Dianne. Behavioral effects of dialysis. The Canadian Nurse, Ottawa, 70(8):23-5, May. 1974.
44. WILKINSON, Patrícia M. Nursing in a limited care hemodialysis facility. Nursing Clinics of North America, Philadelphia, 10(3):491-502, sep. 1975.
45. WINTROBE, Maxwell M. et alii. Insuficiência renal crônica, fisiopatologia, manifestações clínicas e tratamento. In: \_\_\_\_\_. Arrison Medicina Interna. 7. ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1977. T. 2. p. 1258-67.

## 8 - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. AMORIM, Maria José Aurélio Barbosa. Histórico de Enfermagem e sua aplicação no Hospital Ana Nery. Enfermagem em Novas Dimensões, São Paulo, 5(3): 123-8, 1979.
2. ARGYLE, Michael. O eu e a interação. In: \_\_\_\_\_. A interação social: Relações interpessoais e comportamento social. Rio de Janeiro, Zahar, 1979. p. 421-64.
3. BERK, James L. et. alii. Manual de terapia intensiva. São Paulo, Manole, 1979. 245 p.
4. CARVALHO, Vilma. O princípio de investigação e o processo da observação sistematizada na enfermagem; simpósio. Revista Brasileira de Enfermagem, Rio de Janeiro, 24(5):46-54, 1971.
5. CERVO, Amado Luiz & BERVIAN, Pedro Alcino. Metodologia Científica. São Paulo, Mc Graw-Hill do Brasil, 1976. p.156.
6. CIACIARULLO, Tamara. Histórico de enfermagem: utilização em pacientes hospitalizados. Enfermagem em Novas Dimensões ,

São Paulo, 2(3):62-3, 1976.

7. \_\_\_\_\_. O histórico de enfermagem no contexto do processo de enfermagem. Enfermagem em Novas Dimensões, São Paulo, 2(4):187-9, 1976.
8. SADI, Agiz. Patologia urogenital. São Paulo, Edart, 1975. v.2, 156 p.
9. SANA, Josephine & RICHARD, D. Judge. Métodos para el examen físico en la practica de enfermerie. Colombia, Carnajal, 1975. 434 p.
10. SHEFFER, E. Do-it Yourself dialysis. Nursing Times, Londres, 69(10):29-32, jul. 1973.
11. SILVA, M. Pereira da. Cuidados de enfermagem nos pacientes com "shunt" e fístula artério-venosa. Enfermagem em Novas Dimensões, São Paulo, 2(5):290-4, 1976.
12. TELES, A Xavier. Psicologia moderna. 6. ed. São Paulo, Ática, 1970. 328 p.
13. TREECE, Eleonor Walters & TREECE, James William. Elements of research in nursing. 6. ed. Saint Louis, Mosby, 1977. p. 349.
14. VERHONICK, Phillis J. Métodos de estudios descriptivos em enfermeria. Washington, OPAS/OMS, 1971. 89 p.
15. MOHANA, João. O mundo e eu. 5. ed. Rio de Janeiro, Agir, 1973. 246 p.
16. NAKAMAE, Djair & KOIZUME, Maria Sumie. Exame clínico de en-

- fermagem: condições físicas. Enfermagem em Novas Dimensões, São Paulo, 5(1):10-22, 1979.
17. ORO, Inez Maria. Doente Grave e família; percepção de seus problemas. Florianópolis, UFSC, 1979. 80 f. /Dissertação de Mestrado/.
18. ORIAL, Edit. End-stage kidney program eliminates ethical dilemma. The Journal of Practical Nursing, Philadelphia, 26(3):563-72, mar. 1976.
19. PAIM, Lígia. Quantitativos e qualitativos do cuidado de enfermagem. João Pessoa, Ed. Universitária, 1979. /Teses de docência livre apresentada à área de enfermagem fundamental da UFRJ/.
20. HORTA, Wanda de Aguiar. O processo de enfermagem: fundamentação e aplicação. Enfermagem em Novas Dimensões, São Paulo, 1(1):10-6, 1975.
21. \_\_\_\_\_. O histórico de enfermagem simplificado. Enfermagem em Novas Dimensões, São Paulo, 2(3):131-8, 1976.
22. JACOB, Stanley W. & FLANCONE, Clarice Ashworth. Anatomia e fisiologia humana. 3. ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1976. p. 458-75.
23. KOZZUME, Maria Sumie. O atendimento da enfermeira em relação à necessidade de auto-imagem. Enfermagem em Novas Dimensões, São Paulo, 1(2):69-74, 1975.
24. KRON, Thora. Manual de enfermagem. Rio de Janeiro, Interamericana, 1978. 251 p.

25. VIEIRA, Terezinha Teixeira. Importância da imagem corporal na prática de enfermagem. Rio de Janeiro, UFRJ, 1976. 98 f. /Tese de docência livre/.
26. CLELLAN, M.S. & MCCLWLLAN, M.N. Crisis groups in special care areas. Nursing Clinics of North America, Philadelphia, 7(3):363-71, jun. 1972.
27. COLLETTE, Albert. Psicologia dinâmica. São Paulo, Nacional, 1978. 281 p.
28. FARIA, Carlos Villella & NUSSENZUEIG, Israel. Síndrome nefrótica. São Paulo, Salvier, 1970. 129 p. (Clínica Médica, 6).
29. FRANCIS Glória M. & MUNJAS, Bárbara A. Manual of social psychological assessment. New York, Appllton Century - crofts, 1976. 209 p.
30. FUERST, Elionor V. et alii. O papel do paciente. In: \_\_\_\_\_. Fundamentos de enfermagem. 5. ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1977. p. 103-11.
31. GANONG, William F. Fisiologia médica. 2a. ed. São Paulo, Atheneu, 1973. p. 108-20.
32. GOMES, Alice Martins et alii. Insuficiência renal aguda. In: \_\_\_\_\_. Enfermagem na unidade de terapia intensiva. São Paulo, Universidade S.P. 1978. p. 49-65.
33. GONÇALVES, M.M.C. Enfermagem e segurança emocional do paciente. Enfermagem em Novas Dimensões, São Paulo, 5(1):31-6, 1979.

34. GOODE, Willian & HATT, Paul K. Método em Pesquisa Social.  
5. ed. São Paulo, Nacional, 1975. 488 p.

A N E X O S

Formulário para identificação dos problemas bio-psi-co-sociais dos pacientes com Insuficiência Renal Crônica em fase terminal submetidos a tratamento hemodialítico prolongado em Florianópolis.

FORMULÁRIO Nº: \_\_\_\_\_ DATAS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Out./1979

I - Caracterização demográfica e sócio-econômica

1) Nome: \_\_\_\_\_

2) Idade: \_\_\_\_\_ 3) Sexo: ( ) M 4) Estado Civil ( ) C

( ) F ( ) S

( ) V

( ) D

5) Escolaridade:

( ) Analfabeto ( ) Ginásio incompleto

( ) Sabe ler e escrever ( ) Ginásio completo

( ) Primário incompleto ( ) Colegial incompleto

( ) Primário completo ( ) Colegial completo

6) Ocupação: \_\_\_\_\_

7) Nº de dependentes: \_\_\_\_\_

8) Renda do total de elementos economicamente ativos na família: \_\_\_\_\_

9) Endereço residencial: \_\_\_\_\_

10) Tempo de tratamento: \_\_\_\_\_

11) Diagnóstico causal da IRC: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## II - Caracterização dos problemas biológicos

## Área I

## 1) Condição mental:

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> consciente   | <input type="checkbox"/> letárgico           |
| <input type="checkbox"/> inconsciente | <input type="checkbox"/> convulsões          |
| <input type="checkbox"/> coma         | <input type="checkbox"/> outro (especificar) |
| <input type="checkbox"/> desorientado | _____  |

## Área II

## 1) Condição dos sinais vitais

1.1. Temperatura axilar

--	--	--

1.2. Pressão arterial:

Sistólica

--	--	--

Diastólica

--	--	--

1.3. Respiração:

Frequência

--	--	--

1.4. Pulso:

Frequência

--	--	--

Arritmico

--	--	--

### Área III

#### 1. Condições da pele e unhas

##### 1.1. Pele:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> oleosa               | <input type="checkbox"/> ressecada         |
| <input type="checkbox"/> áspera               | <input type="checkbox"/> escamosa          |
| <input type="checkbox"/> escoriações          | <input type="checkbox"/> acne              |
| <input type="checkbox"/> petéquias            | <input type="checkbox"/> hematomas         |
| <input type="checkbox"/> pigmentações         | <input type="checkbox"/> prurido           |
| <input type="checkbox"/> icterícia            | <input type="checkbox"/> aumento de turgor |
| <input type="checkbox"/> diminuição de turgor | <input type="checkbox"/> gelo urêmico      |
| <input type="checkbox"/> palidez              | <input type="checkbox"/> fissuras          |
| <input type="checkbox"/> ulcerações           | <input type="checkbox"/> escaras           |
| <input type="checkbox"/> outros (especificar) | _____                                      |

##### 1.2. Unhas:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> onduladas           | <input type="checkbox"/> quebradiças          |
| <input type="checkbox"/> em vidro de relógio | <input type="checkbox"/> manchas brancas      |
| <input type="checkbox"/> encurvadas          | <input type="checkbox"/> prurido              |
| <input type="checkbox"/> ausência            | <input type="checkbox"/> outros (especificar) |
- 

### Área IV

#### 1. Condições da cavidade bucal

##### 1.1. Mucosas

##### 1.1.1. Cavidade bucal

##### Língua:

- saburrosa

- lisa
- sulcos
- hálito urêmico
- outros (especificar) \_\_\_\_\_

## Dentes:

- cárie
- ausência
- outros (especificar) \_\_\_\_\_

## 1.2. Lábios

- secos                       cianóticos
- escamosos                   lisos
- outros (especificar) \_\_\_\_\_

## Área V

## 1. Condição dos músculos

## 1.1. Músculos

- hipotonia                       atrofia
- hipertonia                       câimbras
- outros (especificar) \_\_\_\_\_

## Área VI

## 1. Condição dos ossos e articulações

## 1.1. Ossos

- dor
- fraturas patológicas
- outros (especificar) \_\_\_\_\_

## 1.2. Articulações

- dor
- dificuldade de movimentação
- outros (especificar) \_\_\_\_\_

## 1.3. Deambulação

- normal
- dificultada
- outros (especificar) \_\_\_\_\_

## Área VII

## 1. Condição de alimentação

## 1.1. Apetite

- normal
- anorexia
- outros (especificar) \_\_\_\_\_

## 1.2. Digestão

- normal
- náuseas
- dispepsia
- vômitos
- pirose

## Área VIII

## 1. Condições de equilíbrio hídrico

## 1.1. edema

- ausente
- generalizado
- localizado

## Área IX

### 1. Condições de eliminações

#### 1.1. Evacuação

normal

diarréia

outros (especificar) \_\_\_\_\_

#### 1.2. Diurese

anúria

oligúria

outros (especificar) \_\_\_\_\_

#### 1.3. Menstruação

normal

oligomenorréia

polimenorréia

amenorréia

#### 1.4. Expectoração

ausente

abundante

pequena quantidade

branca

amarela

odor desagradável

outros (especificar) \_\_\_\_\_

## Área X

### 1. Condições sensoriais

#### 1.1. Visão

turvação da vista

diminuição da acuidade visual

cegueira bilateral

cegueira unilateral

outros (especificar) \_\_\_\_\_

#### 1.2. Audição

surdez bilateral

surdez unilateral

zumbido

outros (especificar) \_\_\_\_\_

### Área XI

#### 1. Condições da fístula artério venosa

funcionando

não funcionando

edema no local

hiperemia

hematoma

dor - localização

outros (especificar) \_\_\_\_\_

### Área XII

#### 1. Condições hematológicas

Hematócrito: \_\_\_\_\_

Antígeno Austrália:       positivo       negativo

## III - Caracterização dos problemas psicossociais

## Área I

## 1. Primeira fase da crise emocional

1.1. Especificar se está de licença previdenciária:

 sim       não       outra alternativa:

especificar \_\_\_\_\_

1.2. Depois de diagnosticada sua doença, sua renda:

 reduziu                       aumentou permaneceu a mesma

1.3. O sr(a) é responsável economicamente por dependentes?

 sim                       não

1.4. Em caso da resposta da pergunta anterior ser positiva, esta responsabilidade econômica lhe constitui motivo de preocupação?

 sim                       não

1.5. Depois que o sr(a) adoeceu passou a sentir medo?

 sim                       não

1.6. Se a resposta da pergunta anterior for sim, especifique do que tem medo:

 morrer                       sentir dor ficar só                       fazer hemodiálise ficar inválido               outros (especificar)

\_\_\_\_\_

1.7. O sr(a) sabe o que é insuficiência renal crônica?

sim  não

1.8. Se a resposta da pergunta anterior for sim, sabe quais são as conseqüências da sua doença?

sim  não

1.9. O sr(a) sabe o que é hemodiálise

sim  não

1.10. O sr(a) sabe quais os cuidados que deve ter com a fístula artério venosa?

sim  não

1.11. É do seu conhecimento a possibilidade de um transplante renal?

sim  não

1.12. O sr(a) confia na equipe de nefrologia (médicos e pessoal de enfermagem)?

sim  não (especificar por que) \_\_\_\_\_

1.13. O sr(a) sabe como deve ser sua dieta?

sim  não

1.14. Se a resposta da pergunta anterior for sim, o sr(a) faz restrição de fluídos?

sim  não



1.15. O sr(a) depende de outra pessoa para auxiliá-lo?

sim  não

1.16. Se a resposta da pergunta anterior for sim, depende de outras pessoas para auxiliá-lo em:

higiene corporal

vestir-se

locomoção

apoio emocional

apoio financeiro

1.17. É desagradável para o sr(a) depender de outra pessoa?

sim  não

1.18. O sr(a) observa a dieta prescrita?

sim  não

Se a resposta da pergunta anterior for sim, é desagradável para o sr(a) seguir esta dieta?

sim  não

1.19. O sr(a) sempre comparece nos dias marcados para o tratamento?

sim  não

1.20. Se a resposta da pergunta anterior for não, especificar os motivos que o leva a faltar:

não acha necessário a hemodiálise

não tem condução

não tem companhia

tem raiva da dependência do aparelho

não tem dinheiro

outros (especificar) \_\_\_\_\_

1.21. Se falta a hemodiálise, considera que estas faltas podem prejudicar sua recuperação?

sim  não

## Área II

### 1. Segunda fase da crise emocional

1.1. O sr(a) exerce alguma atividade em sua casa?

sim  não

1.2. Se a resposta da pergunta anterior for não perguntar se isto lhe é desagradável.

sim  não

1.3. O sr(a) sentiu alguma diferença depois que iniciou a fazer hemodiálise?

sim  não

1.4. Se a resposta da pergunta anterior for sim a diferença sentida foi em relação a:

aparência física

capacidade de trabalho

do relacionamento familiar

relacionamento com outras pessoas

capacidade de recreação

outra (especificar) \_\_\_\_\_

1.5. O sr(a) se preocupa com o que as outras pessoas pensam a seu respeito?

sim  não

1.6. O sr(a) tem perdido amigo por causa da sua doença?

sim  não

1.7. Se a resposta da pergunta anterior for sim, considera que esta perda foi por:

afastamento das pessoas  
 ser indesejável devido à doença

1.8. Qual o sentimento que o sr(a) tem tido em relação à doença e a hemodiálise:

tristeza  
 abandono  
 sensação de vazio  
 sem esperança de ficar bom  
 raiva de tudo e de todos  
 solidão  
 outras (especificar) \_\_\_\_\_

1.9. O sr(a) costuma tomar droga para dormir?

sim  não

ESCALA DO PRETÍGIO OCUPACIONAL (APARECIDA JOLY GOUVEIA)AUGUSTA T. DE ALVARENGA1 - Ocupações Manuais não Especializadas

- agricultor ou lavrador sem empregado; meeiro ou parceiro
- barqueiro
- coletor de lixo
- conservador de estrada
- lustrador de ônibus
- operário não especializado
- motorneiro
- auxiliar pedreiro
- empregada doméstica
- cortador de cana
- carregador
- cozinheira
- atendente
- vigia
- ajudante
- empregado de posto
- dono de charrete
- pescador
- marinheiro
- vendedor ambulante (camelô)
- soldado (militar cabo)
- porteiro
- guarda noturno
- carroceiro
- entregador
- foguista
- poceiro
- garçon de botequim
- faxineiro(a)
- jardineiro
- lavador de carros
- servente

---

## 2 - Ocupações Manuais Especializadas e Assemelhadas

- alfaiate (empregado)
- barbeiro (empregado)
- chapeleiro (empregado)
- fotógrafo (ambulante ou empregado)
- motorista (empregado)
- músico de banda
- vidraceiro (empregado)
- técnico de TV (empregado)
- tecelão
- avicultor (empregado)
- auxiliar de enfermagem
- vendedor de firma
- jardineiro
- leitura de luz
- armador
- jogador
- dono de olaria
- dono de pensão
- carteiro (conta própria)
- tipógrafo (sem subordinados)
- vidraceiro (sem subordinados)
- chacareiro (conta própria)
- eletricista (conta própria ou empregado)
- encanador (conta própria ou empregado)
- ferreiro (conta própria ou empregado)
- marceneiro (conta própria ou empregado)
- pedreiro (conta própria ou empregado)
- relojoeiro (conta própria e empregado)
- seleiro (conta própria e empregado)
- doceiro (conta própria e empregado)
- pedreiro (distribuidor conta própria e empregado)
- borracheiro (tratorista)
- cabelereiro (empregado)
- carpinteiro (empregado)
- cortador de luvas (empregado)
- fiscal de feira

- ourives (empregado)
- operador de cinema
- técnico de tecidos (empregado)
- zelador de edifício
- tapeceiro (empregado)
- balconista
- auxiliar laboratório e farmácia
- viajante comercial (empregado)
- sargento e 2º sargento
- operador de máquinas
- broqueiro
- dono de bancas de jornais e revistas
- dono de lenhadora
- dono de quitanda
- distribuidor de leite (conta própria)
- gráfico (sem subordinados)
- relojoeiro (sem subordinados)
- cinegrafista (conta própria)
- feirante (conta própria ou empregado)
- bombeiro (conta própria ou empregado)
- funileiro (conta própria ou empregado)
- mecânico (conta própria ou empregado)
- pintor (conta própria ou empregado)
- sapateiro (conta própria e empregado)
- tintureiro (conta própria e empregado)
- confeiteiro (sem subordinados)
- açougueiro (conta própria e empregado)

### 3 - Supervisão de Trabalho Manual e Ocupações Assemelhadas

- agricultor (sitiante, lavrador, avicultor, apicultor... com um empregado)
- artífice de trabalhadores especializado (... com 2 a 4 empregados)
- tipógrafo (... com 1 ou mais empregados)
- motorista proprietário de carro ou caminhão (com ou sem empregado)
- chefe de estiva

- chefe de turma
- chefe de secção (fábrica)
- chefe de depósito
- chefe de trem
- fiscal de transporte coletivo
- inspetor policial
- guarda aduaneiro
- mestre (indústria)
- mestre de obras
- contra mestre
- inspetor de obra (não o engenheiro)
- inspetor de serviço (oficina mecânica - automóveis)
- apontador de obras
- feitor ou capataz
- cozinheiro (restaurante de 1.<sup>a</sup> classe)
- empreiteiro

#### 4 - Ocupações não manuais de rotina e assemelhadas

- administrador de fazenda (... até 10 empregados)
- dono de estabelecimento comercial (... sem ou com um em  
pregado)
- despachante (... sem ou com 1 empregado)
- corretor de imóveis (... sem empregado ou com 1 emprega  
do)
- gerente de casa comercial (... com 2 a 5 subordinados)
- conferente (exceto conferente de alfândega que fica na  
categoria 5)
- despachante de cia. de aviação
- almoxarife
- auxiliar de escritório
- caixa de firma comercial
- datilógrafo
- escriturário
- ferroviário (sem especificar)
- escrivão da polícia
- bancário (sem especificar)

- chefe estação estrada de ferro
- fiscal da prefeitura
- funcionário público (sem especificar)
- perfurador
- diretor de escola primária
- artista (sem especificar)
- bailarino
- músico
- professor de música
- locutor
- radialista
- radiotelegrafista
- repórter
- propagandista (empregado)
- publicitário (sem especificar)
- recepcionista
- protético (sem empregado)
- professor primário
- agente administrativo

5 - Posições mais baixas de Supervisão ou Inspeção de Ocupações não manuais e Proprietários de Pequenas Empresas Comerciais, Industriais, Agro-Pecuária, etc.

- administrador de fazenda (com 11 empregados e +)
- comerciante ou dono de estabelecimento comercial (com 2 a 10 empregados ou "alguns" empregados ou "vários empregados (inclusive dono de hotel))
- industrial ou dono de fábrica (de 2 a 10 empregados)
- proprietário imobiliário (conta própria)
- dono de máquina de café (... até 5 empregados)
- comerciante (sem especificar)
- corretor de imóveis (com 2 a 10 empregados)
- construtor (sem referência ao nº de empregados)
- despachante (com mais de 1 empregado)
- dono de farmácia (sem diploma)



- dono de escritório (sem especificar)
- chefe de escritório ou de secção em repartição pública
- desenhista (empregado e conta própria)
- chefe de secção em banco
- chefe de secretaria
- chefe de pessoal
- agente de correio (chefe de agência)
- agente de estatística
- aviador (sem especificar)
- caixa (bancário)
- bibliotecário
- coletor estadual e federal
- conferente de alfândega
- contador, contabilista ou guarda livros
- delegado regional de ensino (Estado de São Paulo)
- escrevente de cartório
- forças armadas (tenente e sub-tenente do exército e equivalente na aeronáutica e marinha)
- inspetor de ensino (Estado de São Paulo)
- jornalista
- pastor protestante
- professor secundário
- diretor de escola secundário
- lançador da prefeitura
- topógrafo
- oficial da marinha mercante
- avaliador

6 - Profissões Liberais. Cargos de Gerência ou Direção. Proprietários de Empresas de Tamanho Médio

- fazendeiro ou pecuarista (de 11 a 49 empregados ou "muitos" empregados)
- fazendeiro ou pecuarista (sem informação sobre o nº de empregados)
- comerciante (11 a 49 empregados ou "muitos" empregados)
- corretor de imóveis (com 11 empregados e + ou "muitos" empregados)

- industrial ou dono de fábrica (11 a 99 empregados ou "muitos" empregados)
- industrial (sem informação sobre o nº de empregados)
- diretor de repartição pública
- gerente de banco
- gerente de pessoal
- fiscal de consumo
- delegado de polícia (Estado de São Paulo)
- fiscal de rendas estaduais (Estado de São Paulo)
- juiz - promotor
- prefeito
- vereador
- oficiais das forças armadas (exceto general, brigadeiro, almirante e tenente)
- professor universitário
- tabelião - dono de cartório - escrivão de cartório - oficial maior

#### Profissões Liberais e Assemelhadas

(Obs.: poderão passar a categoria 7 se forem proprietários ou dirigentes de grandes empresas)

- médico
- advogado
- veterinário
- engenheiro químico
- agrônomo
- dentista
- farmacêutico (diplomado)
- engenheiro
- arquiteto
- economista

#### 7 - Altos Cargos Políticos e Administrativos. Proprietários de Grandes Empresas e Assemelhadas

- fazendeiro (com 50 empregados ou +)

- dono de empresa comercial ou equivalente (com 50 empregados ou +)
- industrial (com 100 empregados ou +)
- diretor superintendente de grande companhia (inclusive banco) (com 50 subordinados ou +)
- banqueiro
- desembargador
- deputado
- diplomado
- general, brigadeiro, almirante.