



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO-UFMA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM**

**AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS SOBRE
O CONSUMO DE ALIMENTOS E A RESTRIÇÃO HÍDRICA**

SAMAE BATISTA DE OLIVEIRA

Imperatriz
2017

SAMAE BATISTA DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS SOBRE
O CONSUMO DE ALIMENTOS E A RESTRIÇÃO HÍDRICA**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Curso de Enfermagem da
Universidade Federal do Maranhão-
UFMA, como requisito para obtenção
do grau de bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof^o Paulo Roberto da Silva
Ribeiro

Imperatriz
2017

SAMAE BATISTA DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS SOBRE
O CONSUMO DE ALIMENTOS E A RESTRIÇÃO HÍDRICA**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Curso de Enfermagem da
Universidade Federal do Maranhão-
UFMA, como requisito para obtenção
do grau de bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

BANCA AVALIADORA

Prof.º Dr. Paulo Roberto da Silva Ribeiro (Orientador)
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Prof.ª Dra. Francisca Aline Arrais Sampaio Santos (Examinadora)
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Prof.º Esp. Wherveson de Araújo Ramos (Examinador)
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE PACIENTES RENAI CRÔNICOS SOBRE O CONSUMO DE ALIMENTOS E A RESTRIÇÃO HÍDRICA

Evaluation of perception of chronic renal patients on food consumption and water restriction

Samae Batista de Oliveira¹
Paulo Roberto da Silva Ribeiro²

RESUMO

A Doença Renal Crônica (DRC) é caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função renal. A adesão ao tratamento dietoterápico e à prática da restrição hídrica é extremamente relevante para prevenir possíveis agravos no estado de saúde do paciente. Este estudo teve por objetivo conhecer a percepção de pacientes com DRC sobre o consumo de alimentos e a prática da restrição hídrica. Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem quantitativa e qualitativa, realizada com 147 pacientes portadores de DRC, atendidos em uma Clínica de Nefrologia do estado do Maranhão, no período de janeiro a fevereiro de 2017. A coleta dos dados sociodemográficos, foi obtida por meio da aplicação de roteiro de entrevista semiestruturado. Observou-se que a maioria dos pacientes é do sexo masculino (59,18%), tem idade inferior a 60 anos (65,99%), é casada (57,82%), possui ensino fundamental incompleto (50,34%) e tem renda mensal entre 1 a 2 salários mínimos (78,23%). Foram realizadas ações educativas, sobre orientações dietéticas e hídricas para pacientes com DRC. Durante as ações, perguntas foram direcionadas aos pacientes, as respostas obtidas foram anotadas para realização da análise de conteúdo, que permitiu a formulação de três categorias em relação à percepção dos pacientes sobre a restrição hídrica e o consumo de alimentos: conhecimento sobre a importância da dieta, conhecimento relacionado ao consumo de alimentos e conhecimento relacionado à ingestão de líquidos, onde se observou que estes possuem déficits em relação ao conhecimento acerca desta temática, embora saibam a importância de seguir a dieta e restrição hídrica prescrita.

Palavras-chaves: Dietoterapia; Restrição hídrica; Doença Renal Crônica; Hemodiálise.

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) faz parte do grupo das DCNT. Nos últimos anos ela vem sendo alvo de uma atenção especial por parte das autoridades de saúde devido ao crescente número de indivíduos portadores de tal disfunção. Essa doença também é conhecida pelo aumento de sua prevalência e impactos biopsicossociais e econômicos em seus portadores (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

¹ Acadêmica do Curso de Enfermagem (Bacharel). Centro de Ciências Sociais, Saúde e Tecnologia (CCSST). Universidade Federal do Maranhão (UFMA). E-mail: samaybatista.fn@hotmail.com

² Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto da Silva Ribeiro. Centro de Ciências Sociais, Saúde e Tecnologia (CCSST). Universidade Federal do Maranhão (UFMA). E-mail: paulo@ufma.br

Conceituada como uma síndrome irreversível e progressiva das funções glomerular, tubular e endócrina dos rins, caracteriza-se por uma filtração glomerular (FG) menor que $60 \text{ mL/min/1,73m}^2$ durante um período de três meses ou mais (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2002). A função renal é avaliada pela FG e a sua diminuição é observada na DRC, associada à perda das funções regulatórias, excretoras e endócrinas do rim. Quando a FG atinge valores inferiores a $15 \text{ mL/min/1,73m}^2$, estabelece-se o que é denominado por falência funcional renal (FFR), isto é, o estágio mais avançado da perda funcional progressiva observada na DRC (ALMEIDA, 2000).

Dentre as alternativas de tratamento existentes, o transplante renal é considerado a mais eficaz. Contudo, a hemodiálise (HD) tem sido a terapia mais utilizada a nível mundial, sobretudo, devido aos problemas diversos que enfrentam os programas de transplantes, pela falta de órgãos e uma estrutura inadequada para captá-los e aproveitá-los (GARCÍA-GARCÍA, 2012). No Brasil, o número de pacientes em tratamento dialítico vem aumentando ao longo dos anos, sendo que no ano 2000 havia o total estimado de 42.695 pacientes em diálise no país, chegando a 91.314 pacientes em 2011. No mesmo ano, a prevalência estimada de pacientes em diálise no Brasil foi de 475 pacientes por milhão da população. Quanto à taxa de mortalidade, foi de em 19,9% durante o ano de 2011, correspondendo a 18.187 pacientes em diálise (SESSO et al., 2012).

Cabe ressaltar, o quão pertinente se faz a realização do tratamento dietético, da restrição hídrica e do tratamento farmacológico. A preocupação com os aspectos nutricionais do paciente com DRC é tanta, que se criou um documento, a portaria nº389 do Ministério da Saúde publicada em março de 2014, que assegura ao paciente o direito de receber orientação do nutricionista e/ou por prescrição médica, aporte nutricional no dia do tratamento, o que pode minimizar as alterações nutricionais encontradas nessa população e prevenir complicações que aumentem sua morbimortalidade.

O paciente com DRC em tratamento hemodialítico necessita de avaliação nutricional e monitoramento periódico desde o início do tratamento (KOPPLE, 2001). A adaptação nutricional para o paciente em HD compreende vários aspectos, dentre os quais o controle da ingestão de proteínas, carboidratos, água, sódio, potássio e fósforo (CASAS, 2015). As exigências em relação ao tratamento dietoterápico e restrição hídrica tornam-se fatores limitadores da adesão dos pacientes ao tratamento e pode

resultar em fatores agravantes ao longo do tratamento de substituição renal (MEDEIROS, 2011).

Alguns aspectos nutricionais se constituem desafios para o paciente, principalmente no que diz respeito à construção de sua dieta. O custo e até mesmo a preferência por alimentos, geralmente dificulta à adequação alimentar dos pacientes em hemodiálise. Além, de dúvidas em relação à quantidade correta do que deve ser ingerido diariamente.

Em função disso, faz-se necessário que haja constantes intervenções educacionais, as quais forneçam informações ao paciente relacionadas ao consumo alimentar adequado, enfatizando o que deve ser evitado e as alternativas dietéticas a serem priorizadas (CASAS, 2015). O apoio da equipe multidisciplinar e a realização de atividades de educação em saúde referentes a hábitos alimentares saudáveis podem aumentar a capacidade do paciente para enfrentar a doença, melhorando sua motivação em aderir às intervenções terapêuticas e de estilo de vida necessárias (FIGUEREDO, 2014).

Em relação à ingesta hídrica diária para o paciente com DRC, recomenda-se o volume fixo 500-750 mL de líquidos acrescidos do volume da diurese de 24 horas (RIELLA; MARTINS, 2011). Para que o paciente siga tais recomendações, faz-se necessário acompanhamento psicológico, familiar, além de intervenções educativas que forneçam tais informações.

Em face ao exposto, torna-se evidente a necessidade de mais estudos acerca da dietoterapia e da restrição hídrica a fim de compreender os determinantes pessoais que levam a sua adesão ou recusa. Observada a importância que esta apresenta ao paciente com DRC em HD, como também sugere estudos de (SILVA, 2014). Uma vez que reconhecer se o indivíduo apresenta ou não dificuldade para compreender e aderir de forma esperada às orientações nutricionais que lhes são fornecidas é válido, já que torna manifesta as necessidades, percepções e crenças do sujeito em questão. Possibilitando emergir medidas que visem o aumento da adesão ao tratamento da doença e melhore a qualidade de vida do paciente (KRESPI, 2004).

Diante disso, este estudo objetivou conhecer a percepção dos pacientes em relação ao consumo de alimentos e a prática da restrição hídrica bem como verificar seu perfil socioeconômico e clínico.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, transversal, de campo exploratório, descritivo e com abordagem quanti-qualitativa, utilizando a entrevista semiestruturada para caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com DRC em tratamento hemodialítico.

Este estudo foi realizado em uma Clínica de Nefrologia, localizada em um município maranhense, no período de janeiro a fevereiro de 2017. Esta instituição consiste numa clínica especializada em tratamento hemodialítico, com serviço autônomo, de caráter particular, atendendo em média 171 pacientes por mês em tratamento hemodialítico

Nesta clínica, as sessões de hemodiálise são realizadas de segunda a sábado, divididas em três turnos. Em média, os usuários deste serviço realizam três sessões de hemodiálise por semana com duração de quatro horas e são incluídos nos programas realizados as segundas, quartas e sextas-feiras ou as terças, quintas e sábados. A clínica dispõe de uma equipe de assistência multiprofissional, composta por cinco médicos, três enfermeiros, vinte e quatro técnicos de enfermagem, uma assistente social, uma psicóloga e o serviço de nutrição.

O início deste trabalho ocorreu após avaliação e aprovação por parte da instituição envolvida e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão sob o parecer 056/2012.

Nesta pesquisa foram incluídos pacientes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos e com pelo menos três meses em tratamento hemodialítico. Visto que, de acordo com Santos (2012), quando em situações crônicas, sintomas e incapacidades associam-se ao prazo de três meses ou mais de tratamento hemodialítico. O preenchimento destes critérios foi demonstrado pelo registro destes dados no prontuário. Foram excluídos os pacientes que se apresentaram no estado agudo da doença, em condições clínicas instáveis e/ou sem capacidade de ouvir e entender o suficiente para responder as questões e com história prévia de transplante. Assim, no total de 147 pacientes atendiam os critérios de inclusão deste estudo. Esta amostra deu-se por conveniência.

Esta pesquisa foi realizada em duas etapas: a primeira etapa foi à coleta dos dados sócio-demográficos e clínicos, realizada por meio de entrevista durante as sessões de hemodiálise. Para a realização das entrevistas, foi utilizado um roteiro de entrevista

semiestruturado e padronizado, contendo variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade e renda mensal familiar) e variáveis clínicas (tempo de DRC, tempo de tratamento hemodialítico, doença de base e comorbidades). Para verificar a legibilidade, isto é, a clareza deste instrumento, coerência das perguntas (ordem e/ou sequência), compreensão do paciente ao ouvir e responder as indagações e para estimar a duração provável da entrevista foi desenvolvido um pré-teste com 18 pacientes (15,0% da casuística).

Assim, na primeira etapa, durante a abordagem, foi verificado se o paciente preenchia os critérios de inclusão para a participação do estudo. Se não houvesse nenhum impedimento, solicitava-se a sua participação no estudo. Durante a entrevista, as perguntas foram lidas para todos os pacientes de forma padronizada. A aplicação dos instrumentos de coleta de dados foi concretizada entre 30 a 40 minutos.

Na segunda etapa deste estudo foi realizada uma ação educativa, em forma de palestra com o tema referente ao consumo de alimentos e à restrição hídrica. Nesta fase, os pacientes tiveram a oportunidade de interagir discutindo o tema. Perguntas foram direcionadas aos pacientes em relação à percepção sobre o consumo de alimentos e ingestão de líquidos, as respostas dadas por estes foram transcritas e analisadas posteriormente. A palestra intitulada “Orientações dietéticas e hídricas para um paciente renal crônico”, teve duração de 20 minutos e foi realizada durante as sessões de hemodiálise. Para tanto, os pacientes foram divididos em 21 sessões, sendo que esta palestra foi ministrada em cada uma delas, totalizando 21 ministrações.

Posteriormente, realizou-se a numeração dos roteiros de entrevistas, conferência e tabulação dos dados sociodemográficos e de caracterização da população do estudo. Como alternativa para minimizar erros, a entrada dos dados no programa foi realizada com dupla digitação em planilha do programa Excel for Windows® 2010. Também foi realizada a conferência dos mesmos, com o objetivo de se obter dados livres de erros de digitação.

A análise dos dados qualitativos (falas dos entrevistados) foi realizada por meio da análise de conteúdo. Esta técnica visa inferir sobre as mensagens subentendidas no texto aparente dos sujeitos investigados (BARDIN, 1977). Segundo esta autora, a análise de conteúdo constitui-se de três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na pré-análise organiza-se o material a ser utilizado na pesquisa seguindo os critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade,

pertinência e exclusividade. Além disso, nesta fase é realizada uma leitura flutuante das falas para formulação de hipóteses.

Na segunda etapa da análise de conteúdo, chamada exploração do material, é realizada a codificação dos dados, a qual envolve a determinação das unidades de registro, a seleção de regras de contagem, e a definição de categorias, que são a organização e agrupamento das classes. A terceira etapa da análise de conteúdo constitui-se na inferência a partir de interpretações do material analisado, que permite desvendar a real mensagem que o emissor quis retratar.

Após análise das respostas, obtidas por meio das falas dos pacientes, categorizou-se estas, o que permitiu formular as primeiras hipóteses sobre a percepção dos pacientes acerca do consumo de alimentos e a prática da restrição hídrica. Em seguida, foi realizada a organização das respostas, agrupando-se os elementos semelhantes. Assim, foram formadas três categorias, descritas no Quadro 1.

Quadro 1. Categorias formuladas a partir das respostas dos entrevistados a respeito da percepção sobre o consumo de alimentos e restrição hídrica (n=147). Imperatriz (MA), 2017

CATEGORIA I: Conhecimento sobre a importância da dieta
CATEGORIA II: Conhecimento relacionado ao consumo de alimentos
CATEGORIA III: Conhecimento relacionado à ingestão de líquidos

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa

Conforme as variáveis sócio-demográficas investigadas observou-se que a maioria dos pacientes pertence ao sexo masculino (59,18%). Estudos realizados com pacientes em tratamento hemodialítico apresentaram resultados semelhantes (SESSO et al., 2012; SILVEIRA et al., 2010). A escassa procura por serviços de saúde pelos homens, devido questões culturais, como o padrão de masculinidade que reprime suas fraquezas e necessidades de cuidado, ou até mesmo o horário de trabalho dos homens concomitante com o horário de funcionamento das unidades de saúde, pode dificultar o acesso aos serviços de saúde o que pode influenciar o desenvolvimento de condições crônicas de adoecimento (MACHIN et al., 2011).

Grande parte dos pacientes da pesquisa possui idade inferior a 60 anos (65,99%), o que corrobora com estudo relacionado a fatores que influenciam a qualidade de vida de pacientes adultos em hemodiálise, o qual obteve 63,9% dos pacientes na faixa etária de 40 a 59 anos (CAVALCANTE et al., 2013). Período no qual a população é definida como economicamente ativa e sente os impactos de forma mais significativa da doença em seu cotidiano, devido ao fato de estar adaptada a uma rotina mais conturbada, o que leva a hábitos de vida inadequados, especialmente no que se refere a uma alimentação saudável e dificuldade da prática de atividade física.

Nesta pesquisa são casados ou mantêm união conjugal estável 57,82% dos pacientes. Isso pode contribuir de maneira positiva na mudança de estilo de vida, sobretudo no referente à restrição hídrica e de certos alimentos, o que irá implicar diretamente na qualidade de vida desses indivíduos. Outras pesquisas indicam a importância do apoio social, comprovando a relação direta entre esse incentivo e a adesão ao regime terapêutico, pois promove melhor adaptação das pessoas às mudanças impostas pela doença (VILLAS-BOAS et al., 2012). O apoio familiar, sobretudo desenvolve um aporte de crenças, valores, e proteção que são demonstrados por meio de comportamentos relacionados ao processo saúde-doença (MADEIRO et al., 2010).

No referente ao grau de escolaridade, 50,34% possui ensino fundamental incompleto. Reafirmando assim, que pacientes com baixo nível de escolaridade podem apresentar dificuldades de compreensão em relação às informações recebidas sobre dietoterapia e restrição hídrica, uma vez que grande parte dos termos técnicos utilizados na linguagem profissional, textos e orientações disponibilizadas, implicam num entendimento dificultoso das informações que são repassadas sobre sua condição de saúde. Sendo necessária a utilização de formas de educação em saúde mais didáticas, a fim de tornar mais viável aos pacientes à absorção das orientações (COUTINHO; TAVARES, 2011).

São aposentados ou recebem benefício referente a auxílio-doença 78,23% dos entrevistados. Já que boa parte dos acometidos pela DRC fica impossibilitada de prestar algum tipo de serviço remunerado, afetando assim, a autorrealização profissional do indivíduo, bem como a manutenção financeira da instituição familiar, sobretudo para os adultos, levando a danos na saúde psicossocial e conseqüentemente a adesão ao tratamento proposto. Sabe-se que a DRC e sua terapêutica não constituem por si só, impedimento direto e absoluto ao trabalho, contudo causam restrições importantes aos

pacientes adultos e idosos, muitas vezes ocasionando afastamentos e aposentadorias decorrentes da doença (KUSUMOTO et al., 2008).

Acerca da renda familiar mensal, 78,23% dos investigados recebiam de 1 a 2 salários mínimos. Tal como apontou Oliveira et al. (2008) em seu estudo com renais crônicos em hemodiálise, em que 67% da amostra contava com uma renda entre 1 a 2 salários mínimos. Um parâmetro socioeconômico baixo, aliado à fragilidade decorrente da DRC, são fatores somatórios à vulnerabilidade do sujeito portador da doença em questão. Ademais, a baixa renda pode ser um fator dificultador ao acesso de alimentos mais saudáveis, influenciando também na adesão da dietoterapia (SZANTON et al., 2010).

Quanto ao aspecto religioso 51,02% dos pacientes se declaram católicos e 38,78% evangélicos, sendo ainda 9,52% dos pesquisados sem religião e/ou ateus. Segundo estudo realizado por Cordeiro et al. (2009), entre os católicos e evangélicos e aqueles que afirmaram não possuir religião, os primeiros enfrentam melhor o aparecimento da fadiga, prurido, cefaleia e náuseas, entre outros sintomas. Constatando ainda, que tanto a fé quanto a crença em algo sagrado frequentemente são percebidas entre as pessoas que estão em processo de adoecimento e contribuem para melhor adesão ao tratamento proposto.

No que diz respeito à procedência dos pacientes, 63,95% dos pacientes residem em outras cidades do local do estudo. Requerendo a necessidade de deslocamento dos pacientes até a localidade que ocorre o tratamento. Para Coutinho (2011), este paciente sofre dificuldades complexas em sua vida, muitas vezes sendo necessário mudar para outra localidade a fim de realizar o tratamento já que o mesmo exige sua presença três vezes por semana, e por um turno de quatro horas ou, ainda, por ter que realizar viagens longas e cansativas.

No que tange à fonte pagadora do tratamento, 95,92% dos pacientes dessa pesquisa têm seu tratamento custeado pelo Sistema Único de Saúde. Isto pode ocorrer, sobremaneira, em decorrência de grande parte dos pacientes, possuírem uma renda familiar em torno de 1 a 2 salários mínimos (78,23%). Resultados próximos a esses foram encontrados por Coutinho e Tavares (2011), onde 63,9% possuíam renda de até 2 salários mínimos.

Caracterização clínica dos participantes da pesquisa

A maioria dos pacientes pesquisados (61,90%) possui diagnóstico de DRC há um tempo estimado de um ou mais anos. Destes, 56,46% realizam tratamento hemodialítico há um ano ou mais.

Quanto às doenças de base da DRC, prevaleceu a HAS, representando 38,35%, o DM com 21,84%, e as glomerulonefrites sendo 12,62% do total. Dados semelhantes foram relatados por Sesso et al. (2012), onde os diagnósticos de base dos pacientes em diálise no Brasil foram: HAS com 35,1%, DM com 28,4% e glomerulonefrites representando 11,4% do total.

Bem como as doenças de bases, as principais comorbidades que os pacientes apresentaram, foram a HAS com 36,23%, DM com 16,23%, anemia com 15,07% e doenças do aparelho geniturinário com 10,72% (Tabela 2). O manejo dessas doenças é importante para o bem estar destes pacientes e melhora do curso da DRC (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2002).

Diante disso, a dietoterapia e a restrição hídrica emergem como alternativas que ajudam tanto na prevenção de agravos à saúde, especialmente no que tange ao acometimento por doenças de base à DRC, quanto na promoção da saúde após instalação da doença renal.

Análise de conteúdo: categorização dos dados qualitativos

CATEGORIA I: Conhecimento sobre a importância da dieta

Diante da descoberta da doença renal crônica, os indivíduos portadores desta doença passam por situações conflituosas que exigem modificações em seu cotidiano e de seus familiares, o que implica em alterações em seus estilos de vida e um longo processo de adaptação, que na maioria das vezes é bastante complexo. Isso ocorre devido à necessidade do tratamento hemodialítico para sua sobrevivência, ao passo que é um tratamento dispendioso, pois exige tempo, mudanças no estilo de vida, adesão ao tratamento, e condições econômicas que possibilitem o acesso ao mesmo (NUNES et al., 2014).

Segundo a National Kidney Foundation (2002), a dietoterapia é uma parte importante do plano de tratamento para o paciente com DRC e pode ser modificada com o tempo se o quadro clínico do paciente com a doença renal se agravar. As alterações na vida incluindo os hábitos alimentares dessas pessoas, em função da doença e do

tratamento integral, resultam em aflição e sofrimento, além de afetar a imagem corporal, a capacidade física, o trabalho e a realização de várias atividades cotidianas e prazerosas (SILVA; BUENO, 2014).

Assim que o paciente com DRC inicia o tratamento, esse deve ser orientado quanto às restrições alimentares e hídricas a serem seguidas. Além, de conhecer a importância de aderir ao tratamento dietético. Principalmente devido ao fato de a grande maioria dos pacientes com DRC possuir um baixo nível de escolaridade como é mostrado neste estudo. Visto que isto é um fator essencial, em razão de refletir de modo direto a assimilação das informações fornecidas pelos profissionais de saúde, o que conseqüentemente pode dificultar o tratamento proposto (FRAZÃO et al., 2011; OLIVEIRA, 2009).

Neste trabalho observou-se a percepção dos pacientes em relação à importância da dieta:

P1 “Ajuda a preservar a gente, até mesmo a doença”;

P17 “Não vai ocasionar mais problemas para nós”;

P3 “Serve para ficar forte, pra aguentar o sopapo”;

P1 “Eu tenho um bocado de dieta, não como carne de porco, um ovo aqui acolá, eu como!”;

P1 “Ajuda no tratamento”.

Silva e Bueno (2014), em seus estudos relatam que grande parte dos pacientes diz receber orientação para reduzir o consumo de determinados alimentos e líquidos no início da hemodiálise, todavia há certa dificuldade em aderir a dietoterapia prescrita. No entanto, vários motivos podem os levar a desenvolver certa resistência à adesão da mesma, sobretudo fatores socioeconômicos, como é relatado a seguir:

P4 “Tem muita coisa que a gente não compra pra comer, porque o dinheiro é pouco.

Tem que pagar consulta e fazer exames e comprar remédios”.

CATEGORIA II: Conhecimento sobre o consumo de alimentos

Segundo Riella e Martins (2011), as quantidades diárias avaliadas como ideais para consumo alimentar dos pacientes que fazem hemodiálise são: energia 25-45 Kcal/Kg, proteínas 1,2-1,4g/Kg de peso atual ou peso ideal (em caso de obesidade ou baixo peso), fósforo 800-1200mg, cálcio 1000-1500mg, sódio 1000-2300mg e potássio 1000-3000mg. No entanto os pacientes apresentam algumas dificuldades de

compreensão em relação à construção de sua dieta, por não saberem a composição nutricional dos alimentos. O que reforça os resultados deste estudo que mostra o quanto o nível de escolaridade do paciente interfere no momento do fornecimento de informações acerca da terapêutica prescrita.

P2 “Tem banana que a gente pode comer ou não? Eu compro uma dúzia, não dá pra um dia. Eu tomo muita água, comida com pouco sal, melancia, laranja, 3-4 por dia”;

P7 “Banana, maçã, abacaxi, uva, você acha que é muita coisa?”;

P27 “Então o feijão pode ser consumido? Por causa do ferro?”;

P27 “E a jaca? E a água de coco? E a abóbora?”;

P5 “E a água de coco?”.

Assim, percebeu-se a importância das intervenções educacionais, tornando-se notórias as dificuldades que os pacientes encontram para adequar a alimentação ao seu tratamento, havendo necessidade de constantes repasses de informações acerca do que devem ingerir do que deve ser evitado e quais as alternativas dietéticas cabíveis, como também é sugerido em estudo realizado por Casas (2015).

Estudos encontraram associação entre o consumo de carambola e a intoxicação em pacientes com DRC. Segundo Oliveira e Aguiar (2015), esta fruta possui uma substância tóxica chamada caramboxina, que é a principal responsável pelos efeitos neurotóxicos em pacientes renais crônicos.

Alertar os pacientes a não consumir a fruta é extremamente importante. Esta orientação deve ser realizada principalmente pelos nutricionistas, contudo todos os profissionais de saúde envolvidos no tratamento do paciente devem conhecer tais informações científicas e estarem capacitados para repassá-las de forma que os pacientes compreendam. Portanto neste quesito, observou-se que os pacientes sabiam a relevância de evitar o consumo de carambola como é possível observar a seguir:

P10 “A nutricionista falou da carambola”;

P22 “Não pode comer é um veneno”;

P25 “Eu não passo nem debaixo do pé”;

P17 “Veneno puro para nós. É mortal”;

P29 “Quanto a isso não tenho dúvida, eu faço a dieta, antigamente o povo dizia que suco de carambola era bom para os rins. Agora que tô dialisando eu sei, porque veio na receita e nunca mais me dei com carambola”.

Face ao exposto, observa-se a importância de acompanhar os pacientes neste processo, realizando ações de educação em saúde. Ressaltando que ao conhecer se o indivíduo apresenta ou não dificuldade para compreender e aderir de forma esperada às orientações nutricionais que lhes são fornecidas é de grande valia, pois permite o surgimento de medidas que visem o aumento da adesão ao tratamento da doença e o torne agente de seu autocuidado.

CATEGORIA III: Conhecimento sobre a ingestão de líquidos

A ingesta hídrica diária, recomendada para um paciente portador de DRC é de um volume fixo de 500-750 mL de líquidos acrescidos do volume da diurese de 24 horas (RIELLA; MARTINS 2011). A obrigatoriedade das orientações hídricas é essencial para o sucesso do tratamento e bem estar do indivíduo.

Por meio do relato dos pacientes, percebe-se que há um entendimento em relação à adequada ingestão de líquidos diários:

P4 “O certo são 500 ml de água”;

P3 “600 ml”;

P4; P1 “500 ml”.

Pacientes com DRC necessitam constantemente de recomendações em relação a limitações da ingestão de sal e alimentos ricos em sódio, a exemplo os industrializados, com o objetivo de promover o controle da sede, o que conseqüentemente resultará em uma menor ingestão de líquidos (FERRAZ et al., 2015).

Indagados sobre o cumprimento correto da ingestão hídrica, foi possível notar dificuldades para o seguimento desta terapia:

P3 “Só tá difícil à água, porque tá muito quente tem horas que eu descontrolo”;

P10 “300 ml dia, mas somos teimosos e tomamos mais”;

P3 “É 600 ml só, mas eu não obedeço, tem dia que tá muito quente”;

P 17 “É muito difícil por causa do calor que faz”.

Diante do exposto, tornou-se evidente a importância de se trabalhar a educação em saúde com estes pacientes, a fim de conferir maior apoio em relação à construção de sua dieta e adesão à restrição hídrica, e de torná-los capazes de promover seu autocuidado de maneira a contribuir para uma melhor qualidade de vida. Fica evidente que os profissionais da saúde devem estar preparados para este tipo de abordagem e atuarem constantemente junto aos pacientes.

Por fim, nota-se que as atividades educativas, no que se refere a palestras são de grande valia, pois proporcionam ao profissional de saúde, conhecer a percepção dos pacientes sobre a temática da ação realizada, neste caso acerca da prática do consumo de alimentos e restrição hídrica de pacientes com DRC. Tendo em vista que conhecer a percepção do paciente sobre determinados assuntos referentes ao tratamento, facilita a prestação de serviço ao mesmo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa mostra que a maioria dos pacientes com DRC possui idade inferior a 60 anos, renda familiar de 1 a 2 salários mínimos, é do sexo masculino e têm como principais doenças de base a HAS e DM. Sendo ainda, que grande parte tem alguma religião, dentre estes a maioria católica. Ainda, foi possível formular por meio da análise de conteúdo três categorias referentes à percepção dos pacientes sobre o consumo de alimentos e a restrição hídrica, sendo estas: conhecimento sobre a importância da dieta, conhecimento relacionado ao consumo de alimentos e conhecimento relacionado à ingestão de líquidos.

As informações apreendidas neste trabalho mostram que os pacientes com DRC reconhecem a importância da dieta para o tratamento da DRC. No que se refere à percepção dos mesmos sobre o consumo de alimentos, nota-se que há diversas dúvidas em relação ao que deve ser ingerido, pois a maioria dos indivíduos deste estudo não sabe diferir os nutrientes que são benéficos dos maléficos contidos em cada alimento para o portador de DRC e que realiza tratamento hemodialítico. O que pode estar relacionado ao fato de que a maioria dos pacientes deste estudo possui um baixo nível de escolaridade, tornando assim, mais dificultoso o entendimento em relação ao consumo alimentar.

Já no referente à restrição hídrica, ficou evidente que os pacientes são conhecedores da quantidade ideal de líquidos que deve ser ingerida diariamente, no entanto alguns fatores como a alta temperatura da região onde residem faz com que muitas vezes esta restrição não seja implementada corretamente.

Desta forma, torna-se de extrema valia que a equipe de saúde interdisciplinar, promova ações educativas visando o repasse de informações para os pacientes, tornando-os assim, capazes de realizar o autocuidado. Não obstante a isto, é necessário

o desenvolvimento de mais estudos referentes à temática em questão, visto que as percepções que os indivíduos com DRC têm sobre o consumo de alimentos e a restrição hídrica, interferem, sobremaneira, no seu tratamento. Já que cada um deles vivencia situações comuns, todavia em contextos distintos, possibilitando despontar fatores individuais inerentes a cada paciente e a partir disso, adquirem sentidos diversos à sua experiência. Os relatos permitem identificar suas potenciais necessidades, permitindo uma prestação assistencial humanizada e integral.

ABSTRACT

Chronic Kidney Disease (CKD) is characterized by progressive and irreversible loss of renal function. Adherence to diet therapy and to the practice of water restriction is extremely relevant to prevent possible diseases in the health status of the patient. This study aimed to know the perception of patients with CKD on food consumption and the practice of water restriction. This is an exploratory study, with a quantitative and qualitative approach, performed with 147 patients with CKD, attended at a Clinic of Nephrology in the state of Maranhão, from January to February, 2017. The collection of sociodemographic data was obtained Through the application of a semi-structured interview script. It was observed that the majority of the patients are male (59.18%), are less than 60 years old (65.99%), are married (57.82%), have incomplete primary education (50.34%) And has monthly income between 1 and 2 minimum wages (78.23%). Educational actions were carried out on dietary and water guidelines for patients with CKD. During the actions, questions were directed to the patients, the answers obtained were annotated to perform the content analysis, which allowed the formulation of three categories in relation to the patients' perception about water restriction and food consumption: knowledge about the importance of Diet, knowledge related to food consumption and knowledge related to fluid intake, where it was observed that they have deficits in relation to the knowledge about this subject, although they know the importance of following the prescribed diet and water restriction.

Keywords: Diet therapy; Water restriction; Chronic Renal Disease; Hemodialysis.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M.; MELEIRO, A. Revisão: Depressão e insuficiência renal crônica: uma revisão. **J. Bras. Nefrol**, v. 22, n. 1, p. 192-200, 2000.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BASTOS, Marcus Gomes; BREGMAN, Rachel; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Rev. Assoc. Med. s São Paulo**, v. 56, n. 2, p. 248-253, 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302010000200028&lng=en&nrm=iso>. accesson 30 jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S010442302010000200028>.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução No 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília (DF): O Conselho; 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 389, de 13 de março de 2014**. Diário Oficial da União. 2014; CLI(50):3437. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html. Acesso em: 13 fev. 2017.

CASAS, J.; RODRIGUES, C. I. S.; D'AVILA, R. Educação nutricional para pacientes renais crônicos em programa de hemodiálise. **Nutrire Rev. Soc. Bras. Aliment. Nutr**, v. 40, n. 1, 2015.

CAVALCANTE, M. C. V. et al. Fatores associados à qualidade de vida de adultos em hemodiálise em uma cidade do nordeste do Brasil. **J. Bras. Nefrol.**, v. 35, p. 79-86, 2013.

CORDEIRO, J.A.B.L. et al. Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal crônica. **Rev. Eletr. Enf. Goiânia**, v. 1, n. 4, p. 785-93. 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a03.htm>>. Acesso em: 30 jan. 2017.

COUTINHO, N. P. S.; TAVARES, M. C. H. Atenção ao paciente renal crônico, em hemodiálise, sob a ótica do usuário. **Cad.Saúde. colet**, v. 19, n. 2, p. 232-9, 2011.

FERRAZ, Sanzia Francisca et al. Estado nutricional e ganho de peso interdialítico de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 37, n.3, p.306314, Sept. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002015000300306&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Feb. 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20150050>.

FIGUEIREDO, Ana Elizabeth PL. Doença renal crônica e estado nutricional. **Sci. med**, v. 24, n. 1, 2014.

GARCÍA-GARCÍA, G.; HARDEN, P.; CHAPMAN, J. El papel global del trasplante renal. **Nefrol Madrid**, v. 32, n. 1, p. 1-6, 2012.

KOPPLE, Joel D. National kidney foundation K/DOQI clinical practice guidelines for nutrition in chronic renal failure. **Am J Kidney Dis**, v. 37, n. 1, p. S66-S70, 2001.

KRESPI, R. et al. Haemodialysis patients' beliefs about renal failure and its treatment. **Pat. educat and counsel**, v. 53, n. 2, p. 189-196, 2004.

KUSUMOTA, L. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise. 2005. 144 f. **Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-22022006-094219/pt-br.php>> Acesso em: 30 jan. 2017.

MACHIN, R. et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciênc. Saúde Colet**, v. 16, n. 11, p. 4503-4512, 2011.

MADEIRO, A. C. et al. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. **Acta paul enferm**, v. 23, n. 4, p. 546-51, 2010.

MEDEIROS, M. C. W. C. D.; SÁ, M. D. P. C. D. Adesão dos portadores de doença renal crônica ao tratamento conservador. **Rev Rene**, v. 12, n. 1, p. 65-72, 2011.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification. **Am J Kidney Dis**, v. 39, n. 2 Suppl 1, p. S1-S266, 2002.

NUNES, F. A. et al. Autoestima, depressão e espiritualidade em pacientes portadores de doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev. Med. Res.**, v. 16, n. 1, p. 18-26, 2014.

OLIVEIRA, Eduarda Savino Moreira de; AGUIAR, Aline Silva de. Por que a ingestão de carambola é proibida para pacientes com doença renal crônica?. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v.37, n.2, p.241-247, June 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010128002015000200241&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Feb. 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20150037>.

RIELLA, Miguel Carlos; REDANA, Mayara Natacha Cesca. Nutrição na Progressão da Doença Renal Crônica. **In: Nutrição e o Rim**. Rio de Janeiro: Guanabara koogan. 20

SANTOS, R. A. D. **A construção da resiliência pelos trabalhadores de enfermagem na atenção a crianças e adolescentes cronicamente adoecidos**. 2012. 144 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto Fernandes Figueira. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2012. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/handle/icict/4143>> Acesso em: 02 de janeiro de 2017.

SESSO, R. C. C. et al. Diálise Crônica no Brasil - Relatório do Censo Brasileiro de Diálise, 2011. **J. Bras. Nefrol**, v. 34, n. 3, p. 272-277, 2012.

SILVA, L. M. D.; BUENO, C. D. Adesão ao tratamento dietoterápico sob a ótica dos pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. **Nutrire Rev. Soc. Bras. Aliment. Nutr**, v. 39, n. 3, 2014.

SILVEIRA, C. B. et al. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise em um hospital público de Belém-Pará; Quality of life of hemodialysis patients in a Brazilian Amazonian public hospital. **J. Bras. Nefrol**, v. 32, n. 1, p. 39-44, 2010.

SZANTON, S. L et al. Socioeconomic status is associated with frailty: the Women's Health and Aging Studies. **J. Epidemiol Community Health**.v. 64, n. 1, p.63-67, 2010.

VILLAS-BOAS, L. C. G. et al. Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 1-8, 2012.