

DOENÇA RENAL CRÔNICA: O IMPACTO DA ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

CHRONIC KIDNEY DISEASE: THE IMPACT OF PATIENT ADHESION TO HEMODIALYTIC TREATMENT

Zélia Neves Gomes Silva¹
Maria Elizabeth de Castro Souza²
Andiara Karla Alves Romão³

RESUMO

Introdução: A Doença Renal Crônica (DRC) é uma patologia que provoca a falência renal e, conseqüentemente, a perda da função de filtração, excreção do excesso de líquidos e dos metabólitos contidos no sangue. **Objetivo:** Analisar o impacto causado para a vida do doente renal crônico na adesão ao tratamento hemodialítico. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com 34 artigos, publicados em português, entre os anos de 2007 e 2017, nas bases de dados da LILACS, MEDLINE, IBECs, SCIELO e BDNF. **Resultados:** A DRC é uma doença progressiva e irreversível que causa mudanças bruscas na vida do doente e resulta em impactos negativos relacionados a alterações de ordem pessoal, social e familiar. Compromete a saúde física, psíquica e emocional, bem como perda da autoestima e da autonomia, causando medo, frustrações e dificuldades para enfrentar a doença. A qualidade de vida de pacientes com DRC é muito mais baixa que na população geral. Apesar do aumento da sobrevida e avanços no tratamento, os pacientes submetidos ao tratamento hemodialítico, apresentam-se negativistas com relação à qualidade de vida. **Considerações Finais:** Os enfermeiros que atuam na assistência aos pacientes portadores de DRC, devem atentar para importância da implementação de ações sistematizadas e baseadas em evidências científicas para que o sujeito exerça as atividades de vida diária aproximada da normalidade.

Descritores: Doença renal crônica; Adesão; Tratamento de hemodiálise; Sentimento.

ABSTRACT

Introduction: Chronic Kidney Disease (CKD) is a pathology that causes kidney failure and, consequently, loss of filtration function, excretion of excess fluid and metabolites contained in the blood. **Objective:** To analyze the impact caused to the life of the chronic renal patient in adherence to hemodialysis treatment. **Methodology:** This is an integrative review of the literature, with 34 articles, published in Portuguese, between 2007 and 2017, in the LILACS, MEDLINE, IBECs, SCIELO and BDNF databases. **Results:** DRC is a progressive and irreversible disease that causes sudden changes in the patient's life and results in negative impacts related to personal, social and family changes. It compromises physical, psychic and emotional health, as well as loss of self-esteem and autonomy, causing fear, frustrations and difficulties to cope with the disease. The quality of life of patients with CKD is much lower than in the general population. Despite the increase in survival and advances in treatment, patients undergoing hemodialysis treatment are negativists with regard to quality of life. **Final Considerations:** Nurses who work in the care of patients with CKD must pay attention to the importance of the implementation of systematized and scientific evidence-based actions so that the subject can perform activities of daily living that are close to normality.

Keywords: Chronic kidney disease; Accession; Treatment of hemodialysis; Feeling.

¹ Acadêmica do 9º período do curso de Enfermagem da Faculdade Única de Contagem, MG, Brasil.

² Acadêmica do 9º período do curso de Enfermagem da Faculdade Única de Contagem, MG, Brasil.

³ Orientadora e docente do curso de Enfermagem da Faculdade Única de Contagem, Contagem, MG, Brasil.

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é uma patologia que provoca a falência renal e, conseqüentemente, a perda da função de filtração, excreção do excesso de líquidos e dos metabólitos contidos no sangue. A maioria dos casos de DRC é silenciosa e o diagnóstico não costuma ser evidenciado na fase inicial da doença. Porém, ao ser diagnosticada, devem ser implementados tratamentos para retardar a evolução e o tratamento invasivo por meio da Hemodiálise (HD) ou da Diálise Peritoneal (DP) (DUTRA et al., 2014).

Disfunção renal é diminuição da função dos rins. Cerca de 25% ocorre na fase primária, a qual ainda ocorre a filtração glomerular, reabsorção de eletrólitos e glicose e o equilíbrio ácido-base permanece inalterado. Na fase sistêmica ou secundária, os rins não conseguem manter a homeostasia. Ocorre perda de 75% da função renal, anemia e uma moderada azotemia (elevação sanguínea de compostos nitrogenados não proteicos - ureia e creatinina). Na terceira fase a função dos rins diminui em 20%, e os sintomas são: anemia, azotemia intensa, acidose metabólica, hiperfosfatemia, hipercalcemia e hiponatremia. E na última fase fica em evidência a síndrome urêmica, é necessária realização de cuidados específicos sessões de diálise ou transplante renal (BERETA et al., 2009).

As principais causas da DRC geralmente são decorrentes da *Diabetes Mellitus* (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Glomerulonefrite Crônica (GC), Pielonefrite, oclusão do trato urinário, lesões hereditárias, disfunções vasculares, infecções, uso prolongado de medicamentos ou agentes tóxicos. A DM está associada aos principais índices de mortalidades em pacientes portadores da patologia, necessitando aos pacientes iniciar o tratamento em programas de diálise (BERETA et al., 2009).

A hemodiálise (HD) é a modalidade de tratamento indicada, que consiste em um processo de filtração e depuração do sangue, realizada em portadores de DRC ou aguda. Este processo elimina as substâncias que está em excesso no organismo, como creatinina e ureia. Os avanços tecnológicos têm possibilitado tratamentos de qualidade para os pacientes, em função do aprimoramento dos equipamentos dialisadores, os quais estão cada vez mais seguros e eficientes. A Terapia Renal Substitutiva (TRS) reduz os índices de morbimortalidade e aumenta índices de

reabilitação de mais de um milhão de pessoas do mundo todo, que são submetidas ao tratamento (BERETA et al.,2009).

Mascarenhas et al (2011) retrata que a DRC é uma patologia que provoca variados efeitos na vida do indivíduo em função do difícil tratamento, implicando assim na estrutura física, psicológica e socioeconômica, não apenas para o doente, mas também para a família e a sociedade. Sabe-se que tanto a DRC e a DM são graves problemas de saúde pública, na qual o enfermeiro enfrenta um grande desafio para prestar os cuidados necessários aos portadores dessas afecções, tanto na atenção básica como no âmbito hospitalar. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), garante uma assistência de qualidade com foco na integralidade das dimensões do indivíduo a ser cuidado, com impactos positivos na promoção da saúde e da segurança do cuidado.

De acordo com Pena et al (2012), cerca de 20% da população brasileira possui risco em desenvolver DRC. Em relação ao sexo, indivíduos com idade superior a 18 anos, com diagnóstico prévio de HAS, o risco real é 25,5% para o sexo feminino e 20,7% para sexo masculino. Para os portadores de DM, o risco é em torno de 6% da população. Diante do aumento do número de casos em TRS, estima-se que no Brasil, seja gasto em torno de 1,4 bilhões de reais ao ano com o programas de transplantes renais e sessões de diálise.

Os indivíduos com DRC estão expostos a várias mudanças, interferindo no modo de pensar e agir, acarretando alterações físicas, acompanhadas de prejuízos psicológicos em função das mudanças abruptas do seu cotidiano. Conhecimento sobre a patologia ajuda na aderência do paciente ao tratamento, bem como seus anseios, atitudes e sentimentos constituídos ao longo do tratamento (CAMPOS et al., 2015).

Aqueles pacientes que realizam TRS estão propensos a um maior risco de transtorno de humor, com prevalência de ansiedade e depressão. O que pode afetar a adesão terapêutica, o sistema imunológico, nutricional, perda da concentração, perda da motivação, fadiga, distúrbios do sono, humor depressivo e dificuldade de compreender informações (STASIAK et al., 2014).

Pesquisa realizada por Stasiak et al (2014) mostram que apesar da qualidade de vida (QV) ser afetada tanto na HD quanto na DP, pacientes em HD possuem maiores taxas de depressão em comparação os de DP, devido ao paciente ficar um tempo maior ligado a uma máquina de diálise, limitando suas atividades diárias,

além de apresentar uma taxa elevada de suicídio. Os pacientes em DP possuem uma QV mais satisfatória, em relação aqueles em tratamento pela HD, pois o plano dietético é menos restrito, além do procedimento oferecer mais autonomia na vida social.

Moura Junior et al (2008) relataram a ocorrência de alterações no estilo de vida diário do indivíduo portador da DRC e de sua família. Algumas mudanças tendem acontecer como: pressão psicológica, limitações que incluem a qualidade de vida, dependências e restrições hídricas impostas pelo tratamento, medo da morte e mudanças na aparência física. A depressão e a ansiedade são as síndromes mais frequentes que podem ocorrer nos indivíduos noticiados com a doença.

Em relação à adesão do indivíduo portador de DRC ao tratamento, os profissionais da área da saúde têm realizado inúmeros estudos à cerca do comportamento dos pacientes e demonstrado que o processo de adesão do doente é influenciado por vários fatores de enfrentamentos que determinam a continuidade, ou não do tratamento (MALDANER et al., 2008).

Frazão et al (2014) apontam a importância da presença do enfermeiro coordenando a equipe de enfermagem para identificar as necessidades na sessão de HD, e de cada paciente com suas particularidades, orientando a família e o paciente sobre a doença, além de esclarecer as dúvidas sobre o plano terapêutico.

METODOLOGIA

Foi uma revisão integrativa de literatura através da combinação dos seguintes descritores em ciências da saúde (DeSC): Doença renal crônica; Adesão; Tratamento de hemodiálise; Sentimento. A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2016 a abril de 2017. As buscas de artigos científicos ocorreram nas bases de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e a Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Usado como critérios de inclusão publicações que abordassem o tema, em um recorte temporal entre os anos de 2007 e 2017, publicado em português, com os textos e resumos disponíveis na íntegra nas bases consultadas. Como critérios de exclusão foram eliminadas as publicações que não atenderam aos critérios citados acima. Foram

disponibilizados 90 artigos, descartados 56 e utilizados 34 artigos para a redação do trabalho.

RESULTADOS

Epidemiologia

Bezerra e Santos (2008), em seu estudo, apontam levantamento estatísticos, feitos pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), contando com a cooperação de 83% das clínicas HD existentes, declararam que existem 54.311 clientes em TRS, sendo 48.362 clientes em HD, 3.638 em DPAC, 2.073 em DPA e 238 em DPI. As taxas anuais em clientes em THD é algo em torno de 100 ocorrências por cada 1 milhão de habitantes, contudo o custo anual do transplante, tem menor custo comparado com o THD. O que demonstra que a DRC é uma doença com altas taxas de Morbimortalidade. No Brasil vem ocorrendo aumento progressivo da incidência e prevalência de pessoas acometidas com DRC em estágio terminal, de tal forma, que a DRC está se transformando em um grande problema de saúde pública.

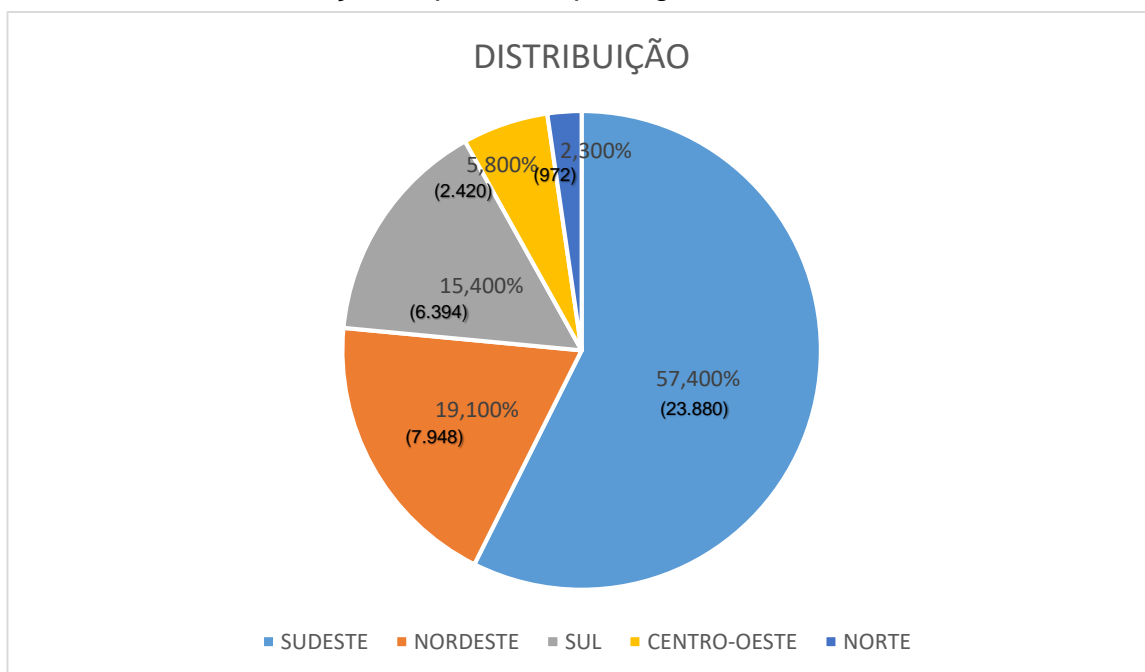
DRC tem elevada prevalência a qual coloca o Brasil, como o segundo país em número absoluto em realização de transplantes renais (TR). Levantamentos estatísticos de 2013 demonstram que foram realizados 5.433 transplantes. Apesar desses números, a demanda ainda é enorme e crescente, no ano de 2013, encontravam-se 8.609 pacientes aguardando na lista de espera e cerca de aproximadamente 100.397 pacientes em tratamento dialítico no Brasil, o que evidencia que a as taxas de mortalidade entre pacientes renais crônicos em hemodiálise é 20 vezes maior do que a maioria da população (ANDRADE; SESSO; DINIZ, 2015).

Em censo do ano de 2006, divulgado pela SBN, detalha a existência 41.614 pacientes em TRS pelo país, distribuídos conforme gráfico 1, sendo 35.928 (89,4%) pacientes em hemodiálise e 3.963 (10,6 %) pacientes em outros tipos de diálise (DA COSTA et al., 2010).

A SBN estima que a cada ano cerca de 2.700 brasileiros serão submetidos ao transplante renal. Esses pacientes transplantados terão maior possibilidade de realizar atividades laborais, visto que não interromperão suas atividades cotidianas para dialisar. É importante a abordagem de outros aspectos essenciais para a vida

desse indivíduo DRC, por exemplo: psicológicos; reabilitação funcional, socioeconômico e acompanhamento familiar (DA COSTA et al., 2010).

GRÁFICO 1 - Distribuição de pacientes por região



Fonte: Adaptado de Da Costa et al (2010).

É responsabilidade da equipe multidisciplinar de saúde promover medidas e ações que capazes de minimizar as alterações na saúde do renal crônico, que está em tratamento hemodialítico (DA COSTA et al., 2010).

Doença Renal Crônica e sua fisiopatologia

Os rins, órgãos pares, localizados na cavidade abdominal, são essenciais à vida. A disfunção pode ocorrer em qualquer idade, em graus variados de intensidade. A partir dos trinta anos de idade a função renal começa a diminuir em velocidade proporcional a 1% ao ano (BERETA et al., 2009).

No entanto, uma característica renal importante é a alta capacidade de adaptação à perda progressiva de néfrons, permitindo a manutenção da homeostase, mesmo com a massa renal reduzida, bem como, sua tendência à progressão espontânea (BERETA et al., 2009).

A DRC provoca diversas alterações nas funções bioquímicas e fisiológicas do indivíduo portador. Fazendo com que este paciente lute diariamente por uma sobrevivência, por um bem-estar físico, mental, espiritual e social, que representam dimensões dinâmicas e integradas do processo saúde-doença (BERETA et al., 2009).

Essa incapacidade que os rins têm, para executarem suas principais funções, conseqüentemente, faz com que essas substâncias se acumulem, provocando manifestações cardíacas e neurológicas graves (BERETA et al., 2009).

O sistema urinário desempenha vários papéis essenciais para homeostase corporal. Suas funções compreendem: a formação da urina, a excreção de produtos residuais, o equilíbrio hidroeletrólítico, a autorregulação da pressão arterial e função endócrina. Uma disfunção no sistema renal promove diversas complicações no sistema orgânico humano. Dependendo do tipo de comprometimento, o indivíduo pode ser identificado com um quadro renal crônico (ALVES; GUEDES; COSTA, 2016).

Pacientes com função renal alterada apresentaram implicações de ordem neurológicas, dermatológicas, musculares, gastrointestinais, cardiovasculares, hematológicas, com evidência para os distúrbios das funções cognitivas, a exemplos as modificações de personalidade, comportamento e alterações psicossociais (ALVES; GUEDES; COSTA, 2016).

Segundo The National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF/DOQI), a definição da DRC, se baseia em três fatores: Elemento anatômico e/ou estrutural; Elemento funcional e/ou Filtração Glomerular (FG); Elemento temporal. A partir desta definição, pode-se considerar que o portador de DRC é qualquer pessoa que, independente do motivo será aquele que apresente valor de FG < 60 ml/min/1,73m² e/ou valor de FG > 60 ml/min/1,73m² correlacionada ao menos a um fator de dano renal, a exemplo; presença de proteínas na urina há no mínimo 3 meses (BARBOSA; SALMON, 2013).

Dentre os principais fatores que abrangem a DRC estão; glomerulonefrites, hipertensão arterial sistêmica, trauma, DM, sepse, hipotensão, fármacos e doenças renais (DR) já existentes. Entre os de menor frequência estão: rins policísticos, pielonefrites, lúpus eritematosos sistêmicos e as doenças congênitas. Em 2002, o NKF/DOQI, recomendou a classificação do estadiamento da DRC, com base de no grau da lesão renal, conforme tabela 1 (BARBOSA; SALMON, 2013).

Bereta et al (2009) apontam que quanto à severidade e disfunção renal, a doença é dividida em fases. A primeira fase caracteriza-se por diminuição da função renal de, aproximadamente, 25%, embora ainda haja filtração, habitualmente não há azotemia e o balanço hidroeletrólítico e de ácido-base são mantidos.

Na segunda fase, o rim já não é capaz de manter a homeostasia interna, pois há uma perda em torno de 75% da função renal e o paciente apresenta nictúria, anemia e uma moderada azotemia (BERETA et al., 2009).

Na terceira fase, a função renal geralmente apresenta-se abaixo de 20%, e os pacientes apresentam sintomas como: azotemia intensa, anemia, acidose metabólica, hiperfosfatemia, hipercalcemia e hiponatremia. Conhecida como fase terminal, na quarta o paciente apresenta síndrome urêmica, necessitando de terapias realizadas por diálise ou transplante (BERETA et al., 2009).

TABELA 1 - Classificação dos estágios da DRC definida pela TFG

ESTÁGIO	TGF	DESCRIÇÃO
1	90 - 130ml/min	Rim danificado, mas normal para a função renal aumentada.
2	60 - 89ml/min	Leve diminuição na função renal.
3	30 - 59ml/min	Moderada diminuição na função renal.
4	15 - 29ml/min	Grave diminuição na função renal.
5	> 15ml/min	Insuficiência renal com tratamento, definida como doença renal de estágio final.

Fonte: Adaptado de Barbosa e Salmon (2013).

Grupos de risco para o desenvolvimento da DRC

A etiologia da DRC é variada e geralmente dividida em três grupos: doenças primárias dos rins, doenças sistêmicas que também acometem os rins e doenças urológicas (BERETA et al., 2009).

A causa principal normalmente advém de *Diabetes Mellitus* (DM), Hipertensão Arterial (HAS), glomerulonefrite crônica, pielonefrite, obstrução do trato urinário, lesões hereditárias, distúrbios vasculares, infecções, uso de medicamentos ou agentes tóxicos e que esta suscetibilidade para DRC esta aumentada para alguns pacientes, o que faz com eles sejam considerados um grupo de risco, quadro 1 (BERETA et al., 2009).

QUADRO 1 – Grupos de risco

Grupos	Fatores
Hipertensos	HAS é usual na DRC, com ocorrência em mais de 75% dos casos em qualquer fase da vida;
Diabéticos	Apresenta elevado risco para DRC e patologias cardiovasculares;
Idosos	A queda fisiológica da FG tende a causar lesões renais, algo comum em indivíduos desta faixa etária, tornando-os mais susceptíveis a DRC;
Indivíduos com patologias cardiovasculares	A DRC se correlaciona como fator de risco uma para com a outra;
Indivíduos que usam fármacos nefrotóxicos:	Estes devem ser evitados e/ou otimizados, quando este é portador de DRC;
Familiares do portador de DRC	Possuem predisposição elevada para HAS, DM, proteinúria e DR.

Fonte: Bereta *et al.*, (2009).

Modalidades de tratamento da DRC

Com a diminuição gradativa da capacidade de funcionamento dos rins os pacientes necessitarão de algum tipo de terapia renal substitutiva (TRS), sendo as modalidades disponíveis: a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal (PECOITS; RIBEIRO, 2014).

A hemodiálise (HD) é uma TRS que envolve procedimento extracorpóreo de filtração do sangue por meio de um dialisador. Na HD, a transferência de solutos ocorre entre o sangue e a solução de diálise através de uma membrana semipermeável artificial (filtro de HD ou capilar) por três mecanismos: a difusão, ultrafiltração e a convecção. A difusão é o fluxo de soluto a favor do gradiente de concentração, através da membrana. A ultrafiltração é a remoção de líquidos através de um gradiente de pressão hidrostática que força a passagem de água através da membrana para o banho da diálise, e a convecção é a perda de solutos durante a ultrafiltração, quando ocorre o arraste de solutos na mesma direção do fluxo de líquidos através da membrana. Os métodos de acesso à circulação do paciente podem ser realizados através da inserção de cateteres em veias jugulares, subclávia e femoral ou pela confecção de fístulas arteriovenosas, criadas cirurgicamente a partir da anastomose entre artéria e veia subjacente. A sessão de HD dura cerca de 2 a 4 horas, numa frequência de 2 a 4 vezes por semana (DA SILVA, 2015, p. 4).

Na diálise peritoneal, utilizamos um “filtro” que já existe no nosso próprio organismo. Esse filtro é o peritônio, uma membrana que naturalmente recobre os órgãos abdominais e a parede abdominal. Diferente da hemodiálise, em que o

sangue do paciente é retirado do corpo e passado por uma máquina, na diálise peritoneal o sangue é filtrado dentro do próprio corpo do paciente (PECOITS; RIBEIRO, 2014).

A HD substitui as principais funções do rim, mas não é capaz de substituir integralmente o órgão. Ela se constitui em um procedimento de alto custo/complexidade que envolve uma assistência altamente especializada, tecnologia avançada, ações de alta complexidade e requer articulação entre os níveis secundário e terciário da assistência. Além disso, apresenta, ao longo dos últimos anos, uma demanda crescente, o que tem implicado considerável consumo de recursos financeiros (DA COSTA et al., 2010).

Bereta et al (2009) ressalta que o tratamento do paciente renal crônico consiste no controle da progressão da nefropatia e inclui o tratamento da hipertensão, a restrição dietética de proteína e fósforo e redução da proteinúria, além do manejo da hiperlipidemia. Este controle deve ser acompanhado das evidências de possíveis complicações urêmicas, visando evitar danos renais. O tratamento dialítico na DRC tem sua indicação quando ocorre desnutrição, sobrecarga de volume, neuropatia periférica e outros sintomas urêmicos inviáveis de reversão com o tratamento conservador.

A terapia nutricional é a base para o controle em longo prazo de indivíduos portadores DRC. A baixa da função renal favorece para o surgimento de inúmeros distúrbios hidroeletrólíticos, hormonais e metabólicos. Os quais contribuem direta ou indiretamente para uma evolução de um estado nutricional contrario. Manifestado pela perda dos estoques de gorduras e proteínas, especificamente no tecido muscular (BARBOSA; SALMON, 2012).

O propósito principal da dietoterapia na DRC é o suprimento adequado de alimentos na quantidade e qualidade necessária para uma melhor condição nutricional, ao mesmo tempo em que, se reduz o volume funcional para os néfrons residuais. O controle dietético torna-se mais eficientes quando iniciados antecipadamente. Contudo, a dietoterapia é desafiadora, já que a perda da função renal atinge diversas partes do corpo. A diminuição de alguns elementos dietéticos vem a ser indispensáveis para equilibrar os efeitos secundários da DRC, propiciando assim elementos impeditores, para a adesão do paciente ao tratamento, visto que diversos hábitos alimentares, adquiridos ao longo dos anos, passarão por modificações (BARBOSA; SALMON, 2012).

MUDANÇAS VIVIDAS POR PACIENTES EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO.

Com o impacto do diagnóstico de uma doença incurável, e a necessidade de submissão a um tratamento longo, doloroso e incerto, com limitações físicas, com a diminuição da vida social e principalmente com a incerteza sobre o futuro, geram nos pacientes sérios abalos, que o remete à dependência de uma máquina. A evolução da doença ocasiona mudanças importantes na sua vida e na vida das pessoas de sua rede social, além de estabelecer uma dependência a uma equipe especializada, e a obrigatoriedade de aceitar e assumir um esquema terapêutico rigoroso para a manutenção de sua vida, produzindo assim sentimentos ambíguos de raiva e gratidão (MATTOS; MARUYAMA, 2010).

Freitas e Cosmo (2010) corroboram com Mattos e Maruyama (2010) ao dizer que os portadores de DRC iniciam a sua trajetória ciente da irreversibilidade do seu quadro. Essas mudanças vão além da perda da função renal: compreende problemas sociais e econômicos, conflitos emocionais. aceitação dos inconvenientes ao tratamento, dependência, revolta contra a doença e o seu tratamento. Bezerra e Santos (2008, p. 458), dizem que:

[...] o paciente com DRC sofre uma série de limitações físicas, sociais e emocionais, incluindo dificuldades no desempenho ocupacional, restrições hídricas, dietas especiais, consultas médicas e sessões de hemodiálise, tornando a pessoa frágil e desestruturando seu cotidiano. Em relação a isso, discorrer sobre o emocional do paciente renal é, antes de tudo, trajetória de perdas que vai além da perda da função renal. Desde o momento do diagnóstico até a possível realização do transplante (única expectativa real de “cura”), o caminho do insuficiente renal crônico é atravessado por uma gama de outras questões que colocam em evidência sua problemática pessoal, bem como a dinâmica familiar. A partir daí, pensa-se na necessidade de avaliar o cotidiano das pessoas com DRC, pois numa linguagem mais simples, entende-se que vida cotidiana é o dia-a-dia, a vida dos mesmos gestos, dos ritmos de todos os dias, como levantar nos horários certos, ir ao trabalho, à escola, preparar o café da manhã, o almoço, praticar esporte. Enfim, atividades realizadas de maneira mecânica e automatizadas. Entre várias discussões e críticas sobre o cotidiano, a vida cotidiana foi considerada como o local de desenvolvimento humano, exemplificado através de aspectos como trabalho, linguagem, pensamento e sentimento, ações e reflexões do homem.

A hemodiálise mostrou-se um tratamento que, isoladamente, não alterou na piora dos resultados da qualidade de vida. Pelo contrário, ela é uma perspectiva de vida para estes pacientes. Este fato ressalta a importância da adoção de alternativas, para que estes pacientes possam melhorar a qualidade de vida desde o momento do diagnóstico de DRC, em que ainda não é necessária a intervenção hemodialítica (FASSBINDER et al., 2013).

Bereta et al (2009) destaca que: “é importante estimular a capacidade de adaptação humana, positivamente, ao novo estilo de vida, estimulando os pacientes à manutenção do autocuidado, ao controle do tratamento e à adaptação às mudanças”.

O conceito de QV estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é a “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e percepções”.

Desta forma, QV vêm a ser vista como o entendimento de bem-estar objetivo e subjetivo, em função das inúmeras variáveis e interpretações que compreende a percepção individual de cada pessoa (LOPES, 2013).

No âmbito da saúde, o tema QV ganhou destaque ao ser utilizado como ferramenta para avaliar os resultados dos tratamentos dispensados. Com isto, a abordagem clínica tornou-se tão importante quanto à preocupação com a eficiência das intervenções e o bem-estar proporcionado (LOPES, 2013).

A partir de então, surgiu um novo conceito, que é o de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), cujo é o de “descrever os aspectos sociais e psicológicos da saúde do paciente, bem como a percepção da saúde e do tratamento de acordo com seu ponto de vista”, além de avaliar a qualidade, a efetividade e a eficiência dos cuidados prestados de acordo com o impacto ocorrido (LOPES, 2013).

Mudanças repentinas no estilo de vida

Segundo Oliveira e Soares (2012) mesmo com evolução tecnológica e aprimoramentos da TRS em prol de proporcionar melhoras cada vez mais expressivas no estado global dos pacientes portadores de DRC, o THD envolve uma série de implicações diárias. Sendo assim, podendo ocorrer as seguintes

implicações durante as sessões de HD: hipotensão; câimbras musculares; náuseas; êmese; cefaleia; dor torácica; embolia; infecções no acesso vascular. Já as implicações habituais que ocorrem em longo prazo são: Anemia; Desnutrição; Doença cardiovascular.

Simultaneamente com o desenvolvimento da patologia e de suas implicações, produz uma sucessão de danos a nível físico, mental, funcional, social, e na QV do paciente, já que estes pacientes passam a manifestar em seu cotidiano, situações de limitações, prejuízos, frustrações, psicológicas e sociais que dificultarão sua QV. Bem como alteração da imagem corporal, padrão de sono, seu humor, seu peso, seu apetite, desejo sexual, restrições alimentares; restrições laborais e de convívio familiar (OLIVEIRA; SOARES, 2012).

Bertolin et al (2011) complementa ainda que as mudanças observadas na QV de paciente em HD serão: controle de ingestão de alimentos e líquidos; prurido; cansaço; câimbras musculares; dúvida a cerca do futuro; alteração no padrão do sono; não poder ter filhos; alterações no âmbito familiar; tempo despendido com THD; diminuição da renda financeira; alterações nas atividades laborais; inconvenientes com transporte para o centro de HD e vice-versa; dificuldades da pratica de atividade física; declínio nas funções corporais e vida social.

Costa; Vasconcelos e Tassiano (2010), realizaram estudos em unidades de THD na cidade de Caruaru no estado de Pernambuco, com 49 pacientes em processo de HD com idade variando de 20 aos 88 anos, visando indicar a percepção desta população de indivíduos em relação ao grau de transtorno provocado pela THD e conseqüentemente alterações em sua QV, constatou-se que:

Tabela 2 - Principais mudanças com relação ao tratamento DRC

MUDANÇAS	NÃO INCOMODA		INCOMODA	
	n	f (%)	n	f (%)
Dores musculares	15	30,6	34	69,4
Dor no peito	30	61,2	19	38,8
Cãibras	5	10,2	44	89,8
Falta de ar	26	53,1	23	46,9
Fraqueza	13	26,5	36	73,5
Falta apetite	21	42,9	28	57,1

Muito cansado	14	28,6	35	71,4
Dormência	24	49	25	51
Vontade de vomitar	17	34,7	32	65,3
Diminuição de líquido	4	8,2	45	91,8
Diminuição alimentar	7	14,3	41	85,7
Capacidade de trabalhar	12	24,5	37	75,5
Capacidade de viajar	16	32,7	33	67,3
Depender de médicos	42	85,7	7	14,3
Estresse	14	28,6	35	71,4
Vida sexual	26	53,1	23	46,9
Aparência pessoal	36	73,5	13	26,5

Fonte: Adaptado de Costa; Vasconcelos e Tassiano (2010).

Observou-se que o que mais causou interferência nas atividades de vida diária (AVDs) do paciente DRC em tratamento foi: dores musculares, cãibras (89,8%), fraqueza muscular (73,5%), diminuição da ingestão de líquido (91,8%), diminuição de ingestão alimentar (85,7%) e capacidade de trabalhar (75,5%). Neste sentido o estudo constatou-se uma percepção negativa da QV nas pessoas portadoras de DRC, mostrando que as atividades cotidianas realizadas no seu dia a dia serão comprometidas (COSTA; VASCONCELOS; TASSIANO, 2010).

Da Silva et al (2011, p.842), retratam que:

Essas mudanças nos hábitos de vida não se restringem a alimentação e hidratação. Quando se apresenta uma doença crônica, a necessidade de mudanças pode se estender a hábitos relacionados com a atividade física, lazer e trabalho. Além disso, o paciente permanece dependente de tecnologias, podendo ser necessária a utilização contínua de medicações, assim como a dependência de familiares, de profissionais de saúde e ou de outros cuidadores. Assim, a vida pode tornar-se um desafio. A restrição física de um dos braços, em decorrência da fistula arteriovenosa (FAV), e do desconforto causado pelo cateter no pescoço provocou mudanças no desempenho das atividades diárias e profissionais dos pacientes, tornando-os mais inseguros no cuidado consigo mesmo.

Percebendo que as limitações destes pacientes em relação a aparência que fazem do seu corpo em função da existência da fistula e a sujeição a uma tecnologia, precisa ser desmistificada pela equipe multidisciplinar. Os pacientes

aceitam a exigência da FAV para a viabilização do THD, apesar disso relatam sensações de tristeza, amargura e dependência (DA SILVA et al., 2011).

Não apenas as precauções com a qualidade de acesso venoso e manutenção da FAV é fundamental, também se faz necessário oferecer um espaço terapêutico para que possam expressar seus anseios, dúvidas e sentimentos. Evidenciando que é fundamental discutir com estes pacientes os cuidados com a FAV, a fim de evitar limitações desnecessárias. Bem como a interrupção das AVDs em consequência do diagnóstico e do processo de tratamento dialítico (DA SILVA et al., 2011).

Lemos (2013, p.19) ainda ressalta que:

A QV é uma variável difícil de definir tendo o seu conceito duas características básicas: subjetividade e multidimensionalidade. Subjetividade porque a QV é uma percepção única para cada indivíduo, o que reflete a autoavaliação do paciente sobre a própria saúde, definida por aspectos médicos e não médicos de suas vidas. De fato, os pacientes utilizam impacto negativo ou os efeitos secundários do tratamento para avaliação de qualquer intervenção médica. A avaliação da qualidade de vida em pacientes com DRC tem evoluído com os avanços no tratamento, de modo que a expectativa de resultados dos pacientes cresceu da simples sobrevivência para atingir uma sensação de bem-estar.

As melhorias na qualidade de vida

Na visão de Marchezan et al (2011) a análise que tem o portador da DRC a acerca de sua QV é resumida por ter saúde, ter família e amigos, ter uma boa condição financeira e ter uma religião. Na visão geral, a percepção de QV do portador DRC em terapia de hemodialítica é reduzida, ressaltando que esse fato se deve em função do método de hemodiálise. Em sendo a alternativa que daria um melhor ganho na QV para todos os indivíduos avaliados, seria o transplante renal.

Com os avanços em pesquisas e a consequente descoberta de novos tratamentos para a DRC, tem proporcionado um aumento na expectativa de vida dos portadores de DRC. Tal condição gerou um maior interesse pelo bem-estar dos pacientes submetidos à diálise, pôr viverem em uma condição crônica de saúde, e consequentemente expostos a uma série de mudanças na vida e de seus familiares (BOROTTA; PUPULIM, 2015).

Santos e Frazão (2012) em seu estudo comprovou que os pacientes portadores de DRC, em THD sofrem modificações que repercutem principalmente na capacidade física, ou seja, causando um grande impacto na atividade laboral. Já os pacientes que não desenvolviam atividades cotidianas de trabalho apresentaram menor ganho em qualidade de vida em relação ao grupo que realizava alguma atividade profissional de trabalho. Constando-se, que o trabalho propicia uma melhora na QV, e que a QV se correlaciona ao trabalho. Visto que a THD limita a vida profissional do paciente portador da DRC, e a situação de não estar desenvolvendo nenhuma atividade laboral, diminuiu a QV dos portadores de DRC, mesmo quando a renda familiar foi mantida (SANTOS; FRAZÃO, 2012).

Em diversos estudos, o grau de instrução tem sido apontado como um aspecto relevante para um ganho na QV destes portadores de DRC, por representar ganhos relacionados, aos aspectos emocionais destes indivíduos portadores DRC. Assim sendo, a educação é apontada como fator essencial para uma apropriada gestão da doença, viabilizado uma melhor convivência com a doença e transformando o indivíduo em alguém capaz de prevenir e detectar complicações (SILVA, 2012).

Desse modo, Silva (2012) recomenda que o grupo multidisciplinar, que acompanha o paciente portador de DRC em processo de THD tenha maior atenção, para com os indivíduos de menor nível educacional, para que eles possam saber conhecer melhor o que é sua doença, com o objetivo de obter uma melhora na sua QV e tratamento.

Ao mesmo tempo Silva (2012) corrobora com Maldaner et al (2008), ao descrever que, indiferentemente ao grau instrução do portador de DRC, a educação para a saúde vem a ser obrigação de cada indivíduo que integra a equipe multidisciplinar. O desenvolvimento do processo educativo deve acontecer em todas as etapas do tratamento, ocorrendo de forma gradativa, contínua e interativa, respeitando-se as particularidades individuais de cada paciente, fazendo uso de vocabulário de fácil compreensão e adequado ao nível-cultural de cada indivíduo.

A ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO E A IMPORTÂNCIA DO FAMILIAR NESTE PROCESSO.

Silva (2012, p.6), afirmam que:

A auto-aceitação significa reconhecer e aceitar características positivas e negativas. O sentimento de aceitação gera estima, confiança e segurança em si e nos outros. A forma como o indivíduo se vê e se descreve, suas crenças sobre como é visto pelos outros, a similaridade que percebe entre o que é e o que acredita que os outros pensam dele e o grau em que valoriza suas competências em comparação com os outros são forças orientadoras para os esforços de adaptação. É necessário que a pessoa com alguma incapacidade aceite sua condição, já que mesmo diante de adversidades e de sofrimento é possível encontrar sentido. [...] no sofrimento para que a pessoa consiga superá-lo da melhor forma possível. Tirar lições positivas das experiências dolorosas faz a pessoa crescer na dimensão mais profunda que um ser humano pode alcançar: dar sentido à sua dor, por pior que ela possa parecer. "Sempre e em toda parte, a pessoa está colocada diante da decisão de transformar a sua situação de mero sofrimento numa realização interior de valores".

A adesão

O processo de adesão e aceitação do tratamento terapêutico, pelo indivíduo portador de DRC em THD não se faz um processo simples. Existem umas séries de fatores envolvidos, que atuaram de forma inter-relacionada. Já que cada paciente realiza o seu tratamento de um jeito único e característico, em função dos diversos hábitos adquiridos no decorrer da vida, do apoio dos familiares e seu inter-relacionamento pessoal (MALDANER et al., 2008).

Tais individualidades condicionam a resposta do paciente ao processo terapêutico, cabendo ao profissional de saúde um melhor entendimento a cerca destas particularidades. A identificação dos hábitos que envolvem a adesão terapêutica contribui para uma assistência mais segura, comprometida e menos frustrante para o profissional de saúde (MALDANER et al., 2008).

O fato de o indivíduo não aderir à terapêutica proposta depende de características individuais. Desta forma, o profissional deve orientar apontar caminhos e entender que o processo de não adesão e aceitação em relação ao processo de tratamento, não está sujeito a apenas a sua atuação enquanto profissional do cuidado, mas também a vontade intrínseca do doente.

A situação de não adesão e aceitação do processo de tratamento é um obstáculo na assistência efetiva aos portadores de DRC, já que o processo de tratamento compreende trabalho, envolvimento e esforço em equipe dos profissionais e a aplicação da tecnologia disponível, sendo fundamental a

cooperação e o envolvimento do indivíduo portador da DRC no autocuidado. Portanto, é necessária a sensibilidade ao profissional de saúde para perceber cada indivíduo como único e desta maneira adaptar sua forma de assistência para cada pessoa. Este profissional deve colocar como princípio orientador o foco de sua atenção na pessoa e não na doença, transformando a relação de cuidado na medida em que o indivíduo se torna um sujeito ativo que participa e se responsabiliza pelo seu tratamento (MALDANER et al., 2008).

Maldaner et al (2008) apud Higa et al (2008), observou que na maior parte dos indivíduos, a luta contra a DRC é motivada pelas percepções acerca de sua QV qualidade de vida de cada paciente. As de cunho positivo apresentam-se relacionadas a métodos racionais, a exemplo definir metas e/ou aprender mais acerca da patologia. De outro lado as negativas relacionam-se a métodos evasivos; negação e não aceitação da patologia.

Maldaner et al (2012) identificou em sua pesquisa que 9 fatores e/ou motivos potencializavam à adesão ou não ao tratamento de indivíduos portadores da DRC e que estes fatores se correlacionavam entre si, sendo eles:

Quadro 2 - Fatores que influenciam a adesão ou não adesão.

FATORES	DE QUE FORMA?
Confiança na equipe	A confiança depositada no enfermeiro, as atitudes adotadas pelo profissional, como linguagem popular, demonstração de respeito pelas suas crenças e um atendimento acolhedor.
Redes de apoio	A presença do familiar, é de amigos e pessoas próximas, é fundamental no enfrentamento das adversidades.
Nível de escolaridade	Quanto mais baixo o nível de escolaridade, maior é a possibilidade de abandono do tratamento, pois compromete o aprendizado sobre o tratamento.
Aceitação da doença	Saber lidar de forma positiva com a doença é suportar os efeitos colaterais do tratamento, perguntando, informando-se, e com isso reaprendendo a viver, dentro das condições impostas pela doença.
Efeitos colaterais da terapia	Em função da medicação utilizada uns dos principais motivos para a não adesão ao tratamento.
Falta de acesso aos medicamentos	Tem acesso gratuito ao serviço de diálise, no entanto, muitas vezes necessita complementar o seu tratamento com medicações de alto custo, ou de difícil acesso.
Tratamento longo	A doença requer um tratamento diário e de longo prazo, ou por toda a vida e/ou até o transplante.

Esquema terapêutico complexo	O elevado número de medicamentos prescritos e o esquema terapêutico complexo, dedicação, seguimento correto das orientações.
Ausência de sintomas	Causar a falsa impressão de que não é mais necessário seguir o tratamento e as orientações da equipe de saúde, interferindo na adesão ao tratamento.

Fonte: Adaptado de Maldaner *et al.*, (2008).

Família

A família é um grupo de indivíduos em associação íntima e contínua que interagem constantemente e, ainda, individual e coletivamente com a comunidade e grupos culturais dos quais fazem parte. A DRC envolve grande tensão psicológica para o doente e sua família, tensão que persiste no decurso da doença e de seu tratamento. O adoecimento de um dos membros da família pode afetar os demais de diversas maneiras e em diferentes graus de intensidade (ABRAHÃO *et al.*, 2010).

A família surge como meio principal para ajudá-los a enfrentar as dificuldades, pois são os membros familiares que estão próximos e que buscam ajudar em todos os momentos, fazendo com que eles lutem, sejam otimistas e não se sintam sozinhos. Embora sintam a dependência, demonstram constantemente a valorização dessa relação familiar que oferece mais conforto e otimismo (RAMOS *et al.*, 2008).

O familiar se tornar o responsável pelos cuidados deste indivíduo, dessa maneira, executam um papel determinante. O seu comportamento em muito favorece para a adequada reação e aceitação do indivíduo portador da DRC. Normalmente, o familiar da mesma forma que o paciente presencia este contexto de conflito, definido pelo sentimento de impotência, receio da morte e pela dificuldade em compreender e imaginar o que se passa com este familiar deste enfermo, bem como, pelo que é o ambiente hospitalar, pela dificuldade de tentar em compreender os seus próprios sentimentos (SILVA, 2012).

A relevância do familiar, em está presente no do tratamento do paciente portador da DRC demonstra ser uma condição que favorece de forma positiva, para a adequação e adesão do paciente em HD. Em função das diversas restrições e conflitos impostos pela patologia e conduta terapêutica, se tornando importante o apoio da família e do grupo social de convívio ao longo de seu tratamento (SILVA, 2012).

Neste sentido a análise de Silva (2012) aponta a importância do acompanhamento, do apoio familiar e social, como forma de incentivo na trajetória do tratamento do paciente renal crônico por ser um fator que contribui de forma efetiva para a adaptação ao processo terapêutico.

PAPEL DO ENFERMEIRO NO CENTRO DE HEMODIALISE

Para Freiburger; Pupulin e Bispo (2017, p.30):

O enfermeiro deve compreender o paciente em HD, atendendo-o com um olhar holístico, considerando não somente o corpo que adoeceu de forma tão trágica, mas fragilizado, emocionalmente abalado e socialmente perdido, adaptar-se a essa realidade é fundamental para que tenham uma relação humanizada. Diante do exposto, percebe-se que a assistência de enfermagem pode melhorar a vida do paciente hemodialítico, visto que é esse profissional, que permanece mais tempo com o paciente, possibilitando a criação de laços, o que vem favorecer a relação entre enfermeiro e cliente, tal fator é aderente, pois facilita as intervenções necessárias para a melhoria da QV, que a outros profissionais seria inviável.

O papel desenvolvido pelo profissional enfermeiro como um todo, torna-se imprescindível no resultado do processo terapêutico do paciente que precisa da TRS para obtenção de uma melhora sistemática da QV (ARAUJO; SANTO, 2012).

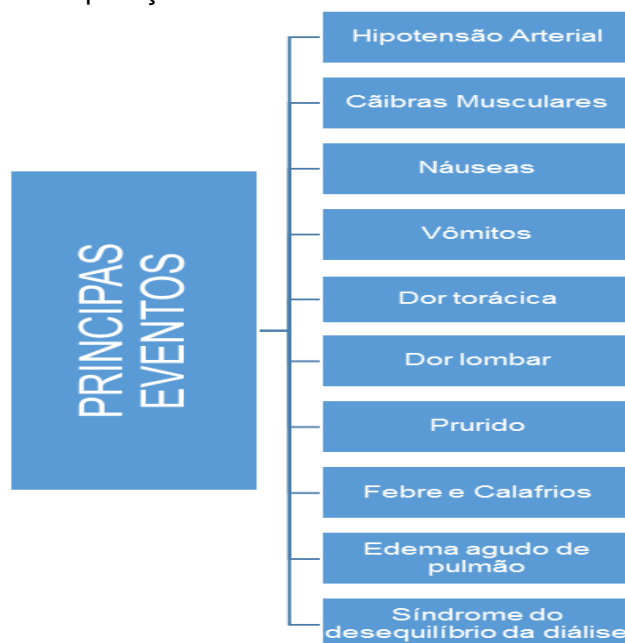
Diante do exposto, entende-se que não apenas ações de orientação acerca do controle da DRC se fazem necessário, simultaneamente deve-se comprovar e acompanhar o diagnóstico da DRC, bem como elaborar estratégias que possam auxiliar o paciente no decorrer das sessões de hemodiálise, com o propósito de alcançar os resultados almejados, para estes pacientes nefropatas (ARAUJO; SANTO, 2012).

O cuidado do enfermeiro é preciso estar fundamentado em um vínculo de reciprocidade, envolvendo troca de informações, em ideais éticos e humanísticos, sobrepondo as intervenções habituais, bem como o envolvimento entre doente, família, equipes assistenciais (MALDANNER et al., 2008).

Qual a importância das intervenções do enfermeiro nas intercorrências durante a sessão de hemodiálise?

O enfermeiro é o principal profissional que está presente e acompanha de perto ao indivíduo portador da DRC e na realização das sessões de HD, compreende a ele estar apto e capacitando para; acompanhar, monitorar, intervir, impedir e prevenir eventuais complicações como (quadro 3): (ARAÚJO; SANTO, 2012).

Quadro 3 - Principais complicações sessões de HD



Fonte: Adaptado de Araújo e Santo (2012).

Também compreende ao profissional enfermeiro a monitorização dos sinais vitais (SSVV), programar e conferir parâmetros da máquina de HD conforme a prescrição médica para paciente, administrar volume e medicamentos, promover a educação em saúde. Os cuidados de enfermagem prestados para com o paciente portador de DRC em sessão HD compreendem um processo sistematizado, desde a entrada do paciente ao setor de HD para início da sessão HD até a sua saída (ARAÚJO; SANTO, 2012).

Araújo e Santo (2012) descreve que esse processo deve obedecer ao seguinte percurso; acolher o indivíduo portador da DRC, verificar a sua aparência de modo geral e fazendo uma análise previa do mesmo, antes do início da sessão de HD, que vai compreender; direcionar o paciente para a balança e fazer o registro do pré-peso, e posteriormente encaminha-lo à máquina de HD, aferir SSVV, a equipe de técnicos devem sinalizar qualquer variação junto ao enfermeiro supervisor,

orientar o paciente a respeito de qualquer manifestação de algum sintoma que ele tenha apresentado desde a última sessão HD, e não havendo qualquer tipo de restrição, iniciar o processo de HD.

Em sua análise pós-hemodiálise o enfermeiro deve-se atentar para sinais de sangramento no sítio da punção FAV, aferir SSVV, checar o peso, não permitindo que indivíduos sintomáticos saia do setor de HD, sem o devido atendimento médico (ARAÚJO; SANTO, 2012).

Araújo e Santo (2012) evidenciam que o sucesso na execução do processo de diálise está correlacionado com a disponibilidade de colaboradores, treinados e preparados para o processo de tratamento em HD, demonstrando que o desenvolvimento de uma educação permanente é primordial para o domínio da técnica necessária e fundamental para o sucesso do tratamento. Já que haverá equipe capacitada e disposta a trabalhar em conjunto com a equipe multidisciplinar, pacientes e seus familiares, com o objetivo de diminuir os indicadores de eventos adversos e propiciar relevantes ganhos na QV dos pacientes em THD.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico de uma doença crônica traz com ela, diversas alterações e limitações na vida das pessoas acometidas. Ocasionalmente situações de crise e estresse na vida do paciente e de seus familiares gerando incertezas, dúvidas, frustrações, adiamento de sonhos e projetos, além do sentimento de vulnerabilidade, perda do controle da vida e falta de preparo para enfrentar a doença, conseqüentemente esses fatores interferem na qualidade de vida dessas pessoas.

Com o adoecimento, cada indivíduo irá interpretar e reinterpretar os significados da doença, tendo como apoio as experiências de vida, e principalmente, a forma como irá conviver com essa nova condição, o que determina que este processo seja um fato pessoal, bem como é, a sua forma de enfrentamento. O significado da doença, para cada indivíduo, compreende ser sabedor dos potenciais efeitos causadores de limitações, como a perda da autonomia, diminuição na capacidade de desempenhar as atividades de vida diária, como cuidados pessoais e outras ações simples do seu dia a dia.

Seja em casa ou no ambiente de trabalho, os pacientes que estão em THD terão uma vida mais restrita e limitada, o que poderá favorecer o sedentarismo, a

ociosidade e a debilidade funcional, que certamente afetará a percepção de qualidade de vida.

A hemodiálise suscita sentimentos ambíguos de amor e ódio nos indivíduos que precisam do THD para sobreviver, já que ao mesmo tempo em que assegura a vida, torna-se dependente de uma máquina, ou seja, o paciente rejeita a condição de estar doente, no entanto compreende que dependerá do THD para continuar vivo.

As inúmeras limitações e proibições vêm a provocar no indivíduo perda da sua autonomia, já que para sobreviver passará a depender de um tratamento prolongado, doloroso e desgastante, que, no entanto, se faz necessário. Trazendo impactos sociais e econômicos, muitas das vezes, gerando dependência e isolamento social.

Por este motivo, é necessário que os profissionais da saúde, em especial, a equipe de enfermagem, avaliem a importância e a relevância destes assuntos em sua abordagem e na preparação do seu plano de cuidados.

A enfermagem para planejar um cuidado mais eficaz, deve valorizar a individualidade e a humanização no atendimento e tratamento dos pacientes que se submetem à THD, devendo incluir ações que estimulem sua participação ativa em atividades de promoção à saúde, além de intervir junto à sociedade esclarecendo e diminuindo dúvidas a respeito do tratamento.

Diante de todo o exposto, as autoras chamam atenção para as práticas profissionais dos enfermeiros e de toda a equipe que atua com o paciente hemodialítico, atentando para uma assistência sistematizada e com embasamento científico.

Nesse sentido, é imperioso que os enfermeiros voltem o olhar para esse universo, buscando atentar para o paciente com DRC e os significados construídos por eles a partir do estabelecimento do diagnóstico, a fim de compreender esse indivíduo para além da doença.

Ressalva-se que o profissional enfermeiro é um dos principais responsáveis pelo sucesso da THD. Assim, cabe a esses profissionais perceberem as necessidades individuais de cada paciente e as repercussões decorrentes desse tratamento na qualidade de vida dos mesmos.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAO, Sarah Silva et al. Dificuldades vivenciadas pela família e pela criança/adolescente com doença renal crônica. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo , v. 32, n. 1, p. 18-22, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0101-28002010000100004&lng=en&nrm=iso>>. Acesso em: 31 Mar. 2017.
- ALVES, L.O.; GUEDES, C.C.P.; COSTA, B.G. As ações do enfermeiro ao paciente renal crônico: reflexão da assistência no foco da integralidade. **Rev. pesquis. cuid. fundam. (Online)**, p. 3907-3921, 2016. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/oncologiauy/resource/en/lil-776753>>. Acesso em: 15 Abr. 2017.
- ANDRADE, S.V.; SESSO, R.; DINIZ, D.H.M.P. Desesperança, ideação suicida e depressão em pacientes renais crônicos em tratamento por hemodiálise ou transplante. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo , v. 37, n. 1, p. 55-63, 2015 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002015000100055&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Abr. 2017.
- ARAÚJO, A.C.S; DO ESPÍRITO SANTO, E. A importância das intervenções do enfermeiro nas intercorrências durante a sessão de hemodiálise. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v.1, n.1, p.44-58, 2012. Disponível em: <<http://www.uninter.com/revistasauade/index.phpcadernosaudedesenvolvimento/article/view/137/72>> Acesso em: 10 de Março de 2017.
- BERETA, R. et al. Aspectos psicossocial e sexuais no paciente renal em tratamento hemodialítico. **CuidArte Enferm**, v.3, n.1, p. 34-40, 2009. Disponível em: <<http://www.fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/ed04enfpsite.pdf>>. Acesso em: 11 Mar. 2017.
- BERTOLIN, D.C. et al. Associação entre os modos de enfrentamento e as variáveis sociodemográficas de pessoas em hemodiálise crônica. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1070-76, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a06.pdf>> Acesso em: 10 Jan. 2017.
- BEZERRA, K.V.; SANTOS, J.L.F. O cotidiano de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 686-691, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Abr. 2017.
- BOROTTA, R.T.; PUPULIM, J.S.L. Percurso e expectativa de vida do indivíduo em tratamento hemodialítico. **Revista de enfermagem UFPE ISSN: 1981-8963**, v. 9, n. 10, p. 1500-1508, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revista-enfermagem/article/view/10864>>. Acesso em: 20 Jan. 2017.
- CAMPOS, C.J.G.; TURATO, E. R. Tratamento hemodialítico sob a ótica do doente renal: estudo clínico qualitativo. **Rev. bras. enferm.** vol.63, n.5, p. 799-805, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/17.pdf>. Acesso em: 12 Jan. 2016.

DA COSTA, P.B. et al. Qualidade de vida: pacientes com insuficiência renal crônica no município de Caruaru, PE. **Fisioterapia em movimento**, Curitiba, v. 23, n. 3, p. 461-471, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fm/v23n3/a13v23n3>>. Acesso em: 20 Fev. 2017.

DA SILVA, A. et al. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 839-844, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Abr. 2017.

DO NASCIMENTO, M.E. B. et al. Representações sociais sobre o adoecimento de pessoas com doença renal crônica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 106-112, 2015. Disponível em: http://www.seer.ufrgs.br/Revista_GauchadeEnfermagem/article/view/48183. Acesso em: 14 Jan. 2017.

DUTRA, M.C. et al. Avaliação da função renal em idosos: um estudo de base populacional. **J. bras. nefrol**, v. 36, n. 3, p. 297-303, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002014000300297. Acesso em: 10 Mar. 2017.

FASSBINDER, T.R.C. et al. Qualidade de vida em portadores de insuficiência renal crônica que realizam hemodiálise. **Revista Contexto & Saúde**, v. 11, n. 20, p. 455-462, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoe_saude/article/view/1565>. Acesso em: 20 Mar. 2017.

FRAZÃO, C. M.F.Q. et al. Cuidados de enfermagem ao paciente renal crônico em hemodiálise. **Rev. Rene**, v. 15, n. 4, p. 701-709, 2014. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1592/pdf>. Acesso em: 16 Dez. 2016.

FREIBERGER, M.F. et al. MAXIMIZANDO A QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE HEMODIALÍTICO. **Revista Científica SMG**, v. 4, n. 1, 2017. Disponível em: <<http://www.alvoradamaringa.com.br/revista/index.php/smg/article/viewFile/60/62>>. Acesso em: 15 Abr. 2017.

FREITAS, P.P.W.; COSMO, M. Atuação do Psicólogo em Hemodiálise. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 19-32, jun. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-0858201000010003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 Mar 2017.

HIGA, K. et al. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 21, n. spe, p. 203-206, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000500012&lng=en&nrm=iso>. acesso em: 15 Jan. 2017.

LEMOS, C.F. **Qualidade de vida em portadores de doença renal crônica na fase pré-dialítica**. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Faculdade de

Medicina – Brasília, 2013. 121 f. Disponível em:
<<http://repositorio.unb.br/handle/10482/14339>>. Acesso em: 10 Abr. 2017.

LOPES, M.A.T. **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de crianças e adolescentes portadores de doença renal crônica em estágio 4 (pré-dialítica) ou estágio 5 (dialítica) e de seus cuidadores primários** Tese (doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5141/tde-01112013-161703/pt-br.php>>. Acesso em: 10 Abr. 2017.

MALDANER C.R. et al. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 4, p. 647- 653, 2008. Disponível em:<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7638>. Acesso em: 12 Mar. 2017.

MATTOS, M.; MARUYAMA, S.A.T. A experiência de uma pessoa com doença renal crônica em hemodiálise. **Rev. Gaúcha Enferm [online]**, vol.31, n.3, p. 428-434, 2010. <Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n3/v31n3a04.pdf>.>. Acessado em: 10 Jan. 2017.

MASCARENHAS, N.B. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao portador de Diabetes Mellitus e Insuficiência Renal Crônica. **Rev. bras. enferm**, v. 64, n. 1, p. 203-208, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/3519/1/v64n1a31.pdf>. Acesso em: 20 de Fev. 2017.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.4, p.758-764, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>.> Acesso em: 25 Abr. 2017.

MOURA JUNIOR, J.A. et al . Risco de suicídio em pacientes em hemodiálise: evolução e mortalidade em três anos. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 57, n. 1, p. 44-51, 2008 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 Jan. 2017.

OLIVEIRA, P. M.; SOARES, D.A. Percepções dos indivíduos com insuficiência renal crônica sobre qualidade de vida. **Enferm Glob [Internet]**, v.11, n.28, p.276-94, 2012. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/134211/139011>.> Acesso em: 02 Fev. 2015.

PECOITS, R.F.S. et al. **Modalidades de terapia renal substitutiva: hemodiálise e diálise peritoneal**. 5. ed. São Luiz: Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA, 2014. 49 p. v. Disponível em:< <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2800>>. Acesso em: 20 Jan. 2017.

PENA, P.F.A. et al. Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p. 3135-3144, Nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?>

[script=sci_arttext&pid=S14131232012001100029&lng=en&nrm=iso](http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/4399/3099). Acesso em: 30 Abr. 2017.

QUEIROZ, M.V.O; JORGE, M.S.B; DOS SANTOS, M.L.O. Portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise: significados da experiência vivida na implementação do cuidado. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringa, v. 30, n.1, p. 73-79, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/4399/3099>>. Acesso em: 15 Jan. 2017.

RAMOS et al. Portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise: significados da experiência vivida na implementação do cuidado IR. **Acta Sci. Health Sci**. Maringá, v. 30, n. 1, p. 73-79, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/4399/3099>>. Acesso em: 20 Fev. 2017.

SANTOS, T.M.B.; FRAZÃO, I.S. Qualidade de vida dos trabalhadores que realizam hemodiálise. **Rev. ciênc. méd.** Campinas, v.21, n1/6, p. 5-14, 2012. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-691083>>. Acesso em: 15 Fev. 2017.

SILVA, W. **Fatores Que Influenciam Na Adesão Dos Pacientes Portadores De Irc Em Programa Hemodialítico**: Uma Revisão Bibliográfica. Universidade Paulista Centro De Consultoria Educacional Pós-Graduação Em Nefrologia. Pós-Graduação Lato Sensu Em Enfermagem Em Nefrologia. Recife. 2012 31 f. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/20300861-Universidade-paulista-centro-de-consultoria-educacional-pos-graduacao-em-nefrologia-waltenize-silva.html>>. Acesso em: 15 Mar. 2017.

SIQUEIRA, A.C.S.; SALOMON, A.L.R. Resposta inflamatória de pacientes com doença renal crônica em fase pré-dialítica e sua relação com a ingestão proteica. **Ciências Saúde, Brasília-DF**, v. 22, n. 4, p. 111-125, 2013. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2012Vol23_22_Respostainflamatoria.pdf>. Acesso em: 19 Fev. 2017.

STASIAK, C.E.S. et al. Prevalência de ansiedade e depressão e suas comorbidades em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e diálise peritoneal. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 325-331, Set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002014000300325&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Dez. 2016.