



INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR PRESIDENTE TANCREDO
DE ALMEIDA NEVES

MAYRA COELHO DE SOUZA

**ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO RENAL
CRÔNICO E SEUS DESAFIOS**

SÃO JOÃO DEL-REI

2014

MAYRA COELHO DE SOUZA

**ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO RENAL
CRÔNICO E SEUS DESAFIOS**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves - IPTAN - como requisito parcial à obtenção do título de Graduada, sob orientação da Professora Mestra Bárbara Fabrícia Silva.

SÃO JOÃO DEL-REI

2014

MAYRA COELHO DE SOUZA

**ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO RENAL
CRÔNICO E SEUS DESAFIOS**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves - IPTAN - como requisito parcial à obtenção do título de Graduada, sob orientação da Professora Mestra Bárbara Fabrícia Silva.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Msc. Bárbara Fabrícia Silva
(orientadora)

Prof^a. Esp. Ana Cláudia Ribeiro Paiva

Prof^a. Esp. Hélia Cristina de Souza

*“Mas em todas essas coisas somos
mais do que vencedores por meio
daquele que nos amou.”*

Romanos: 8,37.

Dedico esta monografia a todos os portadores de insuficiência renal crônica, especialmente ao meu saudoso pai, que no decorrer da sua trajetória pela vida passou por tantos momentos difíceis, mas nunca deixou de ser um exemplo de força, disciplina e determinação. Pai, você foi a minha maior e mais importante fonte de inspiração para a realização deste trabalho!!!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, pela vida e por Sua presença constante nos meus caminhos, por ter me feito forte o suficiente para vencer os obstáculos que estiveram presentes, por ter me dado discernimento e serenidade nos momentos em que tudo parecia fugir do meu alcance e por me proporcionar mais essa conquista.

Agradeço à minha orientadora, a Professora Mestra Bárbara Fabrícia Silva, pelas importantes intervenções e sugestões dadas durante todo o processo de elaboração e realização deste trabalho e, principalmente por ter aceitado tal encargo e pela confiança depositada em mim.

Agradeço ao meu saudoso pai, José Geraldo, que foi um exemplo de sabedoria, caráter e conduta, pessoa que foi espelho para qualquer indivíduo que almeja crescimento pessoal e profissional. Agradeço à minha linda, amiga e querida mãe Bernadete por ter dividido todas as etapas de alegrias e dificuldades desses cinco anos, por ser meu alicerce e por estar incondicionalmente ao meu lado me incentivando e apoiando em todos os momentos da minha vida. Mãe, você é, e pai você foi, indiscutivelmente os maiores amores da minha vida.

À minha eterna Diully e Rayka, minhas cachorras, e ao Nyno, meu gato, que me proporcionaram alegrias e descontrações nos momentos de estresse e aflição.

Ao meu namorado John pela compreensão, paciência e conselhos nos momentos de ansiedade e angústia, especialmente por sua presença amorosa em minha vida.

Às minhas amigas Camila, Fernanda, Magna, Michele Betânia, Rosana, Thaís e Wanderlaine, pelo companheirismo e por terem me ajudado a enfrentar e superar os grandes desafios que nos foram colocados ao longo desses cinco anos.

Aos meus professores por todo conhecimento compartilhado e acima de tudo pelo exemplo de ética e honestidade.

Aos meus familiares que, mesmo de longe, torceram para que eu alcançasse mais essa conquista.

Por último, mas não menos importante, agradeço e parablenizo a todos os guerreiros portadores de insuficiência renal crônica, que

enfrentam a batalha dessa doença todos os dias e nem por isso deixam de ter fé, persistência, coragem e otimismo.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. DOENÇA RENAL CRÔNICA: CONCEITOS, CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS....	13
1.1 Anatomia e fisiologia dos rins.....	13
1.2 Descrevendo a Insuficiência Renal Crônica.....	15
1.3 Descrevendo as consequências da Insuficiência Renal Crônica.....	17
1.4 Uma breve abordagem sobre os sintomas da Insuficiência Renal Crônica.....	19
2. TIPOS DE TRATAMENTO PARA A DOENÇA RENAL CRÔNICA	21
2.1 Discorrendo sobre o tratamento da Insuficiência Renal Crônica	21
2.2 Tipos de tratamentos existentes para a Insuficiência Renal Crônica	25
2.2.1 Hemodiálise	25
2.2.2 Diálise peritoneal ambulatorial contínua	31
2.2.3 Diálise peritoneal contínua assistida por cicladora (CCPD) ou diálise peritoneal automática (DPA)	34
2.2.4 Transplante renal	36
3. CARACTERIZANDO A ASSISTÊNCIA HUMANIZADA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE RENAL CRÔNICO E SEUS DESAFIOS NOS DIAS ATUAIS.....	42
3.1 Compreendendo a assistência e/ou cuidado de enfermagem	42
3.2 Assistência de enfermagem ao paciente portador de Insuficiência Renal Crônica	43
3.3 Contribuição da enfermagem à saúde emocional e/ou mental do paciente com Insuficiência Renal Crônica	47
3.4 Críticas e dificuldades em relação à atuação da enfermagem na assistência ao portador de Insuficiência Renal Crônica	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS	56

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Hemodiálise	26
FIGURA 2 – Cateter de duplo lúmen implantado	27
FIGURA 3 – Fístula arteriovenosa.....	28
FIGURA 4 – Cateter implantado para a realização de diálise peritoneal	31
FIGURA 5 – Diálise peritoneal ambulatorial contínua	32
FIGURA 6 – Processo da diálise peritoneal ambulatorial contínua.....	32
FIGURA 7 – Máquina cicladora automática	35
FIGURA 8 – Diálise peritoneal automática	35
FIGURA 9 – Transplante renal	39

SIGLAS E ABREVIATURAS

H⁺ – Hidrogênio

HCO₃ – Bicarbonato

PA – Pressão arterial

IRC – Insuficiência renal crônica

DRC – Doença renal crônica

HD – Hemodiálise

DPAC – Diálise peritoneal ambulatorial contínua

CCPD – Diálise peritoneal contínua assistida por cicladora

DPA – Diálise peritoneal automática

TX – Transplante renal

FAV – Fístula arteriovenosa

CDL – Cateter de duplo lúmen

PTFE – Prótese de politetrafluoretileno

SBN – Sociedade Brasileira de Nefrologia

DP – Diálise peritoneal

DPCC – Diálise peritoneal contínua cíclica ou diálise peritoneal cíclica contínua

CAPD – Diálise peritoneal ambulatorial contínua

HLA – Antígenos leucocitários humanos

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

HIV – Vírus da imunodeficiência humana

RESUMO

A doença renal crônica consiste em um dano que gera perda lenta, gradual e irreversível da função dos rins. O número de renais crônicos em tratamento dialítico, no Brasil, vem crescendo nos últimos anos e a doença renal crônica está sendo considerada a nova epidemia do século XXI. Contudo, a perda da função renal não pode ser considerada um problema sem solução pois, uma vez diagnosticada, pode-se fazer a opção pelo tratamento mais indicado para cada caso. Esta escolha será realizada pelo médico especialista, juntamente com o paciente e sua família, considerando o estilo de vida e, principalmente, as condições clínicas do paciente em questão. Busca-se, com o presente estudo, abordar a atuação do enfermeiro na assistência humanizada ao renal crônico e seus desafios com a finalidade de possibilitar melhoria da qualidade de vida e garantia de um cuidado integral ao paciente, visto que é o profissional de enfermagem que atua a maior parte do tempo com o mesmo. Este estudo consiste numa pesquisa de caráter bibliográfico analítico e descritivo a fim de se obter informações pertinentes à temática em questão. Destarte, traçada a meta principal, foi proposto caminhar em busca de uma assistência pautada pela humanização, compreendendo o cuidado em toda sua complexidade.

Palavras-chave: Doença renal crônica; Assistência de enfermagem; Humanização.

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) consiste em lesão renal e perda progressiva e irreversível da função dos rins. A DRC tornou-se um problema de saúde pública, com aumento significativo em prevalência e incidência. Diversos motivos contribuem para isso, incluindo o crescimento da obesidade, diabetes, hipertensão arterial, tabagismo e sedentarismo.

O portador da DRC convive com uma dificuldade constante, pois ele vive um dia a dia limitado com uma série de consequências. Para amenizar tais consequências causadas pela afecção é preciso que o renal crônico mantenha um estado nutricional adequado e faça uso correto das medicações. É necessário também ter um cuidado no consumo de líquidos, pois o excesso deles pode causar edema e aumentar a pressão arterial, causando edema pulmonar e exigindo maior esforço cardíaco do paciente. Nos casos mais extremos é indispensável a realização de diálise ou transplante renal como terapêutica para substituição da função renal.

Desse modo, nota-se que o renal crônico precisa de uma assistência embasada no conhecimento, qualidade e humanização. Como o enfermeiro é o profissional que lida a maior parte do tempo junto ao paciente é essencial que ele esteja apto a oferecer um cuidado integral, por isso o interesse em desenvolver um estudo destacando a atuação desse profissional na assistência humanizada ao portador de insuficiência renal crônica.

A equipe de enfermagem deve ser composta por enfermeiros especialistas em nefrologia e técnicos de enfermagem, que deverão estar devidamente capacitados e treinados para assistirem os pacientes nos procedimentos e processos de enfermagem com qualidade, competência, respeito, humanização.

Atualmente estão inseridos no mercado de trabalho profissionais de enfermagem que ainda não estão capacitados para garantir uma assistência humanizada e qualificada ao renal crônico. Para tanto, o cuidado de enfermagem nessa área deve ser aprimorado para que estes profissionais possam promover uma melhor qualidade de vida, apesar das condições apresentadas pelo paciente.

Este estudo tem por objetivo geral abordar a atuação do enfermeiro na assistência humanizada ao renal crônico e seus desafios, com a finalidade de possibilitar melhoria da qualidade de vida e garantia de um cuidado integral ao paciente. Pretende-se descrever a doença renal crônica, assim como relatar sobre

os tipos de tratamento existentes para a mesma, caracterizando, por fim, a assistência de enfermagem humanizada ao paciente portador da afecção em questão e suas dificuldades.

Para a elaboração deste estudo a metodologia empregada foi a revisão de literatura sobre o tema proposto, englobando fontes tradicionais do conhecimento como livros, artigos de periódicos eletrônico, teses, dissertações. Com o material selecionado, seguiu-se as seguintes etapas: leitura, fichamento, redação e conclusão da pesquisa bibliográfica. Segundo a Resolução 196/96 que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, a pesquisa de caráter bibliográfico não requer aprovação do comitê de ética.

Para melhor compreensão do tema, o presente estudo foi dividido em três capítulos. O primeiro capítulo apresenta a doença renal crônica: conceitos, causas e consequências; o segundo capítulo expõe os tipos de tratamento para a doença renal crônica; e, finalmente, o terceiro e último capítulo caracteriza a assistência humanizada de enfermagem ao paciente renal crônico e seus desafios nos dias atuais.

1. DOENÇA RENAL CRÔNICA: CONCEITOS, CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

Para iniciar o presente estudo torna-se indispensável relatar brevemente sobre a anatomia dos rins e suas respectivas funções e definir a patologia insuficiência renal crônica, abordando suas causas e consequências para o paciente, familiares e profissionais de saúde.

1.1 Anatomia e fisiologia dos rins

Os rins são órgãos de extrema importância e essenciais para a nossa sobrevivência, uma vez que exercem diversas funções responsáveis por manter o equilíbrio do organismo humano.

Salientam Raff e Levitzky (2012, p. 399),

Os rins situam-se logo abaixo da caixa torácica, em posição lateral à coluna vertebral, posterior à cavidade peritoneal e anterior aos músculos principais do dorso. Cada rim tem formato de um grão de feijão, com o tamanho aproximado do punho. Sua superfície arredondada e convexa está voltada para a lateral do corpo, e a superfície côncava, chamada de hilo, para a coluna vertebral.

Corroboram Rhoades e Tanner (2005, p. 370) afirmando que: “no adulto, cada rim pesa cerca de 150g e tem aproximadamente o tamanho de um punho fechado.”

Na mesma temática, Junqueira e Carneiro (1999, *apud* Santana *et al*, 2013, p. 3) dizem que o rim se encontra no hilo, que contém vasos, nervos e cálices que irão se agregar para constituir a pelve renal, sendo formado pela cápsula, zona cortical e medular. É constituído também pela união de néfrons, os quais são compostos por uma parte amplificada denominada corpúsculo renal ou de Malpighi, por um tubo pequeno contraído proximal, por uma parte delgada espessa das alças de Henle e por um tubo pequeno contraído distal.

Segundo Silbernagl e Despopoulos (2009, p. 148),

Faz parte das funções dos rins controlar adequadamente a excreção de sais e de água e, assim, manter constantes o volume e a osmolalidade do compartimento extracelular. Ajustando a excreção de H^+ e HCO_3^- à quantidade desses íons absorvidos pelo organismo, bem como à respiração e ao metabolismo, os rins participam do equilíbrio ácido-base. Os rins eliminam os produtos finais do metabolismo e as substâncias estranhas (p. ex., ureia e medicamentos) e conservam os constituintes valiosos (p. ex., glicose e aminoácidos). Por fim, os rins produzem hormônios renais (eritropoietina, calcitriol) e têm funções auxiliares no metabolismo (p. ex., degradação de proteínas e peptídeos, gliconeogênese).

Para Abreu (2005, p. 18), dentre algumas das funções vitais dos rins estão: o manejo do balanço eletrolítico, químico e de fluido; a eliminação de substâncias tóxicas provenientes dos produtos finais do metabolismo, tais como ureia, ácido úrico, fosfatos e sulfatos, além de fármacos e entorpecentes; produção e secreção de hormônios e enzimas que agem na ordenação hemodinâmica sistêmica e renal; maturação de hemácias na medula óssea; ajuste do balanço de cálcio e fósforo e do metabolismo ósseo.

Seguindo o mesmo raciocínio, os rins compõe o processo de filtração do organismo e filtram aproximadamente 190 litros de sangue por dia, expulsando detritos e o restante de líquido pela urina. Ainda controla a água do organismo e outros elementos (sódio, potássio, fósforo e cálcio); expulsam fármacos e toxina e liberam hormônios no sangue (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2010, *apud* SIVIERO *et al*, 2013, p. 6). O sistema de filtração do sangue promovido pelos rins é algo de extrema importância uma vez que são eliminadas substâncias tóxicas e outras que, quando em demasia, acarretam danos ao organismo humano e, conseqüentemente, risco de morte.

Raff e Levitzky (2012, p. 398) apontam que,

Embora a maioria das pessoas saiba que os rins excretam substâncias residuais como a ureia (por isso o nome urina) e sais, poucos percebem o papel fundamental dos rins no controle da pressão arterial (PA). A PA depende, em última instância, do volume sanguíneo, e a manutenção do equilíbrio de sódio e água pelos rins interfere na regulação desse volume. Portanto, por meio do controle do volume sanguíneo, os rins participam do controle da PA. Também participam da regulação direta da PA por intermédio da produção de substâncias vasoativas que regulam o músculo liso da vasculatura periférica.

Por fim, é importante dizer que um grande número de pessoas ainda considera que a função dos rins é somente eliminar substâncias indesejáveis do organismo, substâncias estas que são ingeridas ou até mesmo produzidas pelo nosso metabolismo. Todavia vale lembrar que há uma segunda função, de extrema importância, que é a de controlar o volume e a composição de líquidos corporais. Portanto, os rins “limpam” e ao mesmo tempo mantém o ambiente interno estável, proporcionando bem estar.

1.2 Descrevendo a Insuficiência Renal Crônica

A afecção renal crônica consiste em um dano do órgão que gera perda gradual e ocasiona a não reversão da função dos rins. Em seu período de progressão é determinada como Insuficiência Renal Crônica (IRC), quando os rins não obtêm o sustento da normalidade no interior do organismo do paciente (HIGA *et al*, 2007, p. 204).

Ainda neste contexto é intitulada doença renal crônica (DRC) a falência dos rins que se desenvolve gradualmente e prossegue de forma irreversível. É uma doença que possui várias causas e diversos tipos de tratamento e, portanto, é capaz de ser controlada. Contudo, a DRC é incurável, com significativas taxas de morbidade e mortalidade (FRAZÃO *et al*, 2011, p. 577). O desenvolvimento gradual de tais nefropatias delimita de modo progressivo uma diminuição global das múltiplas funções dos rins, tornando-os inaptos de exercer suas atividades homeostáticas (KOCH *et al*, 1991, *apud* ROSSI, 2006, p. 09).

Draibe (2002, *apud* ROSSI, 2006, p. 09) completa que,

A insuficiência renal crônica (IRC) é definida como uma síndrome complexa, consequente à perda, geralmente lenta e progressiva, da capacidade de excreção dos rins, podendo ser causada por doenças renais primárias (glomerulonefrites, pielonefrites, doenças obstrutivas crônicas), doenças sistêmicas (diabetes mellitus, hipertensão arterial grave, doenças auto-imunes), doenças hereditárias (rins policísticos, síndrome de Alport e cistinose) e malformações congênitas (agenesia renal, hipoplasia renal bilateral e válvula de uretra posterior).

Corroborando com os autores supracitados suas causas abrangem afecções primárias do rim, afecções sistêmicas e hereditárias. Os fatores contribuintes para a falência dos rins são: diabetes, inflamação dos glomérulos, endurecimento do rim, observado na hipertensão renal, afecção dos vasos dos rins, rins constituídos de muitas cavidades, uropatias obstrutivas e malformações congênitas (FRAZÃO *et al*, 2011, p. 578).

No estudo de Pacheco *et al* (2007, p. 48) foi apontado: “as consequências do diabetes mellitus a longo prazo incluem danos, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins (nefropatia) [...]”

Orsolin *et al* (2005, p. 317) destacam que,

Atualmente, a hipertensão é a segunda principal causa de nefropatia que resulta em IRC. Para se ter uma ideia da importância desse problema, identifica-se que aproximadamente 25% dos pacientes submetidos à diálise crônica e que necessitam de transplante renal têm como única causa a hipertensão.

Conforme Bastos e Kirsztajn (2011, p. 94) a DRC tem recebido cada vez mais atenção da comunidade científica internacional, já que sua elevada prevalência vem sendo demonstrada em estudos recentes.

Sodré *et al* (2007, p. 330) relatam que,

O impacto econômico dessa patologia é outra preocupação das autoridades em saúde pública, já que, além de muito dispendioso, o tratamento medicamentoso e dialítico praticamente alija os indivíduos em idade produtiva de sua capacidade laborativa, afetando o sistema de previdência pública e seguridade social.

Nessa perspectiva, um dos motivos que seriam notáveis para melhora da evolução clínica e também da qualidade de vida dos portadores da insuficiência renal crônica, é a detecção precoce da afecção e o início de intervenções. Dessa forma há uma maior probabilidade de reversão ou até mesmo melhora dos fatores causais da insuficiência das funções dos rins, podendo contribuir tanto com o impacto econômico como também para um menor número de prevalência da IRC.

1.3 Descrevendo as consequências da Insuficiência Renal Crônica

A influência da IRC sobre a vida dos pacientes afeta os aspectos fisiológicos, psicológicos, laborais e financeiros. Isso acontece pois a IRC é uma nefropatia que provoca situações de estresses ao paciente devido ao tratamento, alterações no estilo de vida, redução da energia física, modificações da fisionomia pessoal e novas responsabilidades (MADEIRO *et al*, 2010, p. 547).

Fayer (2010, p. 26) confirma que a partir dessa circunstância concreta há, por parte do paciente, a impressão de que toda a sua existência, seu corpo e seu tempo passam a ser estranhos. Um constante sentimento de desamparo do que possa vir lhe ocorrer começa a ser visto como um conflito básico. A posição que o indivíduo tinha de seu lugar no mundo, isto é, sua profissão, sua representação na família, na sociedade se vê abalada com a afecção e o tratamento, cedendo vazão ao inexistente.

Pereira e Guedes (2009, p. 690) ressaltam que,

[...] a condição crônica e o tratamento hemodialítico são fontes de estresse e podem ocasionar problemas como isolamento social, perda do emprego, dependência da Previdência Social, limitações de locomoção e lazer, diminuição da atividade física, necessidade de adaptação à perda da autonomia, alterações da imagem corporal e ainda, um sentimento ambíguo entre o medo de viver e de morrer. A dependência do tratamento, a perda do emprego e limites na expectativa de vida são alguns dos fatores contribuintes para o aparecimento de problemas psicológicos.

A ligação entre o trabalho e a saúde é inevitável, uma vez que as atividades do dia a dia estão associadas às circunstâncias físicas, mentais e sociais e estas, por vezes, estão implicadas ao paciente renal crônico devido a sua problemática condição física, psíquica ou social, tornando-o isento e/ou incapaz de exercer uma vida normal.

Fayer (2010, p. 24) diz que,

No início do tratamento hemodialítico o paciente necessita se submeter à restrições alimentares, ao uso contínuo de medicamentos, a uma série de exames e à restrições hídricas. Além disso, o tratamento impõe um grande ônus à qualidade de vida, em função da restrição da liberdade devido à obrigatoriedade em frequentar o hospital três vezes por semana, em sessões de diálise que usualmente duram três horas e meia a quatro horas. Na maioria dos casos, há perda do lugar social devido à dificuldade para se manter a rotina de trabalho.

Diante disso, o tratamento e todas as alterações vindas da insuficiência renal crônica, levam ao indivíduo ansiedade, depressão e outras complicações psicológicas que afetam também a vida dos familiares. Desse modo, é necessário dar ênfase à importância da atenção psicológica que estes indivíduos precisam ter (TOVIAN *et al*, 1991, *apud* PREGNOLATTO, 2005, p. 6).

Reforçando este ponto de vista Higa *et al* (2007, p. 204) dizem que,

A doença renal crônica traz consigo uma série de questões que marcam a vida do indivíduo, a partir do diagnóstico, sendo comuns as manifestações psíquicas acarretando alterações na interação social e desequilíbrios psicológicos, não somente do paciente como também da família que o acompanha.

Complementando o que os autores acima afirmam, demência, distúrbios relacionados com drogas e álcool, distúrbios psicóticos, ansiedade e depressão são as questões de caráter psicológico mais encontradas nos portadores de insuficiência renal crônica. Vale lembrar que a depressão é o distúrbio psicológico mais importante, pois está propensa a progredir para o suicídio ou abandono do tratamento, caso não haja intervenção e tratamento (FRAZÃO *et al*, 2011, p. 578).

Qualquer tipo de afecção traz para as pessoas sentimentos de angústia, revolta, desânimo, incompreensão e negação, considerados normais quando aflorados em um indivíduo doente. No entanto, esses sentimentos necessitam de acompanhamento e tratamento especializados. Daí a importância do paciente ser responsável consigo mesmo, seguindo as orientações e recomendações fornecidas, pois essas serão essenciais para obter um resultado favorável no seu tratamento e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida.

1.4 Uma breve abordagem sobre os sintomas da Insuficiência Renal Crônica

Os primeiros sintomas da insuficiência renal crônica podem delongar anos para serem apontados, podendo ser mínimos ou até mesmo ausentes.

De acordo com Draibe e Ajzen (2011, p. 333),

No curso da DRC progressiva, um paciente pode perder até 50% de sua função renal (estágio II), sem que apareçam sintomas de insuficiência renal relevantes. [...] Os pacientes podem apresentar, entretanto, sinais, sintomas e quadro bioquímico relativos à etiologia que os levou à insuficiência renal, como edema, hipertensão arterial e sintomas de doença autoimune. O exame de urina pode mostrar proteinúria e hematúria de uma glomerulonefrite, glicosúria e proteinúria do diabetes, etc.

Maldaner *et al* (2008, p. 651) afirmam que: “a ausência de sintomas da doença, muitas vezes, faz com que os indivíduos não compreendam a importância do tratamento ou a gravidade da enfermidade.”

Neste contexto Oliveira (2009, p. 20) ressalta,

[...] o mais preocupante é que a doença renal, na maioria dos casos, não apresente sintomas. Quando se descobrem portadores de doença renal, os pacientes já estão numa fase muito avançada do problema, em que as consequências já podem ser irreversíveis.

O diagnóstico pode ser insinuado pela agregação de diversos motivos, entre eles, cansaço, perda do apetite, diminuição do peso corpóreo, coceira, enjôo ou alteração dos glóbulos vermelhos do sangue, aumento anormal da tensão arterial venosa, poliúria¹, excreção noturna de urina, presença de sangue na urina e edema. E, dentre os principais sintomas, ainda podem ser encontrados diminuição da produção de urina, fraqueza, vômito, insônia, contração espasmódica² e dolorosa do tecido muscular, pele pálida, xerose³, condição anormal de tecidos musculares proximais, menstruação dolorosa, ausência de períodos menstruais, enfraquecimento dos testículos, impotência, déficit de memória e de atenção, confusão, apatia, angústia e coma (RIBEIRO *et al*, 2008, p. 208).

¹ Poliúria: Aumento da quantidade de urina (GUIMARÃES, 2008, p. 368).

² Espasmódica: Rígido, com espasmo (GUIMARÃES, 2008, p. 197).

³ Xerose: Estado caracterizado por secura anormal da pele, dos olhos ou da boca (REY, 2008, p. 946).

Draibe e Ajzen (2011, p. 333) ainda elucidam que,

Em estágios mais adiantados (III e IV), os principais sinais e sintomas decorrentes da perda de função renal são a hipertensão arterial, se previamente inexistente (consequente da redução da massa renal, da retenção de sódio e da hiperatividade simpática⁴), e palidez, revelando a anemia por redução da produção de eritropoetina⁵. Aqui já se observam elevações nítidas da ureia e creatinina plasmática, além de alterações dos exames bioquímicos descritos. Com o decorrer da progressão, os pacientes passam ao estágio V e desenvolvem por completo a síndrome urêmica⁶, sobretudo se não forem tratados com dieta hipoproteica. [...] excesso de proteínas e quadros de hipermetabolismo⁷ aceleram o aparecimento da síndrome urêmica. Nessa situação, se não forem submetidos à diálise ou ao transplante renal, entram em coma urêmico e podem falecer. Quase todos os órgãos e sistemas são atingidos. Os sintomas neurológicos centrais e gastrointestinais, quando presentes, são indicativos de início ou intensificação do tratamento dialítico.

É necessário dizer que grande parte das patologias torna-se fácil de tratar se diagnosticadas na fase inicial, afinal umas das principais medidas para o sucesso do tratamento é a detecção precoce da afecção.

No próximo capítulo serão abordados os tipos de tratamento existentes para os casos de insuficiência renal crônica.

⁴ Hiperatividade simpática: É gerada através de rins doentes, se tornando mais evidente com a redução da função renal (WORONIK, Viktoria, 1998, p. 256).

⁵ Eritropoetina: É uma glicoproteína sintetizada pelo rim, mais especificamente pelas células adjacentes aos túbulos proximais renais (90%), e pelo fígado também, porém, em menor quantidade (10%). Apresenta como função a regulação da eritropoiese (produção de eritrócitos, também conhecidos como hemácias ou glóbulos vermelhos) no homem e em outros animais (MELDAU, s.d., s.p.).

⁶ Síndrome urêmica: É a perda silenciosa da função renal acompanhada do acúmulo de metabólitos na corrente sanguínea (PET – MEDICINA UFC, s.d., s.p.).

⁷ Hipermetabolismo: É o aumento do potássio por eliminação urinária diminuída (LARA *et al*, s.d., s.p.).

2. TIPOS DE TRATAMENTO PARA A DOENÇA RENAL CRÔNICA

2.1 Discorrendo sobre o tratamento da Insuficiência Renal Crônica

Todo diagnóstico acarreta transformações na vida dos envolvidos, não apenas para o paciente, mas também a toda a sua família. Muitas vezes uma nova rotina é imputada e o nível de estresse aumenta, agravando a situação quando o paciente recebe o diagnóstico de que sua doença é crônica. O ser humano tende a se prostrar diante da enfermidade acreditando que não há necessidade de tratamento e considerando que não existe a possibilidade da cura. Por outro lado, sabe-se que muitos pacientes podem conquistar e manter uma vida saudável, mesmo quando acometidos por uma doença crônica, ao seguirem as orientações médicas e realizarem o tratamento de forma adequada.

Após a definição de um diagnóstico de insuficiência renal crônica, o tratamento é o próximo passo a ser seguido pelo paciente. A finalidade do tratamento é a cura e/ou o alívio da dor ou do sofrimento e, independente de qual for o tipo de tratamento, o intuito é promover a qualidade de vida do paciente.

Como já mencionado, o tratamento da insuficiência renal crônica acarreta extremas modificações na vida do portador da doença e na vida de sua família, uma vez que ambos terão que suportar outra realidade que envolve uma vida, restrita de lazeres, de interatividade social, de atividades laborais, de estudos, de realizações, enfim, restrita de expectativas sobre a mesma.

Neste contexto, Carreira e Marcon (2003, p. 824) complementam,

No caso específico das famílias de indivíduos portadores de IRC, constatamos que as necessidades de adaptação da dinâmica familiar são intensas e tendem a aumentar na medida em que há evolução da doença, porquanto o paciente passa a apresentar dificuldades físicas que o impedem de assumir, de forma autônoma, seus compromissos, inclusive os relacionados ao tratamento, o que exige o compromisso e dedicação da família, manifestada de diversas formas e em diferentes situações.

O medo é uma característica inata do ser humano e, quando a situação se torna difícil, há momentos de dúvida, negação e inconformismo. A fé neste momento pode tornar o paciente mais firme, pois é através dela que emerge um sentimento de esperança, mesmo quando tudo parece não ter mais solução. No entanto, há

pacientes que não acreditam em uma força superior e se revoltam por estarem passando pela situação supracitada.

Ramos *et al* (2008, p. 77) corroboram,

A fé representa, sem dúvida, um mecanismo que ajuda o portador de IRC a conviver com o problema, pois mediante essa força superior, desenvolve uma dose de conformidade à sua nova maneira de viver. A fé desempenha, no cotidiano, papel importante nas diversas esferas da vida.

Evidenciando o estudo de Terra *et al* (2010, p. 309): “percebe-se que o apego do paciente à religiosidade e a crença em Deus pode causar benefícios na sua vida, e este, muitas vezes, percebe que a hemodiálise é uma oportunidade ofertada por Deus para a sobrevivência.”

O estudo de Reis *et al* (2008, p. 338), mostra, portanto, que a maneira de um indivíduo concordar que haverá de conviver com uma doença grave e que pode levá-lo à morte, como a doença renal, nem sempre é aceita por sentimentos positivos. Pelo contrário, a desilusão acerca dessa afecção é alimentada por sentimentos ruins, negativos, tais como: revolta, temor, rebeldia, tristeza, conflitos, incerteza, isolamento para com a sociedade e abandono de responsabilidades. O indivíduo já não quer mais realizar planos de vida, pois este já aglomera em sua desesperança a ausência de perspectivas relacionadas ao seu futuro visto que a cura está longe de sua realidade e, assim, ele considera que essa ausência de planos torna a vida menos sofrida, pois caso estes não sejam alcançados, não haverá novos descontentamentos.

Lima e Gualda (2001, p. 239) discursam,

Pode-se observar que cada pessoa possui uma forma singular de lidar com a doença e o tratamento, bem como, com o impacto que eles provocam na vida das pessoas que compõem sua rede social. Fatores como vontade de viver, suporte dos entes queridos, conformismo perante o inevitável, fé em Deus, dentre outros, são utilizados como uma maneira para resistir e prosseguir em sua jornada. Tais fatores, evidentemente, variam de pessoa para pessoa e são influenciados por suas crenças e valores.

Ainda se não bastassem as tamanhas insatisfações em decorrência da insuficiência renal crônica e do tratamento que advêm, o cotidiano do paciente também passa a ser controlado, causando alterações significativas no seu dia a dia.

Apesar de essas serem para melhorar o bem estar do paciente, a maioria das vezes eles não se sentem conformados.

Conforme explicam Pilger *et al* (2010, p. 681): “A necessidade de privação de alguns alimentos e a restrição de água, em consequência da doença, surge também como fator limitante da qualidade de vida [...]”. Abordando a mesma temática Lima e Gualda (2001, p. 238) afirmam que a qualidade de vida dos pacientes renais crônicos é evidenciada essencialmente por restrições na ingestão, seja esta por líquidos ou por alimentos.

Santos *et al* (2011, p. 35) também elucidam que outro desafio a ser encarado pelos pacientes com insuficiência renal crônica para uma melhor qualidade de vida, é a alteração do modo de vida em relação aos costumes alimentares e a ingestão hídrica e, isto vem a ocorrer com as restrições, pois se torna importante empregar uma dieta pobre em proteínas, sódio, potássio e água.

Reis *et al* (2008, p. 339) reforçam,

As restrições alimentar e hídrica são fundamentais para o sucesso do tratamento e para o bem-estar do indivíduo, mas podem ser fonte de frustração, por modificar hábitos do cotidiano e impor diversas privações.

Ainda no mesmo âmbito, embora o tratamento tenha surgido na vida do portador da insuficiência renal crônica para garantir a ele uma melhora na qualidade de sua vida, recuperando o seu bem-estar físico, a capacidade cognitiva, dentre outros, ele também acarreta diversas alterações, desde as mais complexas até as mais simples, como: alimentar com o que gosta ou até mesmo tomar água da maneira que deseja, conforme a sua sede (TERRA *et al*, 2010, p. 309).

Os mesmos autores (2010, p. 309) dizem que, em razão destes fatores, é essencial uma mediação educativa e psicológica aos pacientes.

Santos *et al* (2011, p. 36) apontam,

Na dimensão das limitações causadas por problemas da saúde emocional, pode-se dizer que a DRC, além de ter um impacto grande na parte física, ela também tem influência na parte emocional. A DRC e seu tratamento causam no cliente a perda dos seus sonhos e aspirações, mudança no estilo de vida, perda das escolhas e opções, além do isolamento social.

O portador da insuficiência renal crônica (IRC) que permanece em tratamento suporta diferentes modificações a cada dia em sua vida. Este paciente em algumas circunstâncias não possui noção da sua enfermidade até o quadro clínico do mesmo mostrar-se bastante grave. Devido às restrições impostas pelo tratamento, além dos problemas clínicos, os pacientes podem ser atingidos por problemas psicológicos, pois muitas vezes, eles têm que deixar o trabalho, assim, não respondem mais pelo sustento da sua família e limitam também suas atividades sociais (LIMA; GUALDA, 2000, *apud* MEIRELES *et al*, 2004, p. 169).

Pilger *et al* (2010, p. 682) acrescentam,

Com a instalação de enfermidades, como a insuficiência renal crônica, as pessoas precisam aprender a conviver com as diversas limitações advindas da doença e do tratamento que muitas vezes modificam seu estilo de vida. Os indivíduos submetidos ao tratamento hemodialítico apontam para a necessidade de serem direcionados esforços psicológicos e físicos, pois o impacto da doença e desta modalidade terapêutica causa, além do desgaste físico, um grande estresse emocional. O indivíduo é obrigado a conviver com o fato de ter uma doença incurável que o remete à dependência de um tratamento doloroso, de duração imprevisível e consequências incertas para a sua vida e a vida das pessoas que compõem sua rede social.

Corroborando com as ideias acima, Reis *et al* (2008, p. 337) entendem que, como toda e qualquer doença, a insuficiência renal crônica traz consequências físicas e também psicológicas ao paciente, interferindo diretamente nas suas relações sociais e no seu cotidiano. Isso faz com que haja a necessidade de um período de adaptação às novas circunstâncias, em que serão observados, além do modo de lidar com o problema renal, todas as mudanças e restrições que acompanharão o paciente durante o decorrer da sua vida.

A busca contínua da qualidade de vida é uma característica ligada a todas as pessoas. Essa busca possui dois contrapontos: saúde e doença. E o indivíduo que possui insuficiência renal crônica enfrenta muitos contratempos durante sua vida, pois a cronicidade da doença e a complexidade do tratamento tornam a vida do paciente uma constante batalha pela sobrevivência e o bem estar físico, mental e social, que fazem parte das dimensões dinâmicas e integram o processo saúde-doença (RAMOS *et al*, 2008, p. 73-74).

Enfim, mesmo defronte de tantas dificuldades que o tratamento provoca na

vida dos usuários portadores da insuficiência renal crônica, será somente através dele que os pacientes encontrarão as condições necessárias para sobreviverem.

2.2 Tipos de tratamentos existentes para a Insuficiência Renal Crônica

A insuficiência renal crônica (IRC) ocasiona deficiência e/ou perda da função do rim, órgão que é imprescindível para a sobrevivência de um ser humano. Todavia, hoje existem diversos tipos de tratamentos disponíveis para a insuficiência renal crônica, tais como: hemodiálise (HD), diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC), diálise peritoneal contínua assistida por cicladora (CCPD) ou diálise peritoneal automática (DPA) e o transplante renal (TX). Estes tipos de tratamentos substituem de modo parcial a função renal, aliviam os sintomas da doença, visam maior expectativa e qualidade de sobrevida aos portadores desta afecção. No entanto, nenhum deles é curativo.

A princípio, a alternativa de determinado tipo de tratamento dependerá do nível da função renal, dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente, da modalidade terapêutica que estiver disponível e também da preferência do paciente.

Além dos tipos já mencionados existem os tratamentos que atuam indiretamente, como o tratamento espiritual, nutricional e psicológico que, como já foram abordados, não deixam também de ser benéficos.

2.2.1 Hemodiálise (HD)

A hemodiálise - HD (FIG.1) é um tipo de tratamento que emprega a função que o rim executa no organismo humano através da filtração do sangue. Este processo é realizado utilizando uma máquina específica. Nesta filtração são removidas todas as impurezas provindas do sangue e outras que, quando em demasia, acarretam prejuízos ao organismo e risco de morte, como proteínas, sódio, potássio, líquidos, entre outras.

Para Silva e Silva (2003, p.10),

Hemodiálise (HD): consiste na filtração do sangue através de um processo extracorpóreo de depuração mediado pela membrana de um deslizador, que funciona como um rim artificial. A duração de cada sessão desta terapêutica varia de 3 a 4 horas, 3 vezes por semana.



FIGURA 1: Hemodiálise

Fonte: Disponível em: <www.urologia.com.br>. Acesso em: 06 de out. de 2014.

Abreu (2005, p. 24) diz que o método da hemodiálise, é concretizado por meio de um acesso vascular que pode ser realizado empregando um cateter de duplo lúmen através da pele ou por via de junção subcutânea, entre a extremidade de uma artéria e de uma veia que se intitula fístula arteriovenosa (FAV).

Fermi (2003, *apud* INABA, 2006, p. 35-36) evidencia,

Para realizar uma hemodiálise de bom padrão é necessário haver: uma fístula arteriovenosa com bom fluxo; um local com condições hospitalares; maquinaria adequada e assistência médica e de enfermagem permanente. Até que a fístula arteriovenosa esteja em excelentes condições como o acesso para a hemodiálise, o cliente portará um cateter de duplo lúmen – CDL – instalado em uma grande veia, podendo ser utilizado as veias subclávias, jugulares ou femorais. O tempo máximo de permanência do CDL é de dois meses, período necessário para a manutenção da fístula arteriovenosa. Entretanto, o CDL, além de funcionar como acesso, torna-se uma porta de entrada de microorganismos da pele para o sistema cardiovascular, o que pode resultar de infecções intraluminais a sepse. Assim, a adoção da técnica asséptica e o cuidado rigoroso na manipulação do CDL pelo profissional de saúde e a atenção e o zelo do próprio cliente são fundamentais para a prevenção de infecção (FIG.2).

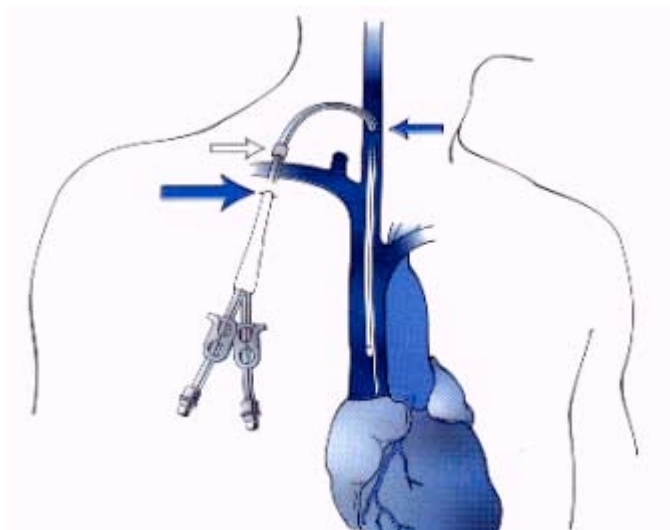


FIGURA 2: Catéter de duplo lúmen implantado

Fonte: Disponível em: <www.urologia.com.br>. Acesso em: 06 de out. de 2014.

Acrescentam Manfredi *et al* (2011, p. 451) que os cateteres venosos centrais de duplo lúmen têm capacidade de duração pequena ou grande. Os que possuem capacidade de grande duração são cateteres tunelizados com cuff subcutâneo, por isso diminuem a possibilidade de inflamação. Precisam ser inseridos, preferencialmente, na veia jugular interna ao contrário do membro em que a fístula arteriovenosa (FAV) estiver instalada. As dificuldades frequentes nesse acesso envolvem as relacionadas ao procedimento do implante, as infecciosas e o mau funcionamento do cateter, como pequeno fluxo, obstrução e a elevação da recirculação. Todavia, os cateteres oferecem um acesso vascular acelerado e apropriado aos pacientes em estado de urgência.

Os mesmos autores (2011, p. 451) complementam que,

A FAV (FIG.3) é o acesso de escolha para hemodiálise em pacientes crônicos, devendo ser confeccionada por um cirurgião vascular experiente por meio da anastomose entre artéria e veia (lâtero lateral ou término lateral), o mais distal possível (artéria radial e veia cefálica), poupando-se os vasos proximais para que, em caso de falência, possa ser reconstruída mais acima. Preferencialmente, deve ser confeccionada no membro superior não dominante alguns meses antes de iniciar o tratamento dialítico, a fim de haver tempo hábil para a maturação e possíveis correções [...]

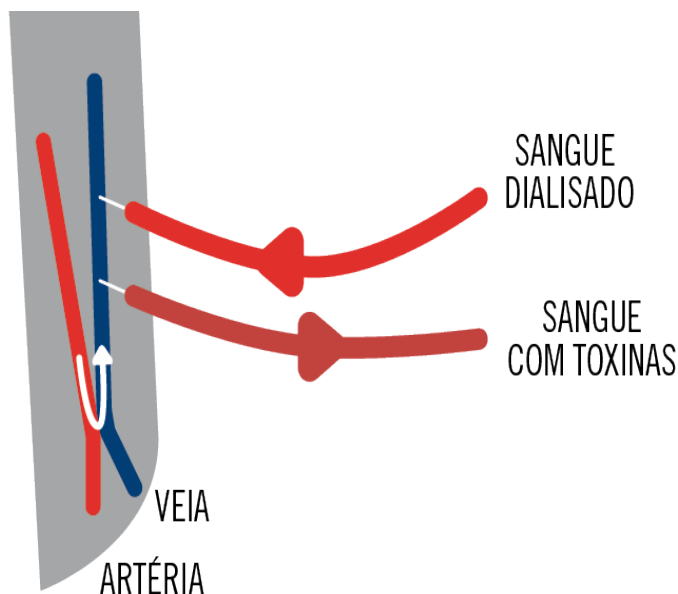


FIGURA 3: Fístula arteriovenosa

Fonte: Disponível em: <<http://grupochr.net.br>>. Acesso em 06 de out. de 2014.

A FAV mostra menor ocorrência de trombose e infecção e significantes taxas de patência primária e secundária quando comparada aos demais acessos. No entanto, a FAV também apresenta algumas complicações, como: falência primária, estenose e coagulação sanguínea secundária, todas conduzindo ao bloqueio em parte ou em totalidade do seu fluxo. Se por acaso o paciente não tiver possibilidade de aderir à FAV, ele tem a alternativa de se submeter ao enxerto arteriovenoso com prótese de politetrafluoretileno (PTFE). Este será constituído nos membros superiores e inferiores (MANFREDI *et al*, 2011, p. 451).

Conforme explicam Ramos *et al* (2008, p. 74) o indivíduo com IRC, para continuar a viver, tem a necessidade de efetuar uma terapia substitutiva, neste caso, a hemodiálise, como opção para conservar seus desempenhos vitais enquanto se espera o transplante renal.

Almeida e Meleiro (2000, p. 27) afirmam que: “A experiência da hemodiálise (HD) é única: duas ou três vezes por semana a pessoa torna-se um paciente com a vida dependente da máquina de diálise e da equipe médica”.

Portanto, o prolongamento da vida concedido por essa forma de tratamento é fortemente elevado, existindo pacientes em programa de hemodiálise há mais de quinze anos (ABREU, 2005, p. 26).

Manfredi *et al* (2011, p. 450) constatarem que,

Os avanços tecnológicos dos equipamentos de diálise possibilitam a individualização da prescrição e possuem vários sensores (pressão, temperatura, presença de ar, condutividade do dialisato, volume do ultrafiltrado) que tornam o procedimento seguro e eficaz.

Contudo para Martins e Cesarino (2005, p. 672) “[...] a hemodiálise apresenta progressiva desumanização devido à evolução tecnológica.”

Como já supracitado o tratamento de hemodiálise é realizado através de uma máquina e, para que ele seja seguro, as máquinas de hemodiálise precisam ser eficientes e confiáveis. Para tanto elas conseguem identificar através de alarmes possíveis problemas que podem ocorrer no sistema, como presença de bolhas, mudança de temperatura e do curso de sangue. No entanto, isso não assegura que não haverá intercorrências (NASCIMENTO; MARQUES, 2005, p. 720).

Assim, os mesmos autores (2005, p. 720) confirmam,

As complicações mais comuns durante a hemodiálise são, em ordem decrescente de frequência, hipotensão (20%-30% das diálises), câibras (5%-20%), náuseas e vômitos (5%-15%), cefaléia (5%), dor torácica (2%-5%), dor lombar (2%-5%), prurido (5%), febre e calafrios (< 1%). As complicações menos comuns, mas sérias e que podem levar à morte incluem: a síndrome do desequilíbrio, reações de hipersensibilidade, arritmia, hemorragia intracraniana, convulsões, hemólise e embolia gasosa.

O tratamento de hemodiálise pode ser considerado um método desagradável para os pacientes, já que um número considerável apresenta durante ou depois da sessão sintomas de hipotensão, câimbras e náuseas (REIS, 2000, *apud* QUEIROZ, 2010, p. 26).

Maldaner *et al* (2008, p. 648) ressaltam que o tratamento demanda trabalho em equipe, abrangendo não somente o emprego da tecnologia disponível mas também o empenho dos profissionais de saúde, todavia o tratamento também carece sobretudo da cooperação e envolvimento do renal crônico.

Os autores (2008, p. 648) ainda complementam que,

Os indivíduos acometidos da IRC realizam as sessões de hemodiálise com frequência e tempo indicado, porém, percebe-se que uma proporção significativa tem dificuldade de aderir às terapêuticas do tratamento. A efetivação da adesão ao tratamento da IRC favorece ao indivíduo uma sessão de hemodiálise com menor risco de intercorrências e na manutenção e no aprimoramento do bem-estar físico, social e psicológico.

No entanto, a insuficiência renal ligada à dependência da máquina de hemodiálise e dos profissionais que a manuseia, produz um efeito de tempestade, causando insegurança na vida do portador da IRC como um todo (RAMOS *et al*, 2008, p. 75).

Goes e Marcon (2002, *apud* RAMOS *et al*, 2008, p. 77) acrescentam,

O paciente renal crônico percebe a hemodiálise como uma situação que tira sua liberdade, gera mudança de comportamento e hábitos, o que, conseqüentemente, ocasiona transtorno à sua vida. A partir do momento em que ele transforma sua vida para atender à sua condição de crônico, está fazendo algo que lhe foi imposto e que lhe trouxe limitações físicas e sociais, mas não há outra saída. As exigências da doença e do tratamento comprometem, além dos aspectos físicos, as atividades sociais e ocupacionais. A terapêutica apresenta-se como um evento inesperado e de dependência de uma equipe especializada e uma máquina.

Corroborando Ribeiro *et al* (2013, p. 40) descrevem que o tratamento de hemodiálise acomete alterações no decorrer da vida dos indivíduos com IRC e demanda dos mesmos uma disposição frente a uma nova rotina, a uma nova conduta que lhes são atribuídas, o que requer renúncias e sacrifícios, causando estresse e contrariedade ao paciente.

A IRC, como o próprio nome já diz, é uma afecção que possui um processo irreversível. Porém um dos tratamentos dado a ela, neste caso, a hemodiálise, deve ser enfrentada com uma certa dose de otimismo, pois é através dela que os portadores de IRC possuem uma oportunidade para uma maior chance de sobrevivência com melhor qualidade de vida.

2.2.2 Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC)

A diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC) é um outro tipo de modalidade terapêutica que o paciente renal crônico pode aderir.

A inserção da DPAC, no Brasil, aconteceu em 1980, pelo Doutor Miguel Riella, do Hospital das Clínicas da Universidade do Paraná (CHERCHIGLIA *et al*, s.d., p. 08). Silva e Pereira (2005, p. 07) também afirmam: “no Brasil, a Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua existe desde 1980.”

Os mesmos autores (2005, p. 07) relatam que a DPAC, além de desempenhar uma outra escolha de tratamento para o paciente, é contemplada como processo dialético semelhante à hemodiálise.

Conforme explica a Sociedade Brasileira de Nefrologia - SBN (2001, *apud* QUEIROZ, 2010, p. 26),

A diálise peritoneal (DP) utiliza o peritônio, membrana localizada no interior do abdome, como filtro para eliminação das toxinas presentes no organismo. Através de um cateter instalado na cavidade abdominal, (FIG.4) há infusões e drenagens repetidas de soluções de diálise. Este procedimento pode ser realizado de modo contínuo, durante 24 horas (DPAC – Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua, situação em que o próprio paciente ou familiar realiza os ciclos, em períodos determinados, diversas vezes ao dia, em casa ou no trabalho).



FIGURA 4: Cateter implantado para a realização de diálise peritoneal
Fonte: BAXTER (2012, s.p.).

Corroborando Araújo (2009, s.p.): “A diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC) (FIG.5) envolve múltiplas trocas durante o dia, usualmente 3 trocas, seguidas de uma mais longa durante a noite.”



FIGURA 5: Diálise peritoneal ambulatorial contínua.

Fonte: Disponível em: <www.urologia.com.br>. Acesso em: 06 de out. de 2014.

A DPAC é uma conduta que tem a possibilidade de ser efetuada na residência do paciente e baseia na execução de substituição das bolsas de diálise, que o próprio paciente ou cuidador adequadamente habituados podem realizar. O fluido da diálise é infundido através de um cateter na cavidade abdominal, mantendo por seis a oito horas, aonde acontece a osmose e disseminação de solutos por meio da membrana peritoneal. Posteriormente ao período de duração do fluido no abdome, este é escoado e trocado por uma nova solução (RIBEIRO *et al*, 2009, p. 762) (FIG.6).

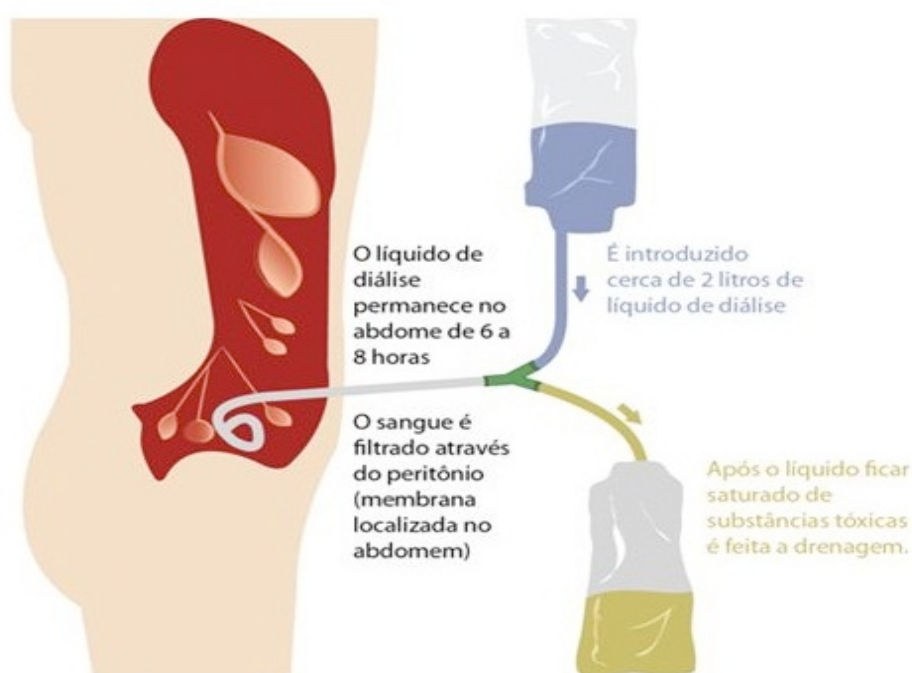


FIGURA 6: Processo da diálise peritoneal ambulatorial contínua

Fonte: Disponível em: <www.slideplayer.com.br>. Acesso em: 06 de out. de 2014.

Ainda no mesmo âmbito, Abreu (2005, p. 22) explica,

A DPAC é realizada com introdução por gravidade de um a três litros de uma solução salina contendo dextrose na cavidade peritoneal, através de um cateter. Por meio de difusão e de ultrafiltração, as toxinas se movem dos vasos sanguíneos do peritônio para a solução de diálise que foi infundida na cavidade peritoneal. As trocas ocorrem após o tempo de permanência, sendo o líquido drenado por gravidade, eliminando o excesso de água, as toxinas e os produtos finais do metabolismo.

Jacobowski *et al* (2005, p. 382) deixam explícito que: “A diálise, de um modo geral, é processada em três fases: infusão, permanência e drenagem da solução.”

Para SBN (2001), Silva e Silva (2003) *apud* Queiroz (2010, p. 27): “A diálise peritoneal permite maior independência para o paciente em relação à locomoção, trabalho, viagens, sem monitorização contínua da equipe médica ou de enfermagem.”

Em contrapartida, a análise de Ribeiro *et al* (2009, p. 762) demonstra que o tratamento da DPAC tem suas complexidades, pois o paciente e/ou cuidador devem se preocupar constantemente com princípios de assepsia, higiene e limpeza afim de impedir a peritonite, fato que exige bastante cautela para o manuseio do cateter.

Segundo Pecoits-Filho (2003, *apud* ARAÚJO, 2009, s.p.),

A colocação e a manutenção do cateter na cavidade peritoneal, a presença da solução hiperosmolar e o uso do peritônio como membrana semipermeável podem propiciar o aparecimento de algumas complicações não infecciosas, metabólicas ou mecânicas, e infecciosas.

Neste contexto, Araújo (2009, s.p.) afirma que: “A peritonite permanece uma importante causa de morbidade e mortalidade em pacientes submetidos a DP”.

Jacobowski *et al* (2005, p. 386) reforçam,

Desde a introdução da técnica de DPAC, a peritonite tem sido apontada como a principal causa de falência e descontinuação dessa alternativa terapêutica, podendo ser considerada a mais grave complicação do método dialítico, pelo impacto sobre a morbidade dos pacientes tratados, pois além da perda de produtividade e transferência para hemodiálise, 1 a 3% dos casos, evolui para o óbito.

Percebe-se que a DPAC é um método que proporciona maior independência ao paciente, pois ele possui condições de realizar o tratamento em qualquer ambiente, desde que este seja realizado seguindo corretamente os princípios assépticos e desempenhando as melhores técnicas de higiene e limpeza. Essas normas de higienização devem ser seguidas para que não ocorra nenhum tipo de complicação, principalmente a peritonite, pois esta pode gerar maiores transtornos que levam o indivíduo à morte. Enfim, é necessário que o paciente, o cuidador ou até mesmo o familiar presente, estejam sempre atentos a quaisquer sinais e/ou sintomas de uma infecção que advém desta modalidade terapêutica, pois um diagnóstico precoce e um tratamento adequado podem evitar sérias complicações.

Dentro da diálise peritoneal temos ainda a diálise realizada por uma máquina cicladora, também chamada de diálise automática como será visto a seguir para melhor entendimento.

2.2.3 Diálise Peritoneal Contínua Assistida por Cicladora (CCPD) ou Diálise Peritoneal Automática (DPA)

A diálise peritoneal contínua assistida por cicladora (CCPD) ou diálise peritoneal automática (DPA) é outra opção e/ou escolha de tratamento para o portador de insuficiência renal crônica.

De acordo com Cherchiglia (s.d., p. 08),

Em 1981, surgiu uma modalidade alternativa de diálise peritoneal: a Diálise Peritoneal Contínua Cíclica (DPCC), um tipo de Diálise Peritoneal Automática (DPA). Desde a sua introdução, a técnica da DPA e suas variantes têm passado por aperfeiçoamentos que possibilitaram flexibilizar a programação do uso dos equipamentos, de acordo com as necessidades de cada paciente. Em 2003, aproximadamente um terço dos pacientes em diálise peritoneal no mundo eram tratados com DPA.

Para Cesar *et al* (2013, s.p.) é chamada e/ou conhecida por DPA quando se emprega uma máquina cicladora (FIG.7). Essa máquina é programada segundo a prescrição médica, e a diálise comumente é feita à noite, durante o sono do paciente.



FIGURA 7: Máquina cicladora automática
Fonte: BAXTER (2012, s.p.).

Cruz *et al* (2012, p. 109) explicam,

Diálise Peritoneal Automatizada (DPA): indicada para pacientes crônicos em diálise contínua. As trocas de solução de diálise são feitas manualmente pelo cuidador, no paciente, em seu domicílio. No ambiente hospitalar, quando internado, as trocas podem ser feitas pela equipe de enfermagem. Os ciclos são realizados por meio de uma máquina cicladora automática. O paciente conecta-se à máquina antes de dormir, os ciclos são feitos automaticamente, seguindo a programação previamente realizada, conforme a prescrição médica. Diálise Peritoneal Cíclica Contínua (DPCC): indicada para pacientes crônicos em diálise contínua. O paciente conecta-se à máquina cicladora em seu domicílio ou no hospital, quando internado. A diálise é realizada à noite, enquanto ele dorme. Geralmente, são feitos de três a cinco ciclos durante a noite. De manhã, o paciente infunde a última bolsa, que deverá permanecer durante o dia, sendo realizada uma troca de bolsa manual durante o dia, ou será drenada ao se deitar, quando a cicladora é reconectada, dependendo da prescrição médica (FIG.8).



FIGURA 8: Diálise peritoneal automática
Fonte: Disponível em: <www.atlasdasaude.pt>. Acesso em: 06 de out. de 2014.

Destaca Brunkhorst (2002), Fine e Tejani (1996) *apud* Simpionato (2005, p. 22) que,

Uma das principais vantagens da modalidade DPA sobre a CAPD é que a primeira pode ser realizada à noite e envolve apenas um procedimento de “liga” e “desliga”, sendo assim uma opção atraente para as famílias. A diminuição da peritonite também é uma das vantagens da modalidade DPA em relação a CAPD.

Quanto à desvantagem Wilson e Nissenson (2002) *apud* Simpionato (2005, p. 22) diz que: “Uma das desvantagens da DPA é a cicladora. Algumas pessoas relatam dificuldades em seu manuseio, e outras não suportam a ideia de ficarem dependentes de uma máquina”.

A CCPD ou DPA proporciona maior comodidade ao paciente, pois este não precisa se locomover para uma unidade hospitalar para realizá-la, já que pode ser feita em sua residência. É executada durante o sono do paciente dando maior comodidade para o mesmo, além de não carecer de acesso vascular, porém, necessita de ter um cateter instalado em seu peritônio, possibilitando ao paciente desfrutar de uma vida normal, trabalhando e usufruindo de pequenos lazeres.

2.2.4 Transplante Renal (TX)

O transplante renal é o método de escolha mais almejado pela maior parte dos portadores de IRC, afinal ele pode possibilitar uma nova vida, apesar de também não ser um método curativo.

No início do século XX houve um avanço dos procedimentos de suturas vasculares, admitindo o emprego dos procedimentos dos transplantes de órgãos, primeiramente iniciados pelos transplantes renais (MANFRO; CARVALHAL, 2003, p. 14).

Segundo Galante *et al* (2011, p. 493),

O transplante renal foi admitido como terapia eficaz após a década de 1960, com a introdução da associação de azatioprina e prednisona, e aprimorado a partir de 1963, com a demonstração de que os episódios de rejeição aguda poderiam ser reversíveis com a administração de grandes doses de corticosteróides.

Apesar dos diversos processos que substituem a função dos rins no tratamento da insuficiência renal crônica, o transplante renal é o mais efetivo para a restituição socioeconômica do paciente (GALANTE *et al*, 2011, p. 493). Manfro e Carvalho (2003, p. 14) compartilham essa ideia quando afirmam que: “em termos de morbidade, mortalidade e qualidade de vida o transplante renal constitui-se como a melhor alternativa de tratamento da insuficiência renal crônica [...]”

Corroborando com Manfro e Carvalho (2003, p. 14), Cunha *et al* (2007, p. 805) dizem que o transplante é um dos tipos de tratamento e também de reestruturação mais sugeridos para os portadores da insuficiência renal crônica, pois concede de acordo com as características do paciente, melhor qualidade de vida e uma provável diminuição do risco de mortalidade.

Portanto, os estudos de Bittencourt *et al* (2004, p. 734) afirmam que,

O transplante renal, defendido como uma terapêutica que proporcionaria um retorno às atividades habituais também pode estar associado com escores não tão satisfatórios de qualidade de vida, especialmente naqueles indivíduos que cursam com episódios de rejeição aguda ou eventos adversos pelas medicações imunossupressoras utilizadas.

Nesse sentido, Manfro e Carvalho (2003, p. 16) descrevem que o transplante renal, apesar de seu alto índice de êxito, assim como outros tipos de transplantes, também está susceptível a um elevado índice de complicações.

Os mesmos autores (2003, p. 16-17) demonstram,

As complicações cirúrgicas dos transplantes renais podem ser de natureza diversa, sendo pertinentes tanto ao doador (no caso de doador vivo) como ao receptor. [...]. Quanto ao receptor, as complicações cirúrgicas estão associadas basicamente a problemas vasculares, urológicos [...]. Diversos tipos de complicações clínicas podem seguir-se ao transplante renal. As mais frequentes são a ausência de função inicial do enxerto, principalmente com rins de doadores cadáveres, as rejeições, as infecções (bacterianas, virais, fúngicas, protozoárias, entre outras), as metabólicas (obesidade, dislipidemias, diabetes melito), as cardiovasculares (cardiopatia isquêmica e hipertensão arterial) e as ósseas.

Setz *et al* (2005, p. 295), comentam que: “Tx Renal também tem suas complicações, sendo as principais a infecção e a falha do enxerto.”

Contudo, percebe-se que para a execução do transplante são determinados

princípios que compreendem avaliações médica, cirúrgica e psicossocial do paciente com desenvolvimento de exames e confirmação da compatibilidade com o provável doador em relação aos Antígenos Leucocitários Humanos (HLA). São indicações desfavoráveis, ou seja, que não admitem a indicação do paciente como pretendente possível para o transplante renal: infecção ativa, insignificante prognóstico de sobrevida, problemas psiquiátricos severos, psicopatia pobremente verificada, dependentes químicos, afecção coronariana, hepatite e úlcera péptica ativas, afecção cérebro-vascular e provável não aderência do paciente ao tratamento. Entre as indicações desfavoráveis não se encontram inseridas a idade avançada, o paciente já ter sido transplantado e nem o tipo de doença renal de base (CUNHA *et al*, 2007, p. 806).

Cruz *et al* (2012, p. 127) também falam sobre as contraindicações do receptor para a realização do transplante renal,

[...] contraindicações para realização de transplante renal: doença maligna incurável, infecção incurável, doença cardíaca e/ou pulmonar avançada, doença hepática progressiva, doença vascular cerebral, coronariana ou periférica extensa, anormalidades graves do trato urinário inferior, coagulopatia persistente, idade maior que 70 anos, doença mental ou psiquiátrica grave, condições psicossociais adversas graves (alcoolismo, drogadição, não aderência ao tratamento), doença renal com elevado índice de recorrência, recusa do paciente;

Mesmo diante de tantas contraindicações que possam ser encontradas, Draibe e Ajzen (2011, p. 340) evidenciam que o transplante (FIG.9) é uma veracidade notável no meio médico, propiciando uma melhor predisposição de vida e sobrevida prolongada do transplantado. O edificado Hospital São Paulo e Hospital do Rim e da Hipertensão da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) é o centro nefrológico que mais tem realizado transplantes, em torno de 600/ano. Porém, Manfro e Carvalho (2003, p. 14) destacam que: “No Brasil, aproximadamente 150 centros realizam em torno de 3.000 transplantes por ano, número este ainda insuficiente para atender à crescente demanda de indivíduos com insuficiência renal crônica terminal, candidatos ao transplante.”

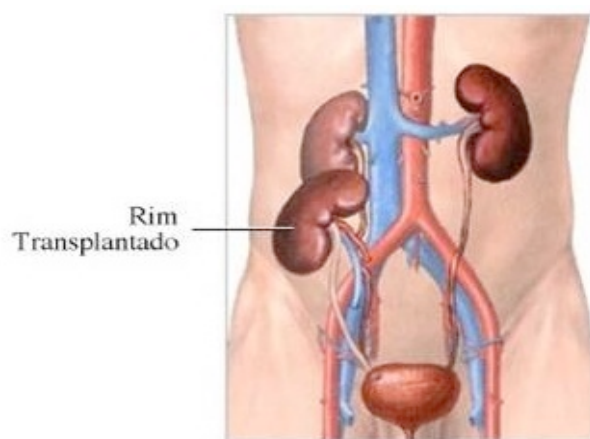


FIGURA 9: Transplante renal.

Fonte: Disponível em: <<http://www.clinicarochabrito.com.br>>. Acesso em: 06 de out. de 2014.

Cunha *et al* (2007, p. 806) afirmam que,

No ano de 2003, segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia, o número de pessoas com insuficiência renal, no Brasil, era na ordem de 54 mil e destas perto de 48 mil recorrem à hemodiálise, e o número de transplantes realizados no ano de 2003 foi de apenas 3.025 em todo o país. Portanto, apenas 6,2% dos pacientes com insuficiência renal crônica realizaram o procedimento de transplante em todo o Brasil.

Asseveram Passarinho *et al* (2003, p. 387) que o transplante renal é a modalidade terapêutica de preferência para o portador da insuficiência renal crônica. Todavia ele é alcançado pela menor parte dos que estão à sua espera, mesmo propiciando recuperação elevada se comparado com o tratamento dialítico e sendo de custo menor.

O transplante renal como modalidade terapêutica apontada para o tratamento da IRC, pode ser efetuado com doador vivo, conforme dizem Cruz *et al* (2012, p. 126),

Em relação ao transplante com doador vivo, a legislação é clara e permite somente a doação entre cônjuges e parentes de até quarto grau. Outros doadores vivos que não se enquadrem nessas condições necessitarão de autorização judicial para a realização do transplante. As vantagens do transplante com doador vivo em relação ao com doador falecido incluem a necessidade de um tratamento menos agressivo com medicamentos imunossupressores, com melhores resultados a curto e longo prazo, sem contar que a cirurgia pode ser programada, proporcionando dessa forma um melhor controle das condições clínicas do receptor. No caso do transplante com doador vivo e aparentado, após os testes de compatibilidade [...], o doador deverá se submeter a uma série de exames para assegurar-se que este indivíduo seja hígido, podendo viver somente com um rim.

Além disso, o transplante renal também pode ser efetuado com doador falecido. Este deve possuir diagnóstico de morte encefálica elaborado por dois médicos que não façam parte da equipe de transplante. Esse diagnóstico deve ser confirmado por um exame secundário que documente ausência de atividade elétrica cerebral ou de fluxo sanguíneo. A família é responsável pela autorização da remoção dos órgãos e também pela assinatura de um documento, junto com duas testemunhas. A doação é baseada na avaliação clínica e laboratorial do doador, não existindo limite de idade. Doadores mesmo possuindo alguma infecção localizada ou hipertensão arterial moderada podem ser usados com sucesso (GALANTE *et al*, 2011, p. 497).

Os mesmos autores (2011, p. 497) ainda explicam,

Poucos exames são necessários na avaliação do doador de rim falecido. Além da estimativa da função renal, realizada por meio da dosagem de creatinina sérica e do equilíbrio acidobásico e eletrolítico, são realizadas sorologias para Chagas, hepatites B e C, citomegalovírus e HIV. Portadores de sorologia positiva para Chagas, HIV e hepatites B e C são afastados. O pronto-retorno da função normal após o transplante está relacionado principalmente ao estado fisiológico do doador falecido. Dessa forma, uma vez estabelecido o diagnóstico de morte cerebral, a mais importante consideração está relacionada à administração imediata e constante de fluidos, visto que a maioria dos doadores falecidos está hipovolêmica no momento do diagnóstico de morte cerebral.

Em suma, após receber um diagnóstico de insuficiência renal crônica, o paciente passa a se submeter a diversos tratamentos, como hemodiálise (HD), diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC), diálise peritoneal contínua assistida por cicladora (CCPD) ou diálise peritoneal automática (DPA) e o transplante renal (TX). No entanto, como já falado, nenhum deles é considerado curativo, possuem apenas a capacidade de diminuir os impactos que a doença causa ao indivíduo. Mas, mesmo sabendo que não há uma medida efetiva para a cura da doença crônica, a maioria das pessoas depositam grandes expectativas no transplante, pois verificam nele a possibilidade de uma nova vida com um órgão sem nenhum vestígio da doença. E o transplante, apesar de não ser nada além de um método paliativo, pode prolongar a vida de uma pessoa por vários anos, melhorando a questão psicológica do paciente e de seus familiares e, conseqüentemente, acarretando em um êxito na qualidade de vida dos mesmos.

No próximo capítulo será caracterizada a assistência humanizada de enfermagem ao paciente renal crônico e seus desafios nos dias atuais.

3. CARACTERIZANDO A ASSISTÊNCIA HUMANIZADA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE RENAL CRÔNICO E SEUS DESAFIOS NOS DIAS ATUAIS

3.1 Compreendendo a assistência e/ou cuidado de enfermagem

O cuidar, em seus amplos significados, é um dos principais instrumentos de trabalho do profissional de enfermagem visto que este é o profissional que lida a maior parte do tempo com o paciente. Dessa forma, faz-se necessário proporcionar ao mesmo uma assistência pautada no cuidado holístico.

De acordo com Souza *et al* (2005, p. 267),

O cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção e se concretiza no contexto da vida em sociedade. Cuidar implica colocar-se no lugar do outro, geralmente em situações diversas, quer na dimensão pessoal, quer na social. É um modo de estar com o outro, no que se refere a questões especiais da vida dos cidadãos e de suas relações sociais, dentre estas o nascimento, a promoção e a recuperação da saúde e a própria morte.

Os mesmos autores (2005, p. 268), completam que o cuidado de enfermagem proporciona e recupera o bem-estar social, psíquico e físico, aumenta as chances de viver e prosperar, além de ampliar as capacidades para unir possibilidades diferentes de funcionamento realizáveis para o paciente. Assim, o cuidar em enfermagem é revelado, na prática, como um conjunto de procedimentos, eventos, ações, propósitos e valores.

Ainda na mesma perspectiva, Pupulim e Sawada (2002, p. 437) apontam que a enfermagem tem se expandido no processo de cuidar, considerando o processo arte e ciência. Na verdade, o cuidar demanda comprometimento dos profissionais de enfermagem para com o próximo. É necessário que a equipe de enfermagem exerça um trabalho que considere o indivíduo como um todo e não somente a doença, pois por estar enfermo, o paciente necessita de cuidado especial e pessoal.

Para cumprir suas atividades de cuidar do paciente, é essencial ao enfermeiro utilizar de forma intensa uma de suas ferramentas básicas: a comunicação. Assim, Sperandio e Évora (2005, p. 938) asseveram,

Na atuação da equipe de enfermagem, onde as ações profissionais são centradas na assistência ao paciente, comunicar implica em emitir, receber e codificar mensagens verbais e não-verbais, através de expressões, simbologias, palavras e também posturas e atitudes.

Os mesmos autores (2005, p. 938), complementam que no ambiente da saúde, a base para a ação dos profissionais são as relações humanas. Desse modo, a comunicação torna-se fundamental para a qualidade do atendimento ao cliente.

O enfermeiro e sua equipe estão diretamente ligados ao processo de cuidar por serem profissionais que convivem a maior parte do tempo com os pacientes. Portanto, é fundamental que a assistência de enfermagem seja realizada de forma humanizada, priorizando o cuidado holístico.

3.2 Assistência de enfermagem ao paciente portador de Insuficiência Renal Crônica

O enfermeiro tem um papel de suma importância na contribuição para uma melhor expectativa de vida aos indivíduos portadores da insuficiência renal crônica. Isso porque a equipe de enfermagem atua na assistência, no cuidado e no tratamento dos clientes, permitindo assim o paciente a encarar a afecção de forma mais branda e na melhoria do seu bem-estar e, assim, possibilitar um cotidiano menos doloroso não somente para ele, mas também para seus familiares.

Queiroz *et al* (2008, p. 56) tecem considerações relevantes,

Na maioria das vezes, a pessoa numa condição de portador crônico de alguma patologia necessita compartilhar este enfrentamento com sua família ou com outras pessoas próximas, buscando ajuda e apoio, pois esta situação requer readaptação individual e familiar. É importante ressaltar, porém, que as estruturas familiares nem sempre dão conta, sozinhas, de serem sustentáculos destas situações. Elas precisam do apoio dos profissionais de saúde, bem como de suporte e colaboração de outras pessoas da sua comunidade.

Cruz *et al* (2012, p. 24) relatam que uma patologia, por si só, altera os hábitos e a rotina de toda uma família. Quando se trata de uma afecção como a renal

crônica que depende de um tratamento e do auxílio de outras pessoas, é necessário que o enfermeiro responsável pelo atendimento trabalhe de forma a demonstrar ao paciente o quanto é importante para que ele se adapte da melhor forma as novas condições que lhe foram impostas.

Entretanto, o trabalho realizado pelo profissional de enfermagem vai muito além do atendimento correto e humanitário ao paciente, ele se estende também aos familiares e seus processos de aceitação da doença. Para tanto é preciso demonstrar para eles que, mesmo com o surgimento da doença, é de extrema importância o apoio deles para a efetiva melhora do paciente, por mais que não estejam preparados para encarar e/ou lidar com uma doença crônica (CRUZ *et al*, 2012, p. 52).

Mostram os mesmos autores (2012, p. 52) que,

Outra estratégia é a educação dos pacientes para melhorar a adesão ao tratamento e a compreensão da terapia. As ações educativas proporcionadas pela enfermagem, portanto, podem contribuir para criar uma atitude positiva ante o tratamento, auxiliando os pacientes a lidar com as situações estressantes da terapia.

Desta forma, é de grande importância que a equipe multidisciplinar de saúde esteja disponível, dedicada e humanizada para auxiliar os portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares a lidarem com as possíveis dificuldades que possam aparecer de uma maneira otimista e com mais disposição para enfrentá-las.

Dyniewicz *et al* (2004, p. 207) complementam: “A equipe de saúde pode desempenhar um papel fundamental no enfrentamento do paciente e sua família quando inseridos num processo de doença crônica.”

Nesta perspectiva é importante encorajar a participação e o envolvimento dos familiares no tratamento do portador de IRC. O entrosamento da família com os profissionais de saúde é benéfico para os pacientes, familiares e a equipe multiprofissional, proporcionando a eficácia na adesão ao tratamento (MALDANER *et al*, 2008, p. 650).

Para Cruz *et al* (2012, p. 52) é essencial a atuação dos familiares no âmbito da doença renal crônica para que seja dividida com o profissional a responsabilidade de cuidado do paciente. Eles ainda afirmam que “[...] o trabalho interdisciplinar contribui com pacientes, familiares e com a própria equipe, oferecendo a todos

suporte para melhor reparar as perdas decorrentes da doença.” (2012, p. 53).

Ramos *et al* (2008, p. 74) destacam que assistir os pacientes renais crônicos significa acolher suas dificuldades, angústias, dividindo conhecimentos e os auxiliando no entendimento da sua afecção e seus meios de reabilitação, contando não somente com a participação do cliente como também com a de seus familiares.

Os mesmos autores (2008, p. 74) esclarecem,

Portanto, espera-se que esse saber, que articula conhecimentos científicos e experiências do cotidiano, contribua para a adoção de atitude compreensiva por parte de quem cuida, influenciando a educação e, conseqüentemente, a saúde daquele que é cuidado.

Todavia a proximidade entre os profissionais de saúde e o paciente não é exclusivamente e diretamente técnica. Comportamentos de respeito, consideração, como ouvir, olhar atenciosamente para o paciente, demonstrações de afago e comunicar com ele respondendo a perguntas informais são considerados instantes importantes no processo de cuidar. Desse modo, a eventualidade desses instantes pode ser interpretada em interesse pelo paciente e sua família, ultrapassando assim, a normatização da assistência e/ou cuidado (ROQUE *et al*, 2007, p. 412).

Para Cianciarullo (1997, *apud* SANTANA *et al*, 2013, p. 5),

O papel do enfermeiro não se restringe a executar técnicas ou procedimentos eficientemente, mais que isso nos propomos a uma ação cuidativa abrangente, que implica, entre outros aspectos, desenvolver habilidade de comunicação, sendo um meio utilizado para satisfazer as necessidades dos pacientes. Se a comunicação entre enfermeiro e paciente não ocorrer efetivamente, o significado do cuidado que prestamos pode ser afetado profundamente.

Gullo *et al* (2000, p. 212) apontam que, ao analisar todos os contratempos que abrangem o renal crônico, assegura-se que o emprego da comunicação empática é imprescindível nas atividades do enfermeiro. Percebe-se que o paciente suporta com frequência sentimentos de aflição, agonia, apreensão, impotência e insegurança ao longo do tratamento. Portanto, é significativo lembrar de um bem precioso que o processo de comunicação possui: o ouvir. Em diversos momentos se dispor a escutar e compreender o paciente é mais importante do que falar e mostrar conhecimento para o mesmo. “Uma das estratégias para auxiliar os pacientes e seus familiares é simplesmente ouvindo-os, colocando-se à disposição para

esclarecimento de suas dúvidas e seus anseios, mostrando-se presente” (CRUZ *et al*, 2012, p. 52).

Stefanelli (1992, *apud* GULLO *et al*, 2000, p. 210) ressaltam,

[...] os enfermeiros, enquanto profissionais da área de saúde preocupados com o ser humano, precisam desenvolver meios, instrumentos, técnicas, habilidades, capacidade e competências para oferecer ao mesmo a oportunidade de uma existência mais digna, mais compreensiva, menos solitária no momento da doença. [...] é por meio da comunicação estabelecida com o paciente que podemos compreendê-lo em seu todo, sua visão de mundo, isto é, seu modo de pensar, sentir e agir. E ajudá-lo a reequilibrar-se mais rapidamente.

Dessa forma, percebe-se que o portador de IRC necessita de uma assistência baseada no conhecimento, humanização e qualidade. Como o enfermeiro é o profissional que permanece junto ao paciente durante todo o tratamento, é necessário que ele esteja capacitado a proporcionar um cuidado integral, em quaisquer das modalidades terapêuticas.

Segundo Souza *et al* (2007, p. 630) o enfermeiro é o profissional responsável pela coordenação da assistência ao paciente e, portanto, seu trabalho é pautado na busca da melhor forma de atender as necessidades individuais, levando até eles condições para a sua efetiva melhora e garantindo uma melhor qualidade de vida. De acordo com o trabalho prestado pelo profissional da enfermagem os pacientes adquirem mais confiabilidade no seu trabalho e isso acarreta melhor convivência entre o paciente e o enfermeiro, sendo este objetivo alcançado pelo processo de enfermagem.

Nascimento e Marques (2005, p. 720) afirmam: “O paciente deve ter extrema confiança nos profissionais prestativos, atenciosos e que estão sempre alerta para intervir quando necessário.”

Comentam Cruz *et al* (2012, p. 24), destarte, a atuação do enfermeiro pode ser critério motivador para uma melhor aceitação do paciente em realizar de forma adequada e mais tranquila o tratamento. A postura do profissional diante da doença e da terapia pode dar ao paciente uma esperança em relação ao processo de melhora da qualidade de vida, fazendo com que a doença seja vista como um desafio a ser superado, pois se assim não for, consequentemente irão acontecer perdas irreversíveis que podem levá-lo a morte. É dessa maneira que o papel do

enfermeiro torna-se predominante, pois ele assiste o paciente perante a sua doença crônica, ao seu tratamento, na adequação do mesmo aos autocuidados e na reestruturação do seu estilo de vida e da sua rotina.

Lata *et al* (2008, p. 163) expressam,

Ofertar um cuidado de qualidade, respaldado no processo de enfermagem, é de competência exclusiva do enfermeiro. Dessa forma, contribui-se para o desenvolvimento da profissão e, conseqüentemente, para melhor relacionamento com o paciente.

Cruz *et al* (2012, p. 26) corroboram ao afirmarem que: “São os profissionais de enfermagem os que atuam mais diretamente na assistência, e no cuidado específico ao doente renal [...]”

Portanto, a assistência de enfermagem deve contribuir para que as necessidades individuais dos portadores de insuficiência renal crônica sejam acolhidas e compreendidas, propiciando a eles amparo, confiança e perseverança no enfrentamento da patologia em questão. Dessa forma, o profissional de enfermagem está promovendo a saúde dos clientes e elevando ao mesmo tempo a autoestima dos mesmos para a superação dos obstáculos que a vida e a própria afecção impõem.

3.3 Contribuição da enfermagem à saúde emocional e/ou mental do paciente com Insuficiência Renal Crônica

Os pacientes portadores de IRC, geralmente apresentam problemas emocionais. Esta doença modifica completamente o cotidiano desses indivíduos, pois, muitas vezes, eles se sentem estigmatizados pela aparência física, empregos são perdidos e famílias ficam desestruturadas. Dessa forma, faz-se necessário a promoção de um cuidado voltado para o indivíduo de forma integral e a equipe de enfermagem possui um papel fundamental nesse aspecto.

As doenças crônicas têm sido alvo de mais atenção entre os profissionais de saúde nas últimas décadas. Isso porque elas apresentam um importante papel na morbimortalidade da população em todo o mundo, não sendo prevalente apenas na população idosa, uma vez que atingem também jovens em idade produtiva. Entre as doenças crônicas, está incluída a IRC, que apresenta evolução de forma

progressiva, não existindo alternativas de melhoras rápidas, o que acarreta problemas sociais, médicos e econômicos (MARTINS; CESARINO, 2005, p. 671).

Ramos *et al* (2008, p. 76) completam que: “A adaptação às doenças crônicas é prolongada e contínua e depende do comprometimento que traz na condição de saúde e do apoio recebido, seja da equipe/serviços de saúde e/ou da família.”

A IRC é uma doença de difícil diagnóstico precoce, acarretando dificuldade no tratamento e cura. O tratamento dessa doença promove o aumento de sobrevida dos pacientes, porém, geralmente não reduz o impacto que ela acarreta na vida deles. Tanto o tratamento como a doença ocasionam modificações na alimentação e nas condições física, social e mental e também nos valores seguidos por essas pessoas, o que favorece o comprometimento emocional. Em relação ao estado geral de saúde, aspectos físicos e emocionais e vitalidade, pode ser afirmado que o choque gerado pela doença é imenso (CATTAL *et al*, 2007, 464 - 465).

Ramos *et al* (2008, p. 74) afirmam que,

A equipe de saúde deve estar atenta a essa fragilidade e, ao implementar o tratamento, além dos aspectos biológicos, deverá avançar nos aspectos psicossociais do paciente, ajudando-o para que supere as dificuldades emergentes em face da doença. Torna-se importante identificar como esta problemática afeta a vida de uma pessoa e conhecer os significados atribuídos pelo paciente mediante a doença e o tratamento dialítico. Desse modo, é necessário redimensionar estratégias que ajudem o paciente a perceber suas limitações, mas sem interferir nas suas potencialidades de ser humano, implementando terapêuticas que possam diminuir esse sofrimento e concorram para uma melhoria na qualidade de vida.

É extremamente importante que o enfermeiro e sua equipe tenham a percepção de reconhecer a qualidade de vida dos portadores de IRC e suas atividades do dia a dia que são prejudicadas com o passar do tempo, para proporcionar mudanças que condizem com a realidade e trabalhar na prevenção do comprometimento das atividades diárias (MARTINS; CESARINO, 2005, p. 675).

Os mesmos autores (2005, p. 671) apontam que as atenções voltadas para uma terapêutica individualizada que visa a qualidade de vida do portador de doença renal crônica como um fator de relevância no cenário do tratamento renal são recentes. A busca é originada a partir da comprovação de que obter um estado de bem-estar mental e físico não é impossível, o que resulta na recuperação do

dinamismo de lazer e trabalho, recuperação da autonomia, conservação do senso de utilidade e da esperança dos pacientes.

De acordo com Cattai *et al* (2007, p. 465), outra forma de alcançar melhoras significativas sobre o estado emocional dos portadores de IRC, como depressão, ansiedade e autoimagem, são as práticas de exercícios físicos. Além disso, essa é uma alternativa muito eficiente que implica na liberação de emoções, tensões e frustrações que são características da doença.

Contudo, pode-se dizer que um fator fundamental na assistência ao indivíduo portador de IRC é o cuidado holístico, conforme abordam Ramos *et al* (2008, p. 78),

Mediante os achados e conforme experiência profissional, percebe-se o quanto é fundamental conhecer sentimentos e reações do ser portador de insuficiência renal para compreendê-lo em sua existência e, assim, ajudá-lo, fazendo um acompanhamento adequado que trate não apenas dos aspectos biológicos da doença, mas também dos aspectos psicológicos e sociais, compreendendo o significado da doença e as atitudes desenvolvidas em função da mesma.

Compreender o indivíduo portador de IRC de forma integral é essencial, pois, quando o tratamento abrange a saúde física e mental, o paciente apresenta uma estabilidade emocional mais significativa, obtendo uma melhor qualidade de vida.

3.4 Críticas e dificuldades em relação à atuação da enfermagem na assistência ao portador de Insuficiência Renal Crônica

A equipe de enfermagem é a que lida a maior parte do tempo com os pacientes. Portanto, para oferecer a eles um tratamento completo e adequado, é preciso, além de conhecimento técnico e científico, muita sensibilidade para cuidar de forma abrangente, tratando não apenas a doença, mas o indivíduo em seu contexto emocional, social e físico.

A pesquisa a respeito das relações que o profissional desenvolve com o trabalho é um desafio atual, principalmente quando se trata de atividades realizadas em áreas que demandam um empenho afetivo e emocional do profissional, como na área da enfermagem (PRESTES *et al*, 2010, p. 744).

É perceptível que o enfermeiro está inserido entre os trabalhadores da saúde que atuam de forma constante e com maior proximidade dos clientes. Através da

assistência, este profissional deve fazer o planejamento das ações educativas juntamente com os pacientes, conforme sua avaliação, buscando tentar auxiliar o indivíduo a reaprender a viver de acordo com a sua realidade (CESARINO; CASAGRANDE, 1998 *apud* MEDEIROS; MEDEIROS, 2013, p. 15).

Para isso, é essencial que os profissionais de saúde que promovem a educação em saúde tenham conhecimento da realidade, das expectativas e da forma de enxergar o mundo de cada indivíduo. Assim é possível dar prioridade às necessidades dos pacientes e não somente às condições terapêuticas, visto que a desvalorização das expectativas e experiências dos clientes é responsável por desencadear várias consequências, tais como: falta de crença no tratamento, a ineficiência do autocuidado, falta de adesão ao tratamento, adoção de hábitos e crenças que prejudicam a saúde, afastamento da equipe multidisciplinar, conduta desagregadora, criação do conceito de que somente outras pessoas têm a responsabilidade por seus cuidados, entre outros (QUEIROZ *et al*, 2008, p. 56 - 57).

Os mesmos autores (2008, p. 57) completam que,

Diante do que foi expresso, surge para nós uma inquietação sobre o enfoque educativo a partir das necessidades dos sujeitos. Percebemos frequentemente na prática, que se priorizam as ações terapêuticas medicamentosas e administrativas em detrimento das ações educativas, apesar de serem complementares, uma vez que são imprescindíveis no processo terapêutico.

Ao longo de décadas, a enfermagem compactua com a deficiência na formação dos seus profissionais, quando reduzem o ser humano a órgãos e sistemas, como se fossem compartimentos. Esse comportamento faz com que o indivíduo seja dividido em disciplinas específicas (anatomia, fisiologia, bioquímica, farmacologia), para depois fazer a construção de um corpo doente, possuidor de órgãos e partes tratados por especialistas que utilizam recursos aprimorados e medicamentos como terapêutica (LIMA, 2006, p. 153).

Diante deste contexto, Machado e Car (2003, p. 33) afirmam que,

Urge uma reflexão crítica e coerente da realidade estabelecida no sentido de se tomar consciência e para que exista a possibilidade de transformação da prática profissional de enfermagem. Nem sempre administramos o cuidar sob a perspectiva do ser humano que adoece confundindo o adoecer do corpo com o da humanidade do ser humano. A essência de nossa prática profissional é cuidar do ser humano que também adoece.

Lima (2006, p. 152) diz que, infelizmente, a realidade mostra que vários profissionais de saúde agem focando somente na doença, dando prioridade à terapêutica direcionada aos processos do corpo. Dessa forma, não há valorização das experiências da pessoa doente e nem do que significa para ela a realidade de ter que conviver com uma patologia crônica, que cria dependência definitiva ou temporária de uma máquina para a sua sobrevivência.

Machado e Car (2003, p. 33) asseveram que a possibilidade de transformação desta realidade existe. No entanto, é necessário que a equipe de enfermagem e de saúde tenha consciência sobre a importância de cumprir seu papel social, considerando que praticar cidadania, antes de tudo, é ter respeito pela liberdade da pessoa que adoece, preservando e assistindo a sua “humanidade”, mesmo com o corpo adoecido.

O profissional de saúde precisa conquistar o paciente, com o objetivo de estabelecer laços de confiança entre eles. Assim, é fundamental proporcionar ao cliente um ambiente acolhedor, demonstrando interesse por ele e ouvindo o que ele tem a dizer. Dessa forma, o indivíduo se sentirá aceito, compreendido e com autonomia sobre o seu tratamento. Para o profissional, essas atitudes simples estabelecem uma assistência mais efetiva e colaboram para a adesão ao tratamento. A assistência humanizada é um fator decisivo para estabelecer ações efetivas, com o objetivo de suprir as necessidades individuais do paciente, proporcionando a ele um cuidado holístico (MEDEIROS; MEDEIROS, 2013, p. 16).

Os mesmo autores (2013, p. 16) completam que as habilidades técnicas e o conhecimento científico são muito importantes para qualquer tipo de tratamento. Entretanto, é essencial que o profissional de saúde seja dotado também de uma sensibilidade que faça com que ele consiga enxergar além das necessidades do corpo e ter a percepção de outras dificuldades, respeitando o ser humano e, principalmente, trabalhando com empenho e satisfação.

De acordo com Ramos *et al* (2008, p. 78), é fundamental conhecer o problema para mudar a forma de agir diante do paciente renal crônico. Para tanto é necessário ouvir cada um sobre seus pensamentos e sentimentos, comportar como um trabalhador que dá valor no ser humano – evitando decisões controladoras e prescritivas, mantendo uma relação capaz de compreender as vivências de cada cliente, garantindo a cada um o direito de tomar suas próprias decisões de maneira consciente – e, enfim, responder de forma positiva a circunstâncias que precisam de cuidado especializado e humanizado.

Os mesmos autores (2008, p. 78) completam que,

Nesse sentido, faz-se necessário redimensionar as ações terapêuticas no processo de atenção e cuidado a partir de uma escuta sensível que ajude a compreender as circunstâncias do cotidiano da pessoa portadora de doença renal crônica. Assim, é importante desenvolver habilidades profissionais para atender aos aspectos clínicos que mantêm a vida, mas também compreender as situações do cotidiano que fazem parte da existência do ser portador de doença renal crônica. Na função de profissionais da área da saúde envolvidos com educação, é necessário buscar alternativas para a melhoria da qualidade de vida desse cliente, compartilhar experiências pessoais e profissionais e proporcionar acompanhamento eficiente por meio de um trabalho interdisciplinar, científico e humanizado junto aos portadores de IRC e seus familiares.

Machado e Scramin (2002) *apud* Medeiros e Medeiros (2013, p. 16) chamam a atenção sobre a questão da falta de habilidade da equipe de enfermagem em trabalhar com as necessidades especiais do paciente, visto que aquela deve ser incentivada a adotar uma conduta crítica, reflexiva e participativa no que diz respeito ao cumprimento das ações voltadas para o cuidar.

Ilanhez (1995) *apud* Medeiros e Medeiros (2013, p. 15) confirmam que,

A insuficiência Renal Crônica (IRC) que foi a responsável por muitos óbitos, continua ainda com índices altos de morbimortalidade. Se por um lado ocorreu um considerável avanço técnico quanto às modalidades de terapia de substituição da função renal, por outro, as clínicas existentes (especialmente no Brasil), são suficientes para atender a demanda das pessoas com IRC. Acredita-se até, ainda existirem óbitos por falta de assistência, e em algumas vezes, até por desconhecimento do tratamento [...]

Os profissionais de saúde precisam vencer um grande desafio, que é o de aprender a dividir com o paciente a experiência da doença, fazendo o possível para auxiliá-lo a encontrar por si só, uma maneira saudável de viver mesmo com as limitações e restrições presentes. Para seguir na direção certa, é fundamental ter solidariedade com o próximo, reconhecer e aceitar seus temores e aflições, oferecendo-lhe informações de forma clara e respeitando suas opções (LIMA, 2006, p. 154).

Segundo Prestes *et al* (2010, p. 742) “[...] evidencia-se que, em muitas situações, o trabalho hospitalar desencadeia o sentimento de impotência nos trabalhadores ao se depararem com os limites humanos e com a sua incapacidade de manter o outro vivo.”

Os profissionais de saúde e, portanto, a equipe de enfermagem enfrenta diversas dificuldades na assistência humanizada ao paciente com IRC, especialmente na abordagem de um indivíduo como um todo. Isso acontece, pois, muitas vezes é tratada a doença no paciente e não o ser humano portador de uma patologia. Dessa forma, faz-se necessário caminhar em busca de uma assistência pautada pela humanização, compreendendo o cuidado em toda sua complexidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização desse estudo, pôde-se compreender o quão importante é a assistência e/ou cuidado humanizado do profissional de enfermagem para uma melhor adesão do paciente ao tratamento de IRC e, logo, melhora significativa na sua qualidade de vida.

Quando um indivíduo se vê diagnosticado com alguma doença crônica, o processo para aceitá-la pode apresentar-se de forma árdua. Nesse momento, o trabalho do enfermeiro é de suma importância, demandando comprometimento e dedicação e representando grande influência na vida do paciente, visto que, o afeto, o carinho e a atenção fornecidos a este, podem auxiliar na sua autoestima, proporcionar bem-estar físico e psicológico. Além disso, essa atuação repercutirá de forma positiva também na vida dos familiares do paciente, pois assim como a equipe de enfermagem, eles são grandes aliados na trajetória do tratamento, já que as limitações impostas pela doença também modificam totalmente a rotina e o estilo de vida de todos.

Todavia, no decorrer desse estudo, foi notado que vários profissionais de enfermagem atuam atendendo e/ou focando apenas na doença do paciente, criando assim, obstáculos emocionais ao mesmo, pois ele se vê limitado a um corpo doente e, dessa forma, passa a desacreditar que o tratamento realmente irá funcionar. Essa linha de raciocínio pode acarretar em um desgaste que trará estresse, revolta, anseios e, conseqüentemente, descuido do paciente com o tratamento.

Portanto, ao lidar com o paciente, o enfermeiro e a equipe que o assiste precisa ter em mente que mais que conhecer todas as técnicas e saber toda a teoria, é necessário não se esquecer em momento algum que se está lidando com outra alma humana, que sofre e se frustra com todas as mudanças que foram procedidas na sua vida. Para tanto é imprescindível sensibilidade e dedicação do profissional, visto que a relação entre as partes tende a ser duradoura.

Conclui-se, portanto, que o profissional enfermeiro verdadeiramente pronto para a realização do seu trabalho é aquele que possui capacidade laboral não só com a parte técnica, mas também com a parte emocional, proporcionando conforto e alívio ao paciente, tornando-se alento e fonte de otimismo sempre que necessário. E fica claro que não existe tratamento eficaz sem a participação do paciente e seu familiar junto ao enfermeiro e sua equipe, pois a parceria de todos abrange um

resultado mais otimista, tornando a forma de encarar a doença mais branda, reduzindo os riscos de intercorrências.

REFERÊNCIAS

ABREU, Isabella Schroeder. *Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise no município de Guarapuava-PR*. SP: USP; PR: UNICENTRO, 2005. 88p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, convênio MINTER realizado entre a Universidade de São Paulo e a Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná, 2005.

ALMEIDA, Alexander M., MELEIRO, Alexandrina MAS. Depressão e insuficiência renal crônica: uma revisão. *J Bras Nefrol*, s.l., v. 22, n. 1, p. 16-24, 2000.

ARAÚJO, Eny Sá de. *Fita reagente no diagnóstico de peritonite em pacientes submetidos a diálise peritoneal*. SE: UFS, 2009, 98p. Dissertação (Mestrado) – Núcleo de Pós Graduação em medicina da Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2009.

ATLAS DA SAUDE. Disponível em: <www.atlasdasaude.pt>. Acesso em: 06 de out. de 2014.

BASTOS, Marcus Gomes; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. Doença Renal Crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *J Bras Nefrol*, s.l., v. 33, n. 1, p. 93-108, 2011.

BAXTER. Disponível em: <<http://www.latinoamerica.baxter.com>>. Acesso em: 06 de out. de 2014.

BITTENCOURT, Zélia Zilda Lourenço de Camargo *et al.* Qualidade de vida em transplantados renais: importância do enxerto funcionante. *Rev Saúde Pública*, s.l., v. 38, n. 5, p. 732-734, 2004.

CARREIRA, Ligia; MARCON, Sonia Silva. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. *Rev Latino-am Enfermagem*, s.l., v. 11, n. 6, p. 823-831, nov/dez, 2003.

CATTAL, Glauco Barnez Pignata *et al.* Qualidade de vida em pacientes com insuficiência renal crônica – SF-36. *Cienc Cuid Saúde*, s.l., v. 6, suplem. 2, p. 460-467, 2007.

CESAR, Eliese Denardi *et al.* A diálise peritoneal na vivência de familiares cuidadores. *Rev Rene*, s.l., v. 14, n. 3, p. 541-548, 2013.

CHERCHIGLIA, Mariângela Leal *et al.* Gênese de uma política pública de ações de alto custo e complexidade: as terapias renais substitutivas no Brasil. s.l., s.d.

CLÍNICA UROLÓGICA ROBERTO ROCHA BRITO. Disponível em: <<http://www.clinicarochabrito.com.br>>. Acesso em: 06 de out. de 2014.

CRUZ, Solange Cezário Gomes Ribeiro; OLIVEIRA, Solange de Carvalho; MATSUI, Tomoko. *Terapia Renal Substitutiva*. 1. ed. São Paulo: Tec Saúde, 2012. p. 210.

CUNHA, Cynthia Braga da *et al.* Tempo até o transplante e sobrevida em pacientes com insuficiência renal crônica no estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1998-2002. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 805-813, abr, 2007.

DRAIBE, Sérgio Antônio; AJZEN, Horácio. Doença Renal Crônica. In: AJZEN, Horácio; SCHOR, Nestor. *Nefrologia: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da Unifesp - EPM*. 3. ed. Barueri: Manole, 2011.

DYNIEWICZ, Ana Maria; ZANELLA, Eloísa; KOBUS, Luciana Schleder Gonçalves. Narrativa de uma cliente com insuficiência renal crônica: a história oral como estratégia de pesquisa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, s.l., v. 6, n. 2, p. 199-212, 2004.

FAYER, Ana Amélia Martinez. Repercussões psicológicas da doença renal crônica: comparação entre pacientes que iniciam o tratamento hemodialítico após ou sem seguimento nefrológico prévio. São Paulo, p. 1-162, 2010.

FRAZÃO, Cecília Maria Farias de Queiroz; RAMOS, Vânia Pinheiro; LIRA, Ana Luisa Brandão de Carvalho. Qualidade de vida de pacientes submetidos a hemodiálise. *Rev. enferm.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 577-582, out/dez. 2011.

GALANTE, Nelson Zocoler *et al.* Transplante Renal. In: AJZEN, Horácio; SCHOR, Nestor. *Nefrologia: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da Unifesp - EPM*. 3. ed. Barueri: Manole, 2011.

GRUPO CINE-HDC-RenalClass. Disponível em: <<http://grupochr.net.br>>. Acesso em: 06 de out. de 2014.

GUIMARÃES, Deocleciano Torrieri. Dicionário de termos médicos, enfermagem e radiologia. 2.ed. – São Paulo: Rideel, 2008.

GULLO, Aline Beatriz Moreira; LIMA, Antônio Fernandes Costa; SILVA, Maria Júlia Paes da. Reflexões sobre comunicações na assistência de enfermagem ao paciente renal crônico. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 202-208, jun, 2000.

HIGA, Karina; KOST, Michele Tavares; SOARES, Dora Mian; MORAIS, Marcos César de; POLINS, Bianca Regina Guarino. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. *Acta Paul Enferm*, s.l., n. 21, p. 203-206, 2007.

INABA, Wilton Keiti. *Prevalência de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise em unidades de saúde pública e privada, Distrito Federal, Brasil, 2005*. DF: UnB, 2006, 80p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

JACOBOWSKI, Joeci Aparecida Duarte; BORRELLA, Rejane; LAUTERT, Liana. Pacientes com insuficiência renal crônica: causas de saída do programa de diálise peritoneal. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre, v. 25, n. 3, p. 381-391, dez, 2005.

LARA, Ermelinda Maria Leite Prado; GOMES, Jussara Gomes de; SALES, Thelma Regina Alexandre. Insuficiência Renal. s.l., s.d.

LATA, Aline Gozzi Braga *et al.* Diagnósticos de enfermagem em adultos em tratamento de hemodiálise. *Acta Paul Enferm*, s.l., v. 21, n. especial, p. 160-163, 2008.

LIMA, Antônio Fernandes Costa; GUALDA, Dulce Maria Rosa. História oral de vida: buscando o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico. *Rev Esc Enferm*, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 235-241, 2001.

LIMA, Antônio Fernandes Costa. Reflexão sobre o cuidar a partir do cenário da hemodiálise: o corpo como mediador da relação entre aquele que cuida e aquele que é cuidado. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 151-155, jan/mar, 2006.

MACHADO, Leise Rodrigues Carrijo; CAR, Marcia Regina. A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica: entre o inevitável e o casual. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 27-35, 2003.

MADEIRO, Antônio Cláudio; MACHADO, Pâmmela Dayana Lopes Carrilho; BONFIM, Isabela Melo; BRAQUEAIS, Adna Ribeiro; LIMA, Francisca Elisângela Teixeira. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. *Acta Paul Enferm*, s.l., v. 23, n. 4, p. 546-551, 2010.

MALDANER, Cláudia Regina *et al.* Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS), v. 29, n. 4, p. 647-653, dez, 2008.

MANFREDI, Silvia Regina *et al.* Técnicas Dialíticas na Doença Renal Crônica. In: AJZEN, Horácio; SCHOR, Nestor. *Nefrologia: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da Unifesp - EPM*. 3. ed. Barueri: Manole, 2011.

MANFRO, Roberto C.; CARVALHAL, Gustavo F. Transplante renal. *Revista AMRIGS*, Porto Alegre, v. 47, n. 1, p. 14-19, jan/mar, 2003.

MARTINS, Marielza R. Ismael; CESARINO, Claudia Bernardi. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev Latino-am Enfermagem*, s.l., v. 13, n. 5, p. 670-676, set/out, 2005.

MEDEIROS, Alice Junielly de Sousa; MEDEIROS, Elaine Maria Dias de. A assistência de enfermagem prestada no tratamento hemodialítico promovido junto ao portador de insuficiência renal crônica – Uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, Pombal (PB), v. 3, n. 2, p. 13-17, abr/jun, 2013.

MEIRELES, Viviani Camboin; GOES, Herbert Leopoldo de Freitas; DIAS, Terezinha Alves. Vivências do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico: subsídios para o profissional enfermeiro. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 3, n. 2, p. 169-178, mai/ago, 2004.

MELDAU, Débora Carvalho. Disponível em:
<<http://www.infoescola.com/hormonios/eritropoetina/>>. Acesso em: 21 de nov. 2014.

NASCIMENTO, Cristiano Dias; MARQUES, Isaac R. Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, s.l., v. 58, n. 6, p. 719-722, nov/dez, 2005.

OLIVEIRA, Fernanda Celedônio de. *Representações sociais de pacientes renais crônicos sobre hipotensão arterial*. CE: UFC, 2009, 114p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

ORSOLIN, Cássia; RUFATTO Cristiane; ZAMBONATO, Roselaine Xavier; FORTES, Vera Lúcia Fortunato; POMATI, Dalva Maria. Cuidando do ser humano hipertenso e protegendo sua função renal. *Rev Bras Enferm*, s.l., v. 58, n. 3, p. 316-319, maio/jun. 2005.

PACHECO, Gilvanice de Sousa; SANTOS, Iraci dos; BREGMAN, Rachel. Clientes com doença renal crônica: avaliação de enfermagem sobre a competência para o autocuidado. *Esc Anna Nery R Enferm*, s.l., v. 11, n. 1, p. 44-51, mar., 2007.

PASSARINHO, Lúcia Eugênia Velloso; GONÇALVES, Maura Pedroso; GARRAFA, Volnei. Estudo bioético dos transplantes renais com doadores vivos não-parentes no Brasil: a ineficácia da legislação no impedimento do comércio de órgãos. *Rev Assoc Med Bras*, s.l., v. 49, n. 4, p. 382-388, 2003.

PEREIRA, Livia de Paula; GUEDES, Maria Vilani Cavalcante. Hemodiálise: a percepção do portador renal crônico. *Cogitare Enferm*, s.l, v. 14, n. 4, p. 689-695, out/dez. 2009.

PET – MEDICINA UFC. Disponível em:
< http://www.fisfar.ufc.br/petmedicina/index.php?option=com_content&task=view&id=506&Itemid=65>. Acesso em: 21 de nov. 2014.

PILGER, Calíope *et al.* Hemodiálise: seu significado e impacto para a vida do idoso. *Esc Anna Nery*, s.l., v. 14, n. 4, p. 677-683, out/dez, 2010.

PREGNOLATTO, Ana Paula Ferrari. Alexitimia e sintomas psicopatológicos em pacientes com insuficiência renal crônica. Campinas, p. 1-45, 2005.

PRESTES, Francine Cassol *et al.* Prazer-sofrimento dos trabalhadores de enfermagem de um serviço de hemodiálise. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 738-745, dez, 2010.

PUPULIM, Jussara Simone Lenzi; SAWADA, Namie Okino. O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 10, n. 3, p. 433-438, mai/jun, 2002.

QUEIROZ, Camila de Moraes Teixeira. *Comprometimento cognitivo e qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica avançada*. SP: UNESP, 2010, 158p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2010.

QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira *et al.* Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 55-63, jan/mar, 2008.

RAFF, Hershel; LEVITZKY, Michael. *Fisiologia Médica: uma abordagem integrada*, Porto Alegre, AMGH, 2012.

RAMOS, Islane Costa *et al.* Portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise: significados da experiência vivida na implementação do cuidado. *Acta Sci. Health Sci.*, Maringá, v. 30, n. 1, p. 73-79, 2008.

REIS, Carla Klava dos; GUIRARDELLO, Ednêis de Brito; CAMPOS, Claudinei José Gomes. O indivíduo renal crônico e as demandas de atenção. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, n. 3, p. 336-341, mai/jun, 2008.

REY, Luís. *Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 950 p.

RHOADES, Rodney A.; TANNER, George A. *Fisiologia Médica*, 2ªed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2005.

RIBEIRO, Carla Danielle Silva *et al.* Percepção do portador de doença renal crônica sobre o tratamento hemodialítico. *Revista interdisciplinar*, s.l., v. 6, n. 3, p. 36-44, jul/ago/set, 2013.

RIBEIRO, Daniele Favaro *et al.* Processo de cuidar do idoso em diálise peritoneal ambulatorial contínua no domicílio. *Acta Paul Enferm*, s.l., v. 22, n. 6, p. 761-766, 2009.

RIBEIRO, Rita de Cássia Helú Mendonça *et al.* Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior de São Paulo. *Acta Paul Enferm*, s.l., v. 21, n. especial, p. 207-211, 2008.

ROQUE, Keroulay Estebanez; MELO, Enirtes Caetano Prates; TONINI, Teresa. Pós-operatório de transplante renal: avaliando o cuidado e o registro do cuidado de enfermagem. *Esc Anna Nery R. Enferm*, s.l., v. 11, n. 3, set, 2007.

ROSSI, Leandra. Vivências de mães de crianças com insuficiência renal crônica: um estudo fenomenológico. Ribeirão Preto, p. 1-174, 2006.

SANTANA, Suellen Silva; FONTENELLE, Taynnkelle; MAGALHÃES, Larissa Maciel. Assistência de enfermagem prestada aos pacientes em tratamento hemodialítico nas unidades de nefrologia. *Revista científica do ITPAC*, Araguaína, v. 6, n. 3, julho, 2013.

SANTOS, Iraci dos; ROCHA, Renata de Paula Faria; BERARDINELLI, Lina Márcia Miguéis. Qualidade de vida de clientes em hemodiálise e necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado. *Esc Anna Nery*, s.l., v. 15, n. 1, p. 31-38, jan/mar, 2011.

SETZ, Vanessa Grespan; PEREIRA, Sônia Regina; NAGANUMA, Masuco. O transplante renal sob a ótica de crianças portadoras de insuficiência renal crônica em tratamento dialítico – estudo de caso. *Acta Paul Enferm*, s.l., v. 18, n. 3, p. 294-300, 2005.

SILBERNAGL, Stefan; DESPOPOULOS, Agamemnon. *Fisiologia: texto e atlas*, 7ªed. revisada, Porto Alegre, Artmed, 2009.

SILVA, Andressa da; PEREIRA, Priscila Vanessa. *Análise do diafragma em pacientes submetidos a diálise peritoneal ambulatorial contínua*. SC: FURB, 2005, 55p. Trabalho de Conclusão de Curso – Departamento de Fisioterapia da Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, 2005.

SILVA, Hiarlene Gonçalves; SILVA, Maria Josefina da. Motivações do paciente renal para a escolha a diálise peritoneal ambulatorial contínua. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, s.l., v. 5, n. 1, p. 10-14, 2003.

SIMPIONATO, Érica. *A enfermagem familiar na promoção da saúde de famílias de crianças com insuficiência renal crônica*. SP: USP, 2005, 137p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem em Saúde Pública, Ribeirão Preto, 2005.

SIVIERO, Pamila Cristina Lima; MACHADO, Carla Jorge; RODRIGUES, Roberto Nascimento. Doença renal crônica: um agravio de proporções crescentes na população brasileira. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR, 2013.

SLIDE PLAYER. Disponível em: <www.slideplayer.com.br>. Acesso em: 06 de out. de 2014.

SODRÉ, Fábio L.; COSTA, Josete Conceição Barreto; LIMA, José Carlos C. Avaliação da função e da lesão renal: um desafio laboratorial. *J Bras Patol Med Lab*, s.l., v. 43, n. 5, p. 329-337, out. 2007.

SOUZA, Emilia Ferreira de; MARTINO, Milva Maria Figueiredo De; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com tratamento hemodialítico utilizando o modelo teórico de Imogene King. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 629-635, 2007.

SOUZA, Maria de Lourdes de *et al.* O cuidado em enfermagem – uma aproximação teórica. *Texto Contexto Enferm*, s.l., v. 14, n. 2, p. 266-270, abr/jun, 2005.

SPERANDIO, Dircelene Jussara; ÉVORA, Yolanda Dora Martinez. Planejamento da assistência de enfermagem: proposta de um software-protótipo. *Rev Latino-am Enfermagem*, s.l., v. 13, n. 6, p. 937-943, nov/dez, 2005.

TERRA, Fábio de Souza *et al*. O portador de insuficiência renal crônica e sua dependência ao tratamento hemodialítico: compreensão fenomenológica. *Rev Bras Clin Med*, v. 8, n. 4, p. 306-310, 2010.

UROLOGIA ELISEU DENADAI. Disponível em: <www.urologia.com.br>. Acesso em: 06 de out. de 2014.

WORONIK, Viktoria. Hipertensão e doenças primárias renais. *HiperAtivo*, v. 5, n. 4, p. 253-260, out/dez, 1998.