

**Qualidade de vida de pacientes renais crônicos submetidos á hemodiálise: Uma revisão integrativa****Quality of life of chronic renal patients undergoing hemodialysis: An integrative review**

DOI:10.34119/bjhrv3n4-172

Recebimento dos originais: 27/06/2020

Aceitação para publicação: 27/07/2020

**Manuelle Rodrigues da Silva**

Enfermeira da Faculdade de Tecnologia de Teresina (CET)

Instituição: Faculdade Santo Agostinho (FSA)

Endereço: Conjunto Parque Piauí Quadra 80 Casa 07 - Bairro: Parque Piauí – Teresina-PI, Brasil -  
CEP 64.025-100

E-mail: manursd@outlook.com

**Luana Mayara Silva de Moura**Enfermeira Coordenadora do centro cirúrgico do Hospital de Traumatologia e Ortopedia do  
Maranhão (HTOMA)

Instituição: Faculdade Dom Alberto Pós EAD – Centro Cirúrgico e CME

Endereço: Rua General Arthur Carvalho, Condomínio Gran Village Brasil II, Apto. 108, Bl. 2B  
Bairro: Turu, São Luis-MA, Brasil - CEP 65.066-320

E-mail: luanaeluisandre@outlook.com

**Ludmilla Lustosa Elvas Barjud**Mestra em Maestria en Ciencias de la Educación (UAA-Py), Farmaceutica Bioquímica da  
Pharmacom Farmacia de Manipulação

Instituição: Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Endereço: Condomínio Consórcio das Águas I, 1600 - Bairro: Josué Parente – Bom Jesus-PI, Brasil  
- CEP 64.900-000

E-mail: lebarjud@hotmail.com

**Gabrielle Soares Batista**

Aluna de Enfermagem da Faculdade Santo Agostinho (FSA)

Instituição: Faculdade Santo Agostinho (FSA)

Endereço: Condomínio Consórcio das Águas I, Quadra AG, Lote 04, s/n - Bairro: Josué Parente –  
Bom Jesus/PI, Brasil - CEP 64.900-000

E-mail: gabriellesbatista@hotmail.com

**Manoel Lopes da Silva Filho**Doutor em Ciência Veterinária, Docente do Campus Professora Cinobelina Elvas da Universidade  
Federal do Piauí (UFPI)

Instituição: Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Endereço: Condomínio Consórcio das Águas I, Quadra AG, Lote 04, s/n - Bairro: Josué Parente –  
Bom Jesus/PI, Brasil - CEP 64.900-000

E-mail: manoellopes@ufpi.edu.br

**RESUMO**

A Insuficiência Renal Crônica é um importante problema de Saúde Pública. A falência dos rins de forma progressiva e irreversível leva o paciente a adotar modalidades renais substitutivas ( Diálise, Hemodiálise e Transplante Renal), que permitem a manutenção da vida desses pacientes. Ao se deparar com uma doença incurável, sentimentos de negação e as limitações que o tratamento impõe repercutem na sua qualidade de vida, porém sabem que precisam do tratamento dialítico e enxergam na espera pelo transplante renal, uma expectativa de melhoria no modo de viver. O presente estudo teve como objetivo descrever a produção científica referente à qualidade de vida dos pacientes renais crônicos. Nesta revisão, buscou-se artigos indexados nas bases eletrônicas SCIELO, LILACS, BVS-BIREME, publicados na língua portuguesa entre o ano de 2004 a 2014, texto completo e resumos em português através dos descritores: Hemodiálise, diálise renal, Enfermagem em nefrologia e Insuficiência renal. Sendo utilizados 25 artigos para análise nesta revisão. Nos resultados, originaram-se duas categorias, a hemodiálise como fator que interfere na qualidade de vida, em que o enfoque foi às mudanças que o tratamento hemodialítico causa na vida do indivíduo, família e equipe de saúde. A outra categoria, hemodiálise como perspectiva de vida em que se considerou fatores influentes na adesão ao tratamento, pelo portador de uma doença crônica e os sentimentos desenvolvidos pelo paciente durante o seu tratamento. Nas considerações finais percebeu-se que a percepção de que cada paciente tem de sua vida, saúde e doença, deve ser levada em conta, a fim de ter sua participação e obter cada vez mais a melhoria da qualidade de vida.

**Palavras-chaves:** Hemodiálise, Diálise renal, Enfermagem em nefrologia, Insuficiência renal.

**ABSTRACT**

Chronic kidney failure is an important public health problem. The Kidney failure progressively and irreversibly leads patients to adopt renal replacement modalities (dialysis, hemodialysis and kidney transplantation), which enable the maintenance of life of these patients. When facing an incurable disease, feelings of denial and limitations that the treatment requires bringing an impact on their quality of life, however, knowing that they need dialysis treatment and they see themselves in waiting for kidney transplantation is an expected improvement in the way of living. This study aimed to describe the scientific production on the quality of life of chronic renal patients. In this review we sought to articles indexed in electronic databases SCIELO, LILACS, BVS-BIREME, published in the Portuguese language between the years 2004 a 2014, full text and abstracts in Portuguese through the keywords: Hemodialysis, Renal Dialysis, Nephrology Nursing and renal failure. 25 articles were under analysis in this review. The results originated in two categories, hemodialysis as a factor that interferes with the quality of life, in which the focus was the changes the hemodialysis treatment causes in the life of the individual, family and health care team, and the other category, as Hemodialysis outlooks on life which was considered influential factors on compliance by the holder of a chronic disease and feelings developed by the patient during treatment. During the final considerations it was noticed that the perception that each patient has on his life, health and disease and that all these aspects should be taken into account in order to have their participation and get increasingly better quality of life for them.

**Keywords:** Hemodialysis, Renal dialysis, Nursing in nephrology, Renal failure.

## 1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis têm recebido vigilância especial dos profissionais de saúde nas últimas décadas. Deve-se ao fato de ser um problema de saúde global e uma ameaça ao desenvolvimento humano (SCHMIDT et al., 2011). Compreendem um grupo de patologias que provocam alterações no estilo e na qualidade de vida das pessoas (BARBOSA et al., 2006). Dentre elas, destaca-se a doença renal crônica que é considerada um problema de saúde pública mundial. A incidência e prevalência desta patologia vêm aumentando na população e os custos do tratamento são elevados (BASTOS, BREGMAN, KIRSZTAJN, 2010).

O diagnóstico e o tratamento precoce de doenças crônicas constituem-se um verdadeiro desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), para os trabalhadores da saúde e para a sociedade. A prevenção dessas doenças e de suas complicações é importante, não só para reduzir os gastos com a saúde, como também para proporcionar uma maior qualidade de vida da população (LEHMKUHL, 2009).

As doenças renais estão entre as causas mais importantes de morte e de incapacidade, em muitos países no mundo. As doenças renais graves podem ser agrupadas em duas categorias principais: Insuficiência renal aguda (IRA), em que os rins, abruptamente, param de funcionar, podendo recuperar a sua função normal ou quase normal e a Insuficiência renal crônica (IRC), em que ocorre perda progressiva da função de um número cada vez maior de néfrons, ocorrendo a diminuição gradual da função renal (GUYTON, 2011).

De acordo com estudos sobre os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012) a adesão ao tratamento tende a acompanhar o aumento da expectativa de vida. Estima-se que 40 pacientes por 100.000 habitantes por ano, necessitarão dessa terapia. Entre 1999 e 2005, observou-se aumento de pacientes atendidos no SUS para terapia de diálise renal em todas as regiões e faixas etárias. As elevadas taxas registradas principalmente nas regiões sudeste e sul – cerca de 2 a 4 vezes superiores às da região norte – são fortemente influenciadas pela maior oferta de serviços especializados. Como esperado, a prevalência aumenta com a idade, atingindo na população idosa (60 anos e mais de idade), valores cerca de 10 vezes maiores que no grupo etário de menores de 30 anos de idade.

Os tratamentos disponíveis nas doenças renais terminais são: hemodiálise, diálise peritoneal (DP) e transplante renal e estas modalidades são complexas, variadas e representam um problema de saúde de ampla magnitude e relevância, especialmente quando se reconhece sua complexidade, seus riscos, diversidade de operações e custo. A decisão do tratamento deve ser realizada após discussão minuciosa entre o paciente, família, médico e outras pessoas, quando apropriado, pois o impacto do

diagnóstico e do tratamento pode levar o paciente renal crônico a um progressivo e intenso desgaste emocional (MATOS; LOPES, 2009).

Na diálise, as trocas são feitas entre o sangue contidos nos capilares peritoneais e a solução de diálise infundida na cavidade peritoneal. A membrana peritoneal é composta de diversas camadas: endotélio, membrana basal endotelial, interstício e mesotélio. Essas camadas impõem grau variável de resistência à passagem dos solutos. As contraindicações para a realização da DP são: aderências peritoneais extensas, hérnias não corrigíveis, colostomia e ausência de estrutura domiciliar para a realização do método (ABENSUR, 2008).

Dentre as modalidades de tratamento para a IRC, o transplante renal se apresenta como opção de fácil acesso, considerando-se os custos para os sistemas de saúde e para o paciente. No entanto, a transplantação de órgãos é um procedimento recente de início na década de 1950, provocando impacto no panorama médico-científico e em toda sociedade, pois envolve aspectos referentes ao progresso da medicina e da alta tecnologia, como também mobiliza sentimentos e emoções, porque há uma associação direta com a representação de vida e morte (FONTOURA, 2012).

Entre as terapias de substituição da função renal, destaca-se a hemodiálise (HD). Antes o objetivo era apenas evitar a morte por hipervolemia ou hiperpotassemia. Atualmente além da reversão dos sintomas urêmicos, esse tratamento busca, em longo prazo, a redução das complicações, a diminuição do risco de mortalidade, a melhoria da qualidade de vida e a reintegração social do paciente (FRAZÃO; RAMOS; LIRA, 2011). Ocorre em média de três sessões semanais por um período de três a cinco horas dependendo das necessidades do paciente (KUSUMOTA et al., 2008).

A questão da adesão ao tratamento hemodialítico está associada também ao fato de assumir sua condição crônica, no sentido de aceitá-la como parte da própria pessoa (PEREIRA; GUEDES, 2009). Esses indivíduos passam a apresentar em seu dia-a-dia limitações, frustrações, prejuízos e mudanças biopsicossociais que interferem em sua qualidade de vida. A alteração da imagem corporal, do sono, do humor, peso, apetite e do interesse sexual, restrições dietéticas e hídricas, dificuldades profissionais além de alteração no relacionamento familiar (MALHEIRO; ARRUDA, 2012).

Sendo assim, é importante conhecer a vivência do paciente em tratamento hemodialítico, uma vez que a doença afeta toda a família, gerando momentos difíceis. Atentas a essas questões e com o propósitos de compreender o significado da IRA sobre a qualidade de vida dos pacientes, surgiu a seguinte questão: Qual a qualidade de vida experimentada pelo paciente em hemodiálise?

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 INSUFICIÊNCIA RENAL

A insuficiência renal origina-se quando os rins não conseguem remover resíduos metabólicos do corpo nem realizar as funções reguladoras. As substâncias que normalmente são eliminadas na urina acumulam-se nos líquidos corporais devido à excreção deficiente, levando a vários distúrbios corporais: hídricos, eletrolíticos, ácido-básico. Caracteriza-se como uma doença sistêmica e é uma vida final comum em muitas doenças crônicas. A sua forma irreversível é apontada como principal causa de morte a cada ano (SMELTZER; BARE, 2005).

Conforme sua instalação ela pode ocorrer subitamente (insuficiência renal aguda) resultante de uma perfusão inadequada, doença renal ou obstrução do trato urinário, ou pode desenvolver-se lentamente (insuficiência renal crônica) devido a uma doença renal prolongada ou de anomalia. A insuficiência renal relaciona-se com a azotemia, referente ao acúmulo de produtos nitrogenados no sangue, e com a uremia, condição avançada de retenção dos mesmos produtos, causando sintomas tóxicos (WONG, 2008).

### 2.2 INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA

A insuficiência renal aguda (IRA) é uma patologia reversível, caracterizada pela rápida queda da capacidade renal de filtração glomerular o que causa distúrbios hídricos eletrolíticos e ácido básico (SANTOS; MARINHO, 2013).

Embora se acredite que este grau de insuficiência renal aconteça somente em pacientes hospitalizados, ela também pode acontecer no ambiente de pacientes externos. A IRA manifesta-se como oligúria, anúria ou volume urinário normal. Na oligúria, condição mais observada, o volume excretado de urina é menos que 400 ml por dia; a anúria e o débito urinário normal não são tão comuns (SMELTZER; BARE, 2005).

A forma aguda origina-se devido ao grande número de condições clínicas, relacionadas entre si ou não, como a perfusão renal aguda deficiente, obstrução das vias urinárias, lesão renal aguda ou resultante da doença renal crônica irreversível. A IRA pré-renal é a etiologia mais comum e representa resposta fisiológica à hipoperfusão renal leve à moderada, não há defeito estrutural nos rins (WONG, 2008).

A insuficiência renal aguda pode fazer parte de diversas doenças. Para fins de diagnóstico e tratamento costuma ser dividida em três etiologias: a pré-renal, intrarenal e pós-renal. A IRA pré-renal é a etiologia mais comum e representa resposta fisiológica à hipoperfusão renal leve a moderada, não há defeito estrutural nos rins. Outro fator que pode levar a esta situação é o uso de fármacos como:

AINEs e IECA. Nesse caso há reversibilidade do caso em um a dois dias, mas se persistir pode levar à necrose tubular aguda (NUNES et al., 2010).

Caracterizam-se como causas dessas condições à depleção de volume decorrente de hemorragia, perdas renais e gastrintestinais, eficiência cardíaca prejudicada como o infarto e insuficiência cardíaca, disritmias, choque cardiogênico e vasodilatação resultando em uma possível anafilaxia e septicemia (SMELTZER; BARE, 2005).

A intrarrenal é decorrente de anormalidade nos próprios rins, incluindo as que afetam os vasos sanguíneos, os glomérulos ou túbulos (GUYTON, 2011). As causas da doença renal são decorrentes da obstrução vascular renal (rim único funcionante), trombose, compressão, obstrução de artéria renal, glomerulonefrite, vasculite, síndrome hemolítica, uremia tóxica, coagulação intravascular disseminada, esclerodermia, lúpus eritematoso sistêmico, necrose tubular aguda, infecções (bacterianas, virais ou fúngicas), infiltração (linfoma, leucemia, sarcoidose) e idiopática (NUNES et al. 2010).

As reações transfusionais graves e medicamentos, principalmente os agentes antiinflamatórios não-esteroidais (AINEs) e inibidores de ECA, interferem nos mecanismos autorreguladores normais dos rins e podem causar isquemia tardiamente. Ela pode ser dividida em: condições que afetam os capilares glomerulares, condições que causam lesão do epitélio tubular renal e lesões do interstício renal ( SMELTZER; BARE, 2005).

A glomerulonefrite é o tipo de intrarrenal causada por reação imune anormal que afeta os glomérulos. Os danos aos glomérulos ocorrem após uma infecção em qualquer outra parte do corpo, pelos estreptococos. Não se trata de infecção em si que acomete os rins, mas sim, devido à reação dos anticorpos com os antígenos, formando um complexo imune insolúvel que é retido nos glomérulos. Uma vez depositados, muitas células do glomérulo começam a se proliferar, o que juntamente com os leucócitos que se acumularem, bloqueiam tornando-o excessivamente permeável, permitindo que hemácias e proteínas passem do sangue para os capilares, ocorrendo falência renal completa ou quase total (GUYTON, 2011).

A IRA intrarrenal por nefrotoxinas é aumentada nos idosos e nos pacientes com doença renal pré-existente. Geralmente é reversível, previsível e passível de correção se identificada precocemente (NUNES et al., 2010).

Algumas anormalidades das vias urinárias inferiores podem bloquear, total ou parcialmente, o fluxo de urina e assim resultar na insuficiência renal aguda, mesmo quando o fluxo sanguíneo e outras funções renais estejam normais: se o débito de um rim estiver diminuído, não ocorrerá alteração significativa na composição dos líquidos corporais, pois o outro rim é capaz de manter o equilíbrio

hidroeletrólítico, caracterizando a IRA pós-renal. Se a causa básica desse tipo de insuficiência for corrigida em poucas horas, a função renal normal é restabelecida, porém, após vários dias ou semanas, a lesão pode ser irreversível (GUYTON, 2011).

Algumas das principais causas incluem a obstrução ureteral bilateral por neoplasia de próstata, neoplasia de colo uterino, iatrogênia, obstrução intraluminal (cristais, edema, coágulos), obstrução na bexiga: neoplasia de bexiga, infecção, neuropatia, obstrução uretral, válvula congênita, hipertrofia prostática benigna e funcional (NUNES et al., 2010).

A manifestação clínica da IRA serve de base para o diagnóstico da doença quando existe falência dos mecanismos reguladores normais, o paciente apresenta-se doente, letárgico, com náuseas, vômitos e diarreia. A pele e as mucosas encontram-se secas e o hálito pode ter odor de urina. As alterações do sistema nervoso central estão representadas por sonolência, cefaleia e convulsões. O débito urinário varia e a hematúria pode estar presente ou a urina exibe uma densidade específica baixa, os valores de creatinina aumentam em conjunto com a lesão glomerular, pode haver aumento nas concentrações séricas de fosfato e os níveis de cálcio podem estar baixos (SMELTER; BARE, 2005).

### 2.3 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

A doença renal crônica (DRC) é uma lesão do órgão com perda progressiva e irreversível da função dos rins. Em sua fase mais avançada é definida como Insuficiência Renal Crônica (IRC), quando os rins não conseguem manter a normalidade do meio interno do paciente. Se diagnosticada precocemente, e com condutas terapêuticas apropriadas, serão reduzidos os custos e o sofrimento dos pacientes. As principais causas de IRC são a hipertensão arterial e o diabetes mellitus (HIGA et al., 2008).

No estágio inicial da evolução ocorre à destruição progressiva dos néfrons e a doença renal crônica permanece assintomática, exibindo apenas anormalidades bioquímicas. Na fase intermediária do processo patológico, quando número crescente de néfrons são destruídos, a maioria dos outros apresentam lesão em graus variáveis e os poucos que permanecem, estão hipertrofiando, porém em funcionamento. Os poucos néfrons normais, efetuam ajustes eficientes para manter o equilíbrio hidroeletrólítico. Com a progressão da doença para o estágio terminal (DRET) (redução dos números de néfrons) os rins não conseguem manter o equilíbrio hidroeletrólítico (WONG, 2008).

Quase todo o sistema orgânico é afetado pela uremia da insuficiência renal crônica, portanto quase todos os pacientes exibem inúmeros sinais e sintomas. A gravidade desses sintomas depende do grau de comprometimento renal e da idade do paciente. As manifestações cardiovasculares como

a hipertensão, insuficiência cardíaca e edema pulmonar estão presentes, a coceira é o sintoma dermatológico mais comum. Anorexia, náuseas, vômitos, soluços, alterações neurológicas, contratura muscular e convulsões, também aparecem ( SMELTZER; BARE, 2005).

O diagnóstico da DRC consiste na investigação clínica, alterações do volume urinário, cor da urina, dor renal, edema, história pregressa e exame físico. Quando o diagnóstico é realizado precocemente e com condutas terapêuticas apropriadas, os custos e o sofrimento dos paciente são bastante reduzidos ( FRAZÃO; RAMOS; LIRA, 2011).

A Taxa de Filtração Glomerular (TFG) é a melhor medida geral da função renal e a mais facilmente compreendida pelos médicos e paciente. É a capacidade dos rins de eliminar uma substância do sangue e é expressa como o volume de sangue que é completamente depurado em uma unidade de tempo. Normalmente, o rim filtra o sangue e elimina os produtos finais do metabolismo protéico, enquanto preserva solutos específicos como as proteínas (particularmente a albumina) e componentes celulares. A TFG diminui com o tempo como resultado da diminuição no número total de néfrons e pode estar reduzida bem antes do início dos sintomas e se correlaciona com a gravidade da DRC ( BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

A DRC é dividida em seis estágios, de acordo com o grau de função renal do paciente: Fase de função renal normal sem lesão renal – inclui pessoas integrantes do grupo de risco para o desenvolvimento da doença renal crônica (hipertensos, diabéticos, parentes de hipertensos e etc.), que ainda não desenvolveram lesão renal; Fase de lesão com função renal normal – corresponde às fases iniciais de lesão renal em que a filtração glomerular é preservada; Fase de insuficiência renal funcional ou leve – É o início da perda de função dos rins. Os níveis de ureia e creatinina plasmáticos ainda são normais, não há sinais ou sintomas clínicos e somente métodos acurados de avaliação da função do rim irá detectar anormalidades. Fase de insuficiência renal laboratorial ou moderada – embora os sinais e sintomas da uremia possam estar presentes de maneira discreta, o paciente mantém-se clinicamente bem, pode apresentar somente sinais e sintomas ligados à causa básica (ROMÃO JÚNIOR, 2004).

Porém, a Fase de insuficiência renal clínica ou severa – o paciente já se ressentir de disfunção renal. Apresenta sinais e sintomas como a anemia, hipertensão arterial, o edema, a fraqueza, o mal estar e os sintomas digestivos são os mais precoces e comuns. A Fase terminal de insuficiência renal crônica – corresponde à faixa de função renal na qual os rins perderam o controle do meio interno. Nesta fase, o paciente encontra-se intensamente sintomático. Suas opções terapêuticas são os métodos de depuração artificial do sangue (diálise peritoneal ou hemodiálise) ou o transplante renal (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).



O tratamento usualmente objetiva a prevenção da progressão da doença, controle da hipertensão e da diabetes mellitus e, ocorrendo à progressão, são utilizados métodos que visam substituir a função renal para preservar a vida, o que inclui suporte nutricional adequado, diálise ou o transplante renal. Não se sabe ainda quantos pacientes com DRC evoluirão para a doença renal em estágio terminal e quais pacientes apresentam maior risco de necessitar de terapia renal substitutiva. Entretanto, é razoável concluir que as intervenções que diminuem terão maior impacto se forem implantadas precocemente. Além disso, é sempre importante enfatizar que o tratamento bem sucedido da doença de base também é muito importante na prevenção de DRET (FIAMONCINI, 2009).

#### 2.4 TRATAMENTOS DA DOENÇA RENAL CRÔNICA TERMINAL: MODALIDADES DE TERAPIAS RENAIIS SUBSTITUTIVAS.

O tratamento dos paciente com DRC consiste no reconhecimento, dos aspectos distintos da doença, que são intimamente relacionados e que circundam a doença de base, o estágio da doença, a velocidade da diminuição da FG, identificação de complicações e comorbidades, dando atenção em particular às cardiovasculares. Algumas orientações sobre as principais causas que englobam a DRC são predominantemente necessárias (hipertensão arterial, proteinúria, anemia, alterações do metabolismo mineral, acidose metabólica, dislipdemia, diabetes) assim como, a mudança no estilo de vida do paciente e o preparo deste para a terapia renal substitutiva (BASTOS; BREFMAN; KIRSZTAJN, 2010).

Na IRC a terapêutica está relacionada à sua evolução e de outros problemas de saúde apresentados pelo paciente. Contempla prevenção, acompanhamento e intervenção nas complicações e co-morbidades associadas à doença com o objetivo de retardar ou até mesmo impedir o avanço da insuficiência. Na fase inicial, as principais medidas terapêuticas que devem ser tomadas são o controle da hipertensão intraglomerular e a ingestão restrita de proteínas. Com o avanço da doença, o tratamento é feito com medicamentos, que variam de acordo com as complicações apresentadas pelo paciente (SILVA, 2008).

Segundo Bastos e Kirsztajn (2011), o tratamento ideal da DRC é baseado em três pilares: diagnóstico precoce da doença, encaminhamento imediato para tratamento nefrológico e implementação de medidas para preservar a função renal.

No estágio terminal, a sobrevivência do indivíduo portador de IRC está condicionada à utilização de métodos de filtragem artificial do sangue, tais como hemodiálise e diálise peritoneal ou à realização do transplante renal (PERES et al., 2010).

Tais procedimentos são denominados Terapias Renais Substitutivas (TRS) e no Brasil, são autorizados, regulamentados e subsidiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). As TRS devem ser iniciadas na fase mais avançada da doença, mas em tempo suficiente para evitar o aparecimento de complicações graves (SILVA, 2008). No Brasil, a prevalência de pacientes mantidos em terapias de substituição vem aumentando consideravelmente nos últimos anos. O número de transplantes renais, por sua vez, não acompanha esse crescimento (PERES et al., 2010).

#### **2.4.1 Tratamento Dialítico**

A terapêutica da IRC depende do estágio da doença. A abordagem conservadora inicial pode ser, através do tratamento medicamentoso e mudanças no estilo de vida. Porém, à medida que a IRC progride, resulta-se uma complexa alteração da bioquímica do meio interno que, por si só, representa condição determinante do mau aproveitamento dos nutrientes. Existem dois tipos principais de diálise: a hemodiálise e a diálise peritoneal. A diálise faz-se necessária quando os medicamentos, prática dietética e restrição hídrica se tornam insuficientes no controle adequado da homeostase orgânica (TRAJANO; MARQUES, 2005).

Como escolha de tratamento a diálise peritoneal pode ser decidida, de forma conjunta, com a participação do paciente, da família, da equipe de saúde, ou em alguns casos, ele é determinado pela condição clínica do paciente (RIELLA, 2010). Essa terapia substitutiva é realizada em hospitais especializados ou no domicílio dos pacientes. O período pode ser contínuo ou intermitente, e de forma manual ou automatizada. Quando se utiliza uma máquina cicladora, usa-se a denominação de Diálise Peritoneal Automatizada (DPA). A máquina tem uma programação de acordo com a prescrição médica, e a diálise é realizada, em geral, no período da noite, enquanto o paciente dorme (CESAR et al., 2013).

A diálise consiste em um processo utilizado para a remoção de líquidos e dos produtos de degradação urêmicos do corpo, quando ocorre a incapacidade dos rins de realizá-lo. Ela pode ser usada no tratamento do paciente com edema incurável (não responsivo ao tratamento), como hepático, hipercalcemia, hipertensão e uremia. Com a necessidade aguda ou crônica (SMELTZER; BARE, 2005).

De acordo com o censo de 2006 da Sociedade Brasileira de Nefrologia, esse processo terapêutico objetiva retirar os resíduos sanguíneos, retirar o excesso de líquidos e manter o equilíbrio dos sais no organismo, ou seja, os eletrólitos. Para a maioria dos indivíduos e na ausência de contraindicações, a escolha do método baseia-se na preferência do paciente, uma vez que não há

evidências que demonstrem superioridade de um dos métodos quanto à sobrevida do paciente (SESSO et al., 2011).

A diálise peritoneal é uma modalidade que utiliza o dialisador peritoneal, isto é, a cavidade abdominal (CAB) com um revestimento da membrana peritoneal, com a qual se processarão as trocas difusionais. O volume indicado que deve ser infundido no abdome, em geral é de 200 ml, para adultos e cerca de 20 ml/kg para crianças. Em recém-nascidos, tem sido usado até 50 ml/kg (TRAJANO; MARQUES, 2005).

As modalidades intermitentes, da diálise peritoneal baseiam-se em três grupos dependendo das necessidades do paciente. Consiste na Diálise Peritoneal Ambulatorial Diária (DPAD) que ocorre a cada 3 ou 4 horas com frequentes trocas durante o dia, o dialisado é drenado antes de dormir para evitar o longo período de permanência da noite. A Diálise Peritoneal Intermitente (DPI) é realizada durante, aproximadamente 24 horas em ambiente hospitalar, com trocas a cada 1 ou 2 horas e duas vezes por semana. A Diálise Peritoneal Noturna (DPN) enquanto o paciente dorme, realiza-se esta diálise através de uma cicladora, em um período entre 08 e 12 horas (RIELLA, 2010).

Já as modalidades contínuas de diálise peritoneal, destacam-se duas. A Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC ou CAPD) o paciente realiza três trocas ao dia e uma vez antes de deitar, realizadas manualmente, onde, o volume e a concentração de glicose são de acordo com as necessidades do paciente. Esta modalidade é adequada para a maioria dos pacientes em diálise. Na diálise Peritoneal Automatizada as trocas são feitas durante a noite. O método é considerado bom para pacientes que necessitam estar em cicladora e não tem como realizar as trocas durante o dia (TRAJANO; MARQUES, 2005).

Para a realização da diálise peritoneal no domicílio é necessário que familiares e se possível o paciente façam uma capacitação, ministrada por profissionais especializados. A capacitação consiste em aulas teóricas e práticas, que tem como objetivo qualificar o paciente e seus familiares para executarem o procedimento técnico no domicílio com segurança. Os cuidados técnicos e a disponibilidade no cumprimento de horários que, abrangem a realização de diálise peritoneal no domicílio repercutem na vida dos familiares e das pessoas que convivem com essa realidade. Entre as repercussões encontra-se, muitas vezes, o desemprego dos cuidadores devido o horário de trabalho incompatível com a realização das trocas de diálise (CESAR et al., 2013).

Segundo Sesso et al. (2008), a prevalência de paciente em tratamento dialítico no Brasil em 2008 era cerca de 468 pacientes por milhão de habitantes. Existem no país mais de 600 unidades de diálise e o número de doentes renais crônicos vem aumentando, principalmente pelo envelhecimento

da população em geral e pelo aumento no número de portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, que são as duas maiores causas de doença renal crônica.

#### **2.4.2 Hemodiálise**

A hemodiálise é o processo de remoção do excesso de líquidos e de substâncias tóxicas do sangue que ocorre fora do organismo. O tratamento é realizado em sessões de quatro horas, três sessões semanais ao longo da vida, ou até que o transplante renal seja realizado. Durante quatro horas o indivíduo permanece no serviço de saúde com o intuito de substituir parcialmente as funções dos rins e com isso garantir a função renal (FUJI, 2009).

O sangue é removido do corpo por um tubo e bombeado por uma máquina por meio de um dialisador (rim artificial). Após o processo de filtração é necessária a colocação de um cateter ou a confecção de uma fístula arteriovenosa, a qual torna a veia mais calibrosa e permite um fluxo sanguíneo mais rápido (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2014).

O dialisador é um filtro seletivo para a remoção de soluto e substâncias tóxicas do sangue. É uma caixa ou tubo com quatro entradas. Duas compartilham-se com o compartimento do sangue e duas com a membrana semipermeável que separa os dois compartimentos. A solução de diálise é composta por dois concentrados: um básico, com bicarbonato diluído em água tratada e o ácido que é formado por cloreto de sódio, potássio, cálcio e magnésio, glicose, ácido acético e água tratada. Durante a sessão utiliza-se aproximadamente 120 litros de água tratada, podendo ter acesso diretamente com a corrente sanguínea, portanto é necessário controlar a pureza da água. As vias de acesso utilizadas são cateter duplo lúmen, para pacientes com problemas vasculares, fístula arteriovenosa e próteses, quando os vasos do paciente são inadequados para a anastomose (FALCÃO, 2010).

As complicações mais comuns da fístula arteriovenosa é a trombose arterial da fístula, infecção da prótese, hipertensão venosa, necrose da pele, síndrome do roubo e baixo fluxo. Visando a prevenção dessas complicações devem-se adotar medidas como: Higiene adequada com água e sabão, evitar garroteamento excessivo e prolongado, reconhecer sinais e sintomas de infecção, evitar carregar peso ou dormir sobre o braço com o acesso, usar técnicas apropriadas para a punção, relatar imediatamente à equipe médica qualquer sinal / sintoma de infecção ou ausência de sopro ou frêmito (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2011).

Os usuários podem apresentar inúmeros problemas relacionados com os vários sistemas orgânicos (BARBOSA; VALADARES, 2009). As complicações que ocorrem com maior frequência durante a sessão de hemodiálise são: hipotensão, hipertensão, cãibras musculares, náuseas e

vômitos, cefaleia, dor torácica e lombar, calafrios, febre, hemorragias, convulsões, hemólise e embolia gasosa (NASCIMENTO; MARQUES, 2005).

A hemodiálise causa mudanças súbitas nos hábitos de vida do usuário e essas mudanças são de grande importância para a assistência da equipe profissional, que deve ajudar o usuário a aceitar, se adaptar ao processo e assumir o seu tratamento (BARBOSA; VALADARES, 2009).

Consiste em um processo de filtração do sangue de substâncias indesejáveis como a creatinina e a ureia que necessitam ser eliminadas da corrente sanguínea devido à deficiência no mecanismo de filtração nos pacientes portadores de IRC. A transferência de solutos ocorre entre o sangue e a solução através de uma membrana semipermeável artificial (filtro de hemodiálise ou capilar) por três mecanismos: a difusão, que é o fluxo de soluto de acordo com o gradiente de concentração (maior concentração para um de menor concentração). A osmose, onde o excesso de água é removido do sangue (move-se de uma área de maior concentração para uma de menor concentração). A ultrafiltração é a remoção de líquidos através de um gradiente ao se aplicar pressão hidrostática, é um processo muito eficiente e alcança o equilíbrio eletrolítico (NASCIMENTO; MARQUES, 2005).

A grande maioria das causas de morte dos pacientes em diálise é cardiovascular. Por esse motivo diversos esquemas alternativos de hemodiálise foram propostos. O processo de hemodiálise convencional corresponde remoção de 1 a 4 litros de fluido no período de quatro horas durante três dias por semana. Apesar dos avanços tecnológicos, a hemodiálise convencional ainda se associa a muitas complicações agudas e crônicas e altas taxas de hospitalização e mortalidade. Entre as dificuldades encontradas nesse esquema está o intervalo de 68 horas sem diálise (fim de semana), entretanto, eles continuam como os esquemas de hemodiálise mais empregado no mundo (MATOS; LOPES, 2009).

Devido à elevada mortalidade na população dialítica, observou-se crescente interesse pela hemodiálise diária. Esta ocorreria em média durante o tempo de 1,5 a 2,5 horas, 6 dias por semana. Os benefícios alcançados por essa modalidade é maior, como o controle pressórico, qualidade de vida, vantagens econômicas quando comparada hemodiálise noturna e convencional, já que o número de intercorrências ocorridas com os pacientes daquela, são menores (LUDERS, 2005).

A hemodiálise noturna apresenta grandes benefícios em relação a tradicional, pois se verificou uma melhora na pressão arterial, reduzindo a medicação anti-hipertensiva. Para o aumento da frequência de diálise foi sugerida a hemodiálise domiciliar por várias razões, incluindo o custo, escassez de pessoal treinado no centro de diálise e convivência do paciente. Para o paciente, evitar que se sinta refém da programação do centro de diálise. A prescrição é de cinco ou sete dias na semana

evitando folgas sequenciais, as sessões diurnas podem ser curtas, as noturnas podem ser mais longas melhorando sua qualidade de vida. O paciente deve ser jovem (<55 anos) sem qualquer comorbidades, independente e responsável e ser treinado por um enfermeiro do centro de diálise. Um telefone de apoio é disponível nas 24 horas por dia e o apoio técnico para decidir se o problema pode ser resolvido por telefone ou deve ser acionado o serviço de urgência (MATOS; LOPES, 2009).

As mudanças no estilo de vida acarretadas pela insuficiência renal crônica e pelo tratamento dialítico provocam limitações físicas, sexuais, psicológicas, familiares e sociais, que podem afetar a qualidade de vida. Expressam sentimentos negativos, como medo do prognóstico, da incapacidade, da dependência econômica e da alteração da autoimagem. Por outro lado, eles também reconhecem que o tratamento lhes possibilitam a espera pelo transplante renal e, como isso, uma expectativa de melhorar sua qualidade de vida. As mudanças decorrentes do tratamento atingem seus familiares, pois esses necessitam ajustar sua rotina diária às necessidades de apoio ao familiar que apresenta insuficiência renal crônica (SILVA et al., 2011).

### **2.4.3 Transplante Renal**

A história dos transplantes de órgãos inicia-se no começo do século XX com os modelos experimentais de transplante renal. A partir da metade desse século, com vários estudos na área, aperfeiçoamento da técnica cirúrgica, conhecimento do sistema imunológico e surgimento dos imunossuppressores, ampliaram-se as chances de êxito do transplante renal, que passou a ser realizado em vários serviços do mundo (FERNANDES, 2010).

Existem duas alternativas de tratamento para os pacientes com insuficiência renal crônica, a diálise ou transplante. A diálise é o procedimento mais utilizado, entretanto uma das modalidades de tratamento e reabilitação mais recomendadas para pacientes com insuficiência renal crônica é o transplante, pois o paciente transplantado possui uma melhor qualidade de vida, uma possível diminuição do risco de mortalidade, porém, esses benefícios dependem exclusivamente das características dos pacientes e menor custo que a diálise (CUNHA et al., 2007).

A prática clínica de transplante renal obedece a Lei Federal n° 9434, de 4 de fevereiro de 1997. De acordo com esta lei, a realização de transplantes só poderá ser realizada por estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, e por equipes médicas- cirúrgicas previamente autorizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001).

O doador pode ser vivo relacionado (parente), vivo não relacionado (não parente) ou doador cadáver. O transplante renal com doador vivo relacionado é recomendado sempre que possível, uma vez que os resultados são melhores. Considera-se doador vivo relacionado o parentesco

consanguíneo, até o quarto grau inclusive. A Lei número 10.211 do dia 23 de março de 2001, autoriza o transplante entre cônjuges (doador vivo não relacionado), desde que sejam asseguradas as intenções de doação puramente altruístas e que transações comerciais sejam excluídas (BRASIL, 2001).

O doador vivo deve ser adulto (preferencialmente doadores acima de 30 anos), não devendo ser superior a 70 anos. Não deve ter qualquer doença renal e deve ter compatibilidade do grupo sanguíneo ABO. Quando existe mais do que um candidato a doador vivo, deve-se sempre optar pelo mais velho. Antes da escolha dos candidatos deve-se realizar uma cuidadosa investigação clínica, incluindo anamnese, exame físico completo, avaliação imunológica e laboratorial (hemograma completo, glicemia de jejum, ureia, creatinina, sódio, potássio, fósforo, ácido úrico, enzimas hepáticas, etc), avaliação cardiológica (eletrocardiograma, ecocardiograma e avaliação do cardiologista, cintilografia miocárdia, etc), avaliação pulmonar (radiografia de tórax e teste de função pulmonar), exames de imagem (ultrassom de abdome, urografia excretora, arteriografia) e deve ser normal do ponto de vista clínico e emocional (NORONHA et al., 2006).

Os critérios de exclusão de um doador vivo para transplante renal, incluem critérios como: proteinúria > 300mg/ dia, calcinose renal, múltiplos cistos renais, três ou mais artérias renais, incompatibilidade ABO, prova cruzada positiva, hipertensão arterial sem controle, diabetes mellitus, doença cardiovascular, insuficiência pulmonar, sorologia positiva de HIV, outras infeções graves, câncer e/ou vício em drogas.

Os transplantes com doador cadáver no país devem obedecer ao decreto federal nº 2.268. Através deste decreto criou-se o Sistema Nacional de Transplantes, que é centralizado no ministério da saúde e as centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos, para desenvolver o processo de captação e distribuição de órgãos, tecidos e partes retiradas do corpo humano com finalidade terapêuticas (BRASIL, 2014).

A medida provisória número 1.896-1320, acrescenta um parágrafo no artigos 4º da Lei nº 9.434, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. A partir desta medida provisória, a doação deixa de ser presumida. Quando não a manifestação de vontade do doador, o pai, a mãe, o filho ou o cônjuge podem manifestar-se contra à doação, o que será obrigatoriamente acatado pelas equipes de transplante e remoção (BRASIL, 2014).

Pacientes em coma irreversível, com ausência da função cerebral e manutenção da respiração, através de sistemas de suporte respiratório e batimentos cardíacos, devem ser considerados como potenciais doadores devendo ser feito o contato com equipes de procura de órgãos e entrevista com familiares. O diagnóstico de morte encefálica inclui os seguintes parâmetros: coma profundo,

ausência de respiração, devendo ser excluídos como causas do coma: hipotermia, drogas, ausência de reflexos do tronco cerebral, exame complementar que demonstre: ausência de atividade circulatória cerebral (angiografia, cintilografia, monitorização da pressão intracraniana (NORONHA et al., 2006).

O transplante renal não é a cura definitiva da insuficiência renal crônica, pois o paciente necessitará de cuidados para o resto da vida, isso implica em adquirir conhecimentos necessários para a identificação dos fatores de risco, sinais e sintomas relacionados às principais complicações que o transplantado está exposto, como as infecções e a rejeição do órgão. As complicações mais frequente no receptor do órgão são: A infecção do trato urinário, sistêmica e da ferida operatória, onde os imunossupressores e procedimentos invasivos são os fatores mais comuns relacionados a elas (LUCENA et al., 2013).

## 2.5 QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES RENAI CRÔNICOS EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

A doença renal crônica é uma lesão com perda progressiva e irreversível da função dos rins. Em sua fase mais avançada é definida como Insuficiência Renal Crônica, quando os rins não conseguem manter a normalidade do meio interno do paciente. Quando precocemente diagnosticada e com condutas terapêuticas apropriada, reduz os custos e sofrimento dos pacientes ( HIGA et al.,2008).

O paciente com IRC, em programa de hemodiálise, convive diariamente com uma doença incurável que o obriga a uma forma de tratamento doloroso, de longa duração e que provoca juntamente com a evolução da doença, complicações limitantes e alterações de grande impacto, que repercute tanto na sua própria qualidade de vida quanto na do grupo familiar (CAIUBY; LEFEVRE; PACHECI-SILVA, 2004).

O paciente passa por graves mudanças na vida social, no trabalho, nos hábitos alimentares e na vida sexual, que acarreta alterações física, social e emocional. Diante da doença, o indivíduo sente-se ameaçado, inseguro, por saber que sua vida vai ser modificada por causa do tratamento. Ocorre desorganização na sua identidade (valores, ideais e crenças) e na imagem corporal pelas alterações orgânicas resultantes, trazendo consequências à qualidade de vida (OLIVEIRA, 2011).

Para Se organizarem física e mentalmente, ao absorverem e se adaptarem as novas informações, os pacientes ficam em estado de alerta e tensão, o que desencadeia reações de ansiedade, devido a constante exposição a situações estressantes como a diálise, dietas, transplante e a permanência frequente em ambiente hospitalar (HIGA, et al., 2008).



Para sobreviver, o paciente tem que realizar uma terapia, como alternativa para manter suas funções vitais. São circunstâncias que devem ocorrer em todo o curso da doença, enquanto aguarda o transplante renal (OLIEVIRA, 2011). Apesar dos avanços tecnológicos e aperfeiçoamento dos métodos substitutivos, o tratamento trás consigo uma série de complicações: hipotensão, câibras, náuseas, cefaleia, embolia, risco de infecção no acesso vascular (MALHEIRO; ARRUDA, 2012).

A depressão é a complicação mais comum nos pacientes em diálise e significa uma resposta a alguma perda real, ameaçada ou imaginada. Humor depressivo persistente, autoimagem prejudicada e sentimentos pessimistas são algumas manifestações psicológicas. As queixas fisiológicas incluem distúrbio de sono, alterações de apetite e peso, ressecamento da mucosa oral e constipação e diminuição do interesse sexual (HIGA et al., 2008).

O estudo desses efeitos ou das representações sociais dos paciente com DRC pode contribuir para que os profissionais que prestam assistência a estes pacientes ofereçam o suporte necessário para o enfrentamento dessa situação (ROCHA, 2009). A percepção de melhora ou piora dos doentes crônicos pode auxiliar no tratamento da doença. Existe uma preocupação em identificar o quanto a condição crônica interfere na realização das atividades da vida diária e na percepção de bem-estar individual (COSTA; VASCONCELOS; TASSITANO, 2010).

As mudanças decorrentes do tratamento atingem seus familiares, pois esses necessitam ajustar sua rotina diária às necessidades de apoio ao familiar que apresenta insuficiência renal crônica (SILVA et al., 2011). A qualidade de vida no que se refere à saúde, significa o modo como a patologia e o tratamento influenciam a percepção individual, de todos os aspectos relacionados às pessoas envolvidas em um contexto de saúde-doença ( HIGA et al., 2008).

Portanto, acredita-se ser necessário atuar junto a estes pacientes para reconhecer suas percepções, limitações e receios ao tratamento dialítico. Sendo importante também descobrir os possíveis comprometimentos decorrentes destas situações, bem como as adaptações necessárias em suas vidas para a concretização do tratamento (SILVA, et al., 2011).

### **3 METODOLOGIA**

Este estudo consistiu em uma pesquisa bibliografica acerca de todo o acervo publicado em relação ao tema de estudo. A revisão intergrativa tem por finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Considerou-se em sua construção que no processo de elaboração de uma revisão integrativa seja necessário percorrer 06 etapas distintas e sequenciais: identificação do tema e seleção da hipótese

ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos / amostragem ou busca na literatura, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados / categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos nas revisões integrativas, interpretação dos resultados e apresentação da revisão / síntese do conhecimento (GIL, 2010).

Para a realização da revisão integrativa foi realizada a busca dos artigos científicos nas bases de dados SCIELO, LILACS, BVS-BIREME, referentes ao tema, no período de 2004 a 2013, utilizando-se os descritores: hemodiálise, diálise renal, enfermagem em nefrologia e insuficiência renal.

Para a seleção das fontes, foram considerados os critérios de inclusão no estudo: artigos científicos indexados nos bancos de dados selecionados, com o descritor em saúde citados acima, no período de 2004 a 2013, no idioma português, com ênfase na qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise. Foram critérios de exclusão: artigos que não disponibilizam o texto completo (apenas o resumo), artigos que não contemplavam o período do estudo, artigos on-line não disponíveis na íntegra e artigos que não tiveram enfoque no assunto abordado. Portanto, os que abrangiam o enfoque da pesquisa com seus critérios de inclusão totalizaram 25 artigos científicos.

A partir dos resultados encontrados após a busca do estudo, foi realizada uma análise dos dados através de uma leitura exploratória de todo material selecionado, para verificar se a obra era de interesse para o trabalho, a seguir foi feita uma leitura seletiva, das partes que realmente eram consideradas relevantes e por fim ocorreu uma leitura na íntegra dos artigos, com o propósito de verificar a contribuição de cada estudo para a resolução da questão norteadora: Qual a qualidade de vida experimentada pelo paciente em hemodiálise? E a partir de então atingir o objetivo previsto.

Após a leitura dos artigos selecionados os resultados encontrados foram analisados, dispostos em quadros para melhor compreensão, interpretação e em seguida distribuídos em categorias.

#### **4 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

O quadro 1 apresenta a distribuição geral dos artigos estudados (período, metodologia, periódicos de publicação), expressas em frequência e percentual.

Quadro 1: Distribuição dos periódicos científicos segundo: ano, metodologia e periódico de publicação

VARIÁVEIS	Nº	%
<b>Período</b>		
2004 a 2005	5	20
2006 a 2007	2	8
2008 a 2009	5	20
2010 a 2011	5	20
2012	7	28
2013	1	4
<b>Metodologia</b>		
Qualitativo	13	52
Quantitativo	5	20
Revisão bibliográfica	7	28
<b>Periódicos de publicação</b>		
Cad. Saúde pública	1	4
Revista Eletrônica de Enfermagem	3	12
Acta Paulista Enfermagem	3	12
Jornal Brasileiro de Nefrologia	4	16
Revista de Enfermagem	3	12
Revista Ciência e Saúde	1	4
Revista de Saúde Publica	1	4
Revista Brasileira de Enfermagem	3	12
Revista Latino-americano de Enfermagem	1	4
Revista Gaucha de Enfermagem	1	4
Revista Salud & Sociedad	1	4
Cogitare Enfermagem	1	4
Outros	2	8

Fonte: Base de dados da BVS, LILACS, SCIELO

Podemos verificar, pelos resultados do Quadro 1, que a maioria das publicações foram no ano de 2012 com 7 publicações (28%), podendo estar relacionada com o aumento da incidência de fatores de risco para o desenvolvimento dessa patologia nos últimos anos.

Predominou-se o estudo qualitativo com 13 artigos (76%) devido ao fato de ser um estudo, que trabalha predominantemente com dados qualitativos, isto é, a informação coletada pelo pesquisador não é expressa em números, ou então os números e as conclusões neles baseadas representam um papel menor na análise (DALFIVO; LANA; SILVEIRA, 2008). O estudo quantitativo obteve 5 publicações (24%) e por fim a revisão bibliográfica com 7 publicações (28%).

Em reação ao tipo de periódico a maioria das publicações são do Jornal Brasineliro de nefrologia (16%) que tem como finalidade de publicar trabalhos originais, voltados principalmente para a atualização clínica.

Os 25 artigos selecionados foram reunidos e apresentados conforme apresentado no Quadro 2 onde foram estabelecidos variáveis para a melhor verificação dos periódicos: títulos, ano de publicação, foco e periódico.

Quadro 2: Caracterização dos artigos selecionados para o estudo

<b>TÍTULO</b>	<b>ANO</b>	<b>FOCO</b>	<b>PERIÓDICO</b>
Sobrevida de pacientes em diálise no SUS no Brasil	2012	Analisar a sobrevivência de pacientes que iniciaram o tratamento de hemodiálise e diálise no SUS	Caderno de Saúde Pública
O papel do enfermeiro na sessão de hemodiálise: Revisão de literatura	2010	Identificar o papel do enfermeiro perante as complicações nas sessões de hemodiálise	Revista Eletrônica de Enfermagem
Modalidades de hemodiálise ambulatorial: Breve revisão	2004	Conhecer as vantagens e desvantagens das modalidades de tratamento utilizadas	Acta Paulista Enfermagem
Análise do discurso dos doadores renais: Abordagem da psicologia	2004	Analisar as representações sociais dos doadores vivos referentes ao processo de doação renal	Jornal Brasileiro de Enfermagem
Assistência de enfermagem em um serviço de terapia renal substitutiva: Implicações no processo do cuidar	2011	Analisar as ações desenvolvidas pelo enfermeiro e suas implicações no processo da assistência aos pacientes em tratamento dialítico	Revista de Enfermagem
Qualidade de vida do paciente portador de insuficiência renal crônica	2012	Verificar o impacto que o tratamento renal causa na qualidade de vida do paciente	Revista Ciência & Saúde
Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Prioridade para enfrentamento e investigação	2012	Descrever o quadro das DCNT'S e seus fatores de risco no Brasil	Revista de Saúde Pública
Adultos e idosos em hemodiálise: Avaliação da qualidade de vida relacionada à hemodiálise.	2008	Descrever as diferenças na qualidade de vida dos pacientes	Acta Paulista Enfermagem
Gerenciamento e cuidado em unidades de hemodialise	2006	Investigar o gerenciamento de enfermeiros em unidades de hemodiálise	Revista Brasileira Enfermagem
Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise	2008	Analisar a qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica	Acta Paulista Enfermagem
Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: Revisão de literatura	2005	Descrever as complicações frequentes em sessões de hemodiálise	Revista Brasileira Enfermagem

A compreensão de vida de pacientes submetidos ao transplante renal: Significados, vivências e qualidade de vida	2012	Compreender o significado do transplante renal na vida dos pacientes	Monografia
O papel global do transplante renal	2012	Benefícios do transplante renal sobre a vida dos pacientes	Jornal Brasileiro Nefrologia
Qualidade de vida de pacientes submetidos a hemodiálise	2011	Investigar a qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica	Revista Enfermagem
Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: Avaliação do portador de insuficiência renal crônica	2009	Avaliar a qualidade de vida de pacientes com doença crônica	Revista Eletrônica de Enfermagem
Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação	2004	Deteção precoce e condutas terapêuticas para reduzir sofrimento a DRC	Jornal Brasileiro Nefrologia
Insuficiência renal aguda	2007	Descrever as principais características da IRA	Sociedade Brasileira de Nefrologia
Espiritualidade no paciente em diálise: O nefrologista deve abordar	2010	Avaliar a relação de espiritualidade, religiosidade e saúde em pacientes em diálise	Jornal Brasileiro Nefrologia
Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico	2005	Avaliar a qualidade de vida dos pacientes e identificar atividades que podem comprometer a qualidade de vida.	Revista Latino de Enfermagem
Pacientes com insuficiência renal crônica	2005	Descrever as causas que acarretam a saída de pacientes em programas de diálise	Revista Gaucha de Enfermagem
Percepção dos indivíduos com insuficiência renal crônica sobre a qualidade de vida	2012	Conhecer a percepção de vida de pacientes com insuficiência renal crônica	Revistaa Electronica de Enfermagem
Percepção de pacientes com insuficiência renal crônica quanto a interferência da fístula arteriovenosa em seu cotidiano	2012	Conhecer a percepção do paciente sobre a interferência da fístula arteriovenosa no cotidiano	Revista enfermagem integrada

Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacinetes submetidos à hemodiálise	2011	Conhecer as percepções dos pacientes com insuficiência renal crônicas acerca das mudanças ocorridas no cotidiano	Revista Brasileira de Enfermagem
Percepção sobre a doença renal crônica de pacientes em hemodiálise : Revisão sistemática	2013	Realizar uma revisão sistemática sobre a percepção da doença renal	Revista Salud & Sociedad

Hemodiálise: A percepção do portador renal crônico	2009	Compreender o impacto dessa modalidade na vida do portador renal crônico	Cogitare Enfermagem
--	------	--	---------------------

Fonte: Base de dados da BVS, LILACS, SCIELO

Partindo da distribuição dos artigos, os estudos foram analisados e organizados em categorias para melhor compreensão das informações encontradas no acervo selecionado. São elas: Hemodiálise e qualidade de vida e Hemodiálise como perspectiva de vida.

#### 4.1 A HEMODIÁLISE COMO FATOR QUE INTERFERE NA QUALIDADE DE VIDA

A insuficiência renal crônica terminal (IRCT) é uma doença crônica, progressiva, debilitante, que causa incapacidades e que apresenta alta mortalidade, sendo que a incidência e prevalência têm aumentado na população mundial (KUSUMOTA et al., 2008).

A doença renal trás consigo uma série de questões que marcam a vida do indivíduo, a partir do diagnóstico, sendo comuns as manifestações psíquicas, acarretando alterações na qualidade de vida, interação social e desequilíbrios psicológicos (HIGA et al., 2008).

De acordo com Paula e Marques (2010), o termo qualidade de vida (QV) tem recebido uma variedade de definições ao longo dos anos, podendo se basear em três princípios fundamentais: capacidade funcional, nível socioeconômico e satisfação. Podendo também estar relacionado à capacidade física, estado emocional, interação social, atividade intelectual e autoproteção de saúde.

Diante disso, a doença e aqui vista como uma intercorrência estressora possui um impacto que pode surgir a qualquer tempo e permanecer, alterando o processo de ser saudável de indivíduos ou de grupos. O dependente de hemodiálise vivencia uma repentina mudança no seu cotidiano e o modo pelo qual enfrenta a situação é particular (BARBOSA; VALADARES, 2009).

As modalidades de tratamento da IRC para substituição parcial das funções renais são: diálise, que se subdivide em hemodiálise e diálise peritoneal e transplante renal. Esses tratamentos mantêm a vida, porém não promovem a cura da Insuficiência renal crônica terminal (GUEDES et al., 2012). A escolha do método de tratamento deve ser de forma individualizada, contemplando os aspectos clínicos, psíquicos e socioeconômicos do paciente.

Entre as terapias de substituição da função renal, destaca-se a hemodiálise (FRAZÃO; RAMOS; LIRA, 2011).

Em função dessa dependência tornam-se desaminados, desesperados e muitas vezes por essas razões, ou por falta de orientação, abandonam o tratamento ou negligenciam os cuidados que deveriam ter. Este comportamento não cooperativo, assim como as dificuldades relativas à ocupação

e a reabilitação são preocupações constantes tanto para os pacientes, quanto para a equipe interdisciplinar. E é nesse cenário que se faz necessária a estimulação das suas capacidades, para que esses pacientes se adaptem de maneira positiva ao novo estilo de vida e assumam o controle do seu tratamento e consequente melhora na qualidade de vida (CORDEIRO et al., 2009).

Como em qualquer doença crônica, as mudanças geradas pelo diagnóstico são inevitáveis também para os familiares, o que interfere de modo significativo na evolução e enfrentamento da doença pelo indivíduo. Um contexto familiar estruturado exerce um importante papel para o indivíduo no seu tratamento e adaptação ao novo estilo de vida (PAULA; MARQUES, 2010).

Considera-se de suma importância o apoio familiar e dos profissionais de saúde no convívio diário com esses pacientes, permitindo a descoberta de maneiras novas de viver dentro de seus limites, possibilitando que eles assumam as responsabilidades do tratamento e da vida, mantendo a esperança e alegria de viver. A educação em grupos de convivência melhora a autoestima, sendo otimistas em relação às suas chances de ter um dia melhor do que o outro. A terapia realizada nesses grupos pode trazer estudos efetivos na promoção da saúde, bem estar e do viver mais plenamente suas possibilidades (GUEDES et al., 2012).

A busca pela qualidade de vida é um aspecto importante em pessoas com doenças crônicas graves e limitantes que se submetem a tratamentos prolongados e dolorosos e apresentam maior vulnerabilidade às comorbidades, como é o caso dos pacientes em tratamento por hemodiálise (CORDEIRO, et al., 2009).

No entanto, estes pacientes, em sua maioria, encaram o tratamento como uma modalidade dolorosa, sofrida, angustiante, com limitações físicas, sociais e nutricionais, dificultando, muitas vezes, a interação paciente-sociedade-família. É sabido que qualquer mudança demanda tempo e principalmente mudança de posturas. Isso só acontece a partir de iniciativas e reflexões individuais sobre o próprio comportamento profissional, que indiretamente refletem como a pessoa percebe seu papel profissional (FONTOURA, 2012).

Acredita-se que a investigação da qualidade de vida nos pacientes diagnosticados com DRC em tratamento hemodialítico se faz necessário para subsidiar o direcionamento no planejamento da assistência, para que possa vir a proporcionar a essa clientela um estímulo em suas capacidades e a uma melhor adaptação ao novo estilo de vida (FRAZÃO; RAMOS; LIRA, 2011).

#### 4.2 HEMODIÁLISE COMO PERSPECTIVA DE VIDA

Segundo Santos, Rocha e Berardinelli (2011), o acometimento de doenças leva o ser humano a adquirir novos conhecimentos e habilidades, adaptando-se às situações, que lhe são impostas e retomar sua vida.

O início de uma doença crônica no adulto implica mudanças de comportamentos que devem ser integradas a seu padrão de vida. As necessidades pessoais alteram-se, tarefas de rotina tornam-se difíceis, finanças limitadas e perdas acumulam-se (BALSANELLI; GROSSI; HERTH, 2011).

Há poucas décadas a insuficiência renal crônica significava morte. Atualmente nos variados tipos de diálise modificaram esse conceito, melhorando de forma substancial seu prognóstico (TERRA; COSTA, 2007).

A hemodiálise acarreta sentimentos ambíguos de aceitação e revolta nos sujeitos que necessitam deste tratamento para sobreviver, pois ao mesmo tempo em que garante a vida, torna a pessoa dependente da tecnologia. Há um simbolismo atribuído à hemodiálise, tratando a mesma como uma relação de “vida e morte”, considerando-se que a sobrevivência é possível pelo procedimento (SILVA, et al., 2011).

Apesar dos grandes avanços tecnológicos e aperfeiçoamento desses métodos para proporcionar melhoras cada vez mais significativas no quadro geral dos portadores de IRC, o tratamento hemodialítico trás consigo uma série de complicações (MALHEIRO; ARRUDA, 2012). As mais comuns são: hipotensão, câibras, náuseas, vômitos, cefaléia, dor torácica e dor lombar, prurido, febre, calafrios, síndrome do desequilíbrio, embolia gasosa, hemólise, edema agudo de pulmão, arritmias, síndrome do primeiro uso, alterações eletrolíticas e morte súbita (MOURA; RAMOS; ESPÍNDULA, 2010).

A hemodiálise prolonga a vida do doente, alivia o sofrimento e até previne incapacidades posteriores. No entanto, esse tratamento hemodialítico é responsável por um cotidiano monótono e restrito, e as atividades são limitadas após o início do tratamento. É nesse cenário que o paciente se sente como um doente, embora a tendência seja negar esse sentimento para não desanimar, para ter forças de continuar vivendo com todas as restrições que essa doença lhe impõe (PEREIRA; GUEDES, 2009). Por outro lado, eles também reconhecem que o tratamento lhes possibilita a espera pelo transplante renal e com isso, uma expectativa de melhorar sua qualidade de vida (SILVA, et al., 2011).

Estudos realizados por Madeiro et al. (2010), apontam que dentre os fatores promoventes da adesão ao tratamento hemodialítico, evidenciou-se o medo da morte, destacando o conhecimento que os pacientes possuíam sobre a importância da realização da hemodiálise para a manutenção das suas vidas. Outro fator apontado por Roberto et al. (2008), é a educação que apresenta-se como fator



fundamental para um adequado controle da doença, possibilitando melhor convívio com ela e tornando o indivíduo capaz de prevenir e detectar complicações.

A auto-aceitação significa reconhecer e aceitar características positivas e negativas. O sentimento de aceitação gera estima, confiança e segurança em si e nos outros. A forma como o indivíduo se vê e se descreve, suas crenças sobre como é visto pelos outros, a similaridade que percebe entre o que é e o que acredita que os outros pensam dele e o grau em que valoriza suas competências em comparação com os outros são forças orientadas para os esforços de adaptação (PEDROSO; SBARDELLOTO, 2008).

É necessário que a pessoa com alguma incapacidade aceite sua condição, como relata Oliveira; Guerra e Dias (2010), já que mesmo diante de adversidades e de sofrimento é possível encontrar sentido. Os autores afirmam que é importante encontrar sentido no sofrimento para que a pessoa consiga superá-lo da melhor forma possível.

O relacionamento entre o paciente e o profissional de saúde e o apoio que este oferece, é de grande importância para a construção de um vínculo harmonioso, uma vez que os pacientes consideram essa equipe como sendo uma família (MALHEIRO; ARRUDA, 2012). Atitudes adotadas pelos profissionais de saúde, como linguagem popular, demonstração de respeito pelas suas crenças e atendimento acolhedor, resultam em uma melhor adesão terapêutica do doente. Quando houver essa confiança, o indivíduo terá maior disposição para dialogar sobre seus medos e suas visões do mundo facilitando a construção de vínculos (MANDANER et al., 2008).

Estudos realizados por Koeppel; Araújo (2009) descrevem a fé em Deus como um dos fatores promotores da adesão ao tratamento hemodialítico. Durante a doença e morte, as práticas religiosas proporcionaram apoio, pois a pessoa que sente Deus em sua vida é capaz de adaptar-se às mudanças inesperadas.

O combate ao sedentarismo na DRC é uma prática relativamente recente no nosso meio e seus benefícios são facilmente demonstráveis na prática clínica. Portanto, um programa de exercícios para clientes com essa enfermidade em diálise constitui um método seguro, de fácil aplicação, contribui para o controle pressórico, para o aumento da capacidade funcional, melhora da função cardíaca, melhora da força muscular e conseqüentemente, amplia a qualidade de vida (SANTOS; ROCHA; BERARDINELLI, 2011).

O transplante renal é uma meta estabelecida pelos pacientes renais crônicos e muito desejada. É percebido como uma maneira de se libertar da obrigatoriedade da hemodiálise e sinaliza a possibilidade de resgate do cotidiano de vida. A perspectiva de um transplante propicia, na maioria das vezes, uma atitude esperançosa, mas há risco de que os pacientes passem simplesmente a existir

e não a viver. Por isso, faz-se necessário o encorajamento dos mesmos para levarem uma vida tão ativa e satisfatória quanto a sua condição o permita (PERREIRA; GUEDES, 2009).

Assim considerando, pressupõe que um maior conhecimento sobre a DRC, as necessidades de bem-estar e o tratamento para esse agravo possibilite ao cliente, entendimento e aceitação, contribuindo para uma maior adesão às intervenções terapêuticas, diminuição das intercorrências durante o procedimento dialítico e conseqüentemente para a promoção de sua qualidade de vida, entendendo a importância deste tratamento, o que significa incorporá-lo ao seu cotidiano, estando atento às orientações da equipe multiprofissional e evitando faltar às sessões de hemodiálise para que não ocorram complicações futuras (SANTOS; ROCHA; BERARDINELLI, 2011).

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A qualidade de vida é um aspecto importante em pessoas com doenças crônicas graves e limitantes que se submetem a tratamentos prolongados e dolorosos e apresentam maior vulnerabilidade, como é o caso dos pacientes em tratamento por hemodiálise. Nos últimos anos, como consequência do avanço técnico científico e da utilização de equipamentos sofisticados no tratamento hemodialítico ainda causa enorme desgaste emocional aos pacientes. A adesão ao tratamento por parte do portador de IRC em terapia hemodialítica não é um processo simples. Existem vários fatores envolvidos que agem de forma interrelacionada. Cada indivíduo segue o tratamento de uma forma única e característica, influenciado pelo inúmeros fatores adquiridos ao longo da vida, pelo apoio familiar e pelos relacionamentos com outras pessoas.

Importa ressaltar, ainda, fatores positivos como atitudes de autocuidado, considerando o apoio e ajuda do familiares, amigos, colegas de trabalho e outras pessoas do seu convívio social, no sentido de conviver com a DRC, almeja o bem-estar e a qualidade de vida.

Compreende-se, portanto, que o viver com a condição crônica passa a ser, além dos agravos físicos, é uma condição que altera o processo de ser saudável de indivíduos ou grupos. Sendo assim, deve-se dar importância à percepção de que cada paciente tem de sua vida, saúde e doença, considerando suas sugestões para soluções de seus problemas, desenvolvendo então, um trabalho voltado ao doente e não à doença.

**REFERÊNCIAS**

- ABENSUR, H. Uso da diálise peritoneal em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. **Rev Bras Hipertens**, v. 15, n.3, p162-165. 2008
- BALSANELLI, A.C.S.; GROSSI, S.A.A.; HERTHE, K. Avaliação da esperança em pacientes com doença crônica e em familiares ou cuidadores. **Acta. Paul. Enferm**, São Paulo, v.24, n.3. 2011.
- BARBOSA, D.A.; GUNJI, C.K.; BITTENCOURT, A.R.C.; BELASCO, A.G.S.; DICCINI, S.; VATTIMO, F.; VIANNA, L.A.C. Co-morbidade e mortalidade pacientes em início de diálise. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 19, n.3. 2006.
- BARBOSA, G.S.; VALADARES, G.V. Hemodiálise: Estilo de vida e adaptação do paciente. **Acta paul. Enferm**, v.22, n.esp, p.524-7, 2009.
- BASTOS, M.G.; BREFMAN, R.; KIRSZTAJN, G.M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Rev. Assoc. Med. Bras. Ribeirão Preto**, v.56, n.2, set/out. 2010.
- BASTOS, M.G.; KIRSZTAJN, G.M. 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**, v.33, n.1, p-93-107. 2011.
- BRASIL. LEI Nº 9434, de 04 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano pra fins de transplante e tratamento e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1, p.37. Brasília, DF, 25 abr. 2014.
- BRASIL. **Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001**. Altera dispositivos da Lei nº 9.434. de 04 de fevereiro de 1991, que “dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento”. **Diário Oficial da União**. Seção1, p.30. Brasília, DF, 18 fev. 2014.
- BRASIL. Decreto - Lei nº 2.268 de 30 de junho de 1991. **Diário Oficial da União**. Seção 1, p.13739, Brasília, DF, 25 Abr. 2014.
- BRASIL. Medida Provisória nº 1.896-13, de 24 de setembro de 1999. **República Federativa do Brasil**. Diário Oficial da União. Seção 1, p.22. 1999.
- CAIUBY, A.V.S.; LEFEVRE,F.; PACHECI-SILVA, A. Análise do discurso dos doadores renais: Abordagem da psicologia social. **J. Bras. Nefrol**. v.26, n.3, p.137-44, 2001.
- CESAR, E.D.; BEUTER, M.; BRONDANI, C.M.; PAULETTO, M.R.; TIMM, A.M.B.; JACOBI, C.S. A diálise peritoneal na vivência de familiares cuidadores. **Rev. Rene** , Santa Maria, v.3, n.14, p.541-8. 2013.
- CORDEIRO, J.A.B.L.; BRASIL, V.V.; SILVA, A.M.T.C.; OLIVEIRA, L.M.A.C.; ZATTA, L.T.; SILVA, A.C.C.M. Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: Avaliação do portador de insuficiência renal crônica. **Rev. Eletr. Enf**. v. 11, n.4, p. 785-93. 2009.

COSTA, P.B.; VASCONCELOS, K.F.S.; TASSIANO, R.M. Qualidade de vida: pacientes com insuficiência renal crônica no município de Caruaru, PE. **Fisioter. Mov**, Curitiba, v. 23, n.3, p.461-471, jul/set. 2010.

CUNHA, C.B.; DE LEÓN, A.C.P.; SCHRAMM, J.M.A.; CARVALHO, M.S.; SOUZA JÚNIOR, P.R.B.; CHAIN, R. 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.4, n.23, p.805-8013, abr. 2007.

DALFOVO, M.S.; LANA, R.A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p.01-13. 2008.

FALCÃO, R. A . **Atribuições da enfermagem nas principais intercorrência durante a sessão de hemodiálise**. 2010. p.37. Monografia (Graduação em enfermagem)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS, 2010.

FERNANDES, R.C. Transplante Renal. **In: DIAS, J.S. Urologia Fundamental: na prática clínica**. 1º ed. Lidel, cap.14, p.108-117. 2010.

FIAMONCINI, J. **Qualidade de vida em pacientes submetidos à transplante**. 2009. 79p. Dissertação (Bacharel em Enfermagem)-Universidade Regional de Blumenau. Blumenau: FURB, 2009.

FONTOURA, F.A.P. **A compreensão de vida de pacientes submetidos ao transplante renal: significados, vivências e qualidade de vida**. 2012. 123p. Dissertação ( Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco. Campo Grande, 2012.

FRAZÃO, C.M.F.Q.; RAMOS,V.P.; LIRA, A.L.B.C. Qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.577-82, out/dez. 2011.

FUJI, C.D.C. **Desafios da integralidade no cuidado em hemosiálise: A ótica da equipe de saúde e dos usuários**. 2009. 122p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS, 2009.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUEDES, K.D.; GUEDES, H.M. Qualidade de vida do paciente portador de insuficiência renal crônica. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v.5, n.1, p.48-53, jan/jun. 2012.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**.12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

HIGA, K.; KOST, M.T.; SOARES, D.M.; MORAIS, M.C.; POLINS, B.R.G. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. **Acta Paul Enferm**, v.21, n.spe, p.203-6. 2008.

KOEPPE, G.B.O.; ARAÚJO, S.T.C. Comunicação como temática de pesquisa na nefrologia: Subsídios para o cuidado de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n.1, p.558-63, 2009.

KUSUMOTO, L.; MARQUES, S.; HAAS, V.J.; RODRIGUES, R.A.P. Adultos e idosos em hemodiálise: Avaliação da qualidade de vida relacionada a saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**. V. 21, n.spe, p.152-9. 2008.

LEHMKIHL, A.; MAIA, A.J.; MACHADO, M. O. Estudo da prevalência de óbitos de pacientes com doença renal crônica associada à doença mineral óssea. **J. Bras. Nefrol.** v.31, n.1, p.10-17. 2009.

LUDERS, C. **Avaliação do transporte e cinética de solutos em pacientes submetidos à hemodiálise diária de alto fluxo, alta eficiência e curta duração**. 2005. 162p. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade de São Paulo. São Paulo:USP, 2005.

LUCENA, A.F.; ECHER, I.C.; ASSIS, M.C.S.; FERREIRA, S.A.L.; TEIXEIRA, C.C.; STEINMETZ, Q.L. Complicações infecciosas no transplante renal e suas implicações às intervenções de enfermagem: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.7, p. 953-9, mar. 2013.

MADEIRO, A.C.; MACHADO, P.D.L.C.; BONFIM, I.M.; BRAQUEAIS, A.R.; LIMA, F.E.T. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n.4, p.546-51, 2010.

MATOS, E.F.; LOPES, A. Modalidades de hemodiálise ambulatorial: breve revisão. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 22, n.spe, p.569-7. 2009.

MALHEIRO, P.O.; ARRUDA, D.S. Percepções dos indivíduos com insuficiência renal crônica sobre qualidade de vida. **Rev. Enferm. Glob**, v.11, n.28, oct. 2012.

MALDANER, C.R.; BEUTER, M.; BRONDANI, C.M.; BUDÓ, M.L.D.; PAULETTO, M.R. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: doente em terapia hemodialítica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.29, n.4, p.647-53, 2008.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n.4, p.758-64, out/dez. 2008.

MOURA, S.M.C.; RAMOS, V.A.; ESPÍNDULA, B.M. O papel do enfermeiro na sessão de hemodiálise: Revisão de literatura. **Rev. Eletr. Enf**, v.1, n.1, p.1-15. 2010.

NASCIMENTO, C.D.; MARQUES, I.R. Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: Revisão de literatura. **Rev. Bras Enferm**, v.58, n.6, p.719-22. 2005.

NORONHA, I.L.; FERRAZ, A.S.; SILVA FILHO, A.P.; SAIKOVICH, D.; CARVALHO, D.B.M.; PAULA, F.J.; CAMPOS, H.; IANHEZ, L.E.; GARCIA, V.D.A. Transplante Renal: Doador e Receptor. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Projeto Diretrizes**, p.1-18, jun. 2006.

OLIVEIRA, D.G.; GUERRA, W.L.; DIAS, S.B. Percepção do portador de insuficiência renal crônica acerca da prevenção da doença. **Revista de Enfermagem Integrada**, v.3, n.2, 2010.

OLIEVIRA, S.G. Sentimento do paciente portador de Doença Renal Crônica sobre a autoimagem. **Rev. Enferm UNISA**, v. 12, n.1, p.38-42. 2011.

PAULA, D.A.; MARQUES, I.R. Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes que realizam hemodiálise. **Rev. Enferm UNISA**, v.11, n.2, p.108-14. 2010.

PEDROSO, R.S.; SBARDELLOTO, G. Qualidade de vida e suporte social em pacientes renais crônicos: Revisão Teórica. **Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde**. Belo Horizonte, v.4, n.7, 2008.

PEREIRA, L.P.; GUEDES, M.V.C. Hemodiálise: A percepção do portador renal crônico. **Cogitare enferm**, Curitiba, out/Dez, 14(4), p.689-95, 2009.

PERES, L.A.B.; BIELA, R.; HERRMANN, M.; MATSUO, T.; ANN, H.K.; CAMARGO, M.T.A.; ROHDE, N.R.S.; USCOCOVICH, V.S.M. Estudo epidemiológico da doença renal crônica terminal do oeste do Paraná: Uma experiência de 878 casos atendidos em 25 anos. **J. Bras. Nefrol**, v.32, n.1, p.51-56. 2010.

RIELLA, M.C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólítico**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1264 p. 2010.

ROCHA, R.P.F.; SANTOS, I. Necessidades de autocuidado entre clientes com Doença Renal Crônica: Revisão integrativa de literatura. **Rev. Pesq. Cuidado Fund**, v.1, n.2, p.423-433, set/dez. 2009.

ROBERTO, E.S.; SANTOS, E.D.; FERREIRA, L.B.; SILVA FILHO, E.R. Conhecimento de pacientes com insuficiência renal crônica sobre o tratamento hemodialítico. **Ciência da saúde**, Brasília, v.6, n.2, p.131-139, 2008.

ROMÃO JUNIOR, J. E. Doença renal crônica: Definição, epidemiologia e classificação. **J Bras Nefrol**, v.26, n.3. agost. 2004.

SANTOS, E.S.; MARINHO, C.M.S. Principais causas de insuficiência renal aguda em unidades de terapia intensiva: Intervenções de enfermagem. **Rev Enf. Ref**, v.3, n.9, p.181-189, mar. 2013.

SANTOS, I.; ROCHA, R.P.F.; BERARDINELLI, L.M.M. Qualidade de vida de clientes em hemodiálise e necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado. **Esc Anna Nery**, v.15, n.1, p.31-38, jan/mar. 2011.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE. **Atenção transdisciplinar ao renal crônico**: Manual para abordagem de pacientes em tratamento hemodialítico, p.140, 1 ed, Campo grande. 2011.

SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; SILVA, G.A.; MENEZES, A.M.; MONTEIRO, C.A.; BARRETO, S.M.; CHOR, D.; MENEZES, P.R. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet*; **Série Saúde no Brasil**, p.61-74. 2011.

SESSO, R.C.; LOPES, A.A.; THOMÉ, F.S.; LUGON, J.R.; SANTOS, D.R. Relatório do censo brasileiro de diálise. **J. Bras. Nefrol**, São Paulo, v.33, n.4, p.442-447, 2011.

SILVA, A.S.; SILVEIRA, R.S.; FERNANDES, G.F.M.; LUNARDI, V.L.; BACKES, V.M.S. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Rev bras enferm**, Brasília, v.64, n.5, set/out. 2011.

SILVA, G.D. **Avaliação dos gastos realizados pelo Ministério da Saúde com medicamentos de alto custo utilizados no tratamento da DRC por pacientes do SUS no Estado de Minas Gerais-2000 a 2004.** 2008. 56p. Dissertação (mestrado em saúde pública)-Universidade Federal de Minas Gérias. Belo Horizonte: UFMG, 2008.

SIMPOSIO DE CONDUTAS EM ENFERMARIA DE CLINICA MÉDICA DE HOSPITAL DE MEDIA COMPLEXIDADES, 2010, Ribeirão Preto. **Resumo:** Insuficiência renal aguda. São Paulo: UFRP, 272-82p. 2010.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner e Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 10 ed. v. 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1133p. 2005.

SZUSTER, D.A.C.; CAIAFFA, W.T.; ANDRADE, E.I.G.; ACURCIO, F.A.; CHERCHIGLIA, M.L. Sobrevida de pacientes em diálise no SUS no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.3, n.28, p.415-424. 2012.

SPINOLA, T.D.; GONÇAVES, V.M.S. Percepção de pacientes com insuficiência renal crônica quanto a interferência da fístula arteriovenosa em seu cotidiano. **Revista de Enfermagem Integrada**, v.5, n.2. 2012.

TERRA, F.S.; COSTA, A.M.D.D.; FIGUEIREDO, E.T.; MORAIS, A.M.; COSTA, M.D.; COSTA, R.D. As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v.8, n.3, p.187-92. 2010.

TERRA, F.S.; COSTA, A.M.D.D. Expectativas de vida de clientes renais crônicos submetidos a hemodiálise. **Revista de enfermagem**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p.533-7. 2007.

TRAJANO, J.S.; MARQUES, I.R. Assistência de enfermagem na diálise peritoneal ambulatorial e hospitalar. **Revista de enfermagem. UNISA**, São Paulo, v.6, p.53-7. 2005.

WONG, D.L. **Enfermagem pediátrica:** elementos essenciais à intervenção efetiva. 5 ed. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, cap27, p.867-872. 2008.