

Cotidiano de pacientes renais crônicos submetidos à hemodialise: expectativas, modificações e relações sociais

Chronic renal patients everyday on hemodialysis: expectations, modifications and social relations

El cotidiano de pacientes renales crónicos sometidos a hemodialisis: expectativas, modificaciones y relaciones sociales

Juliana Barbosa de Araújo¹, Vinicius Lino de Souza Neto², Elvira Uchoa dos Anjos³, Bárbara Coeli Oliveira da Silva⁴, Iellen Dantas Campos Verdes Rodrigues⁵, Cristiane da Silva Costa⁶

Como citar este artigo:

Araújo JB; Neto VLS; Anjos EU, et al. Cotidiano de pacientes renais crônicos submetidos à hemodialise: expectativas, modificações e relações sociais. Rev Fund Care Online. 2016 out/dez; 8(4):4996-5001. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.4996-5001>

ABSTRACT

Objectives: to know the perception of chronic renal patients undergoing hemodialysis about the disease, list the expectations, changes and social relationships after the establishment of the diagnosis. **Method:** this is a qualitative descriptive research approach developed in a hemodialysis unit in the Northeast of Brazil with 39 patients affected by CKF. A semi-structured interview guide was used for data collection. The study was approved by the Ethics Committee for Research CAAE: 14153513.2.0000.5180, Case n°.147/431. Data were analyzed with conceptual basis of the Collective Subject Discourse (CSD). **Results:** the categories that emerged from the discourse of respondents were: Rim paralyzed; Lack of knowledge; limitations; optimism; hopelessness; support; Prejudice and isolation. **Conclusion:** the daily life of hemodialysis patients requires changing eating habits, water restrictions, travel is not possible because the frequency of sessions, work deprivation and activities of daily living due to the weakness imposed by the treatment.

Descriptors: Chronic Renal Failure; Renal Dialysis; Self-Care.

¹ Enfermeira. Graduada pela Faculdade de Santa Maria. Cajazeiras, PB, Brasil. E-mail: juliana.enf@uol.com.

² Enfermeiro. Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. Membro do Grupo de Pesquisa Práticas Assistenciais e Epidemiológicas em Saúde e Enfermagem - PAESE. Natal, RN, Brasil. E-mail: vinolino@hotmail.com.

³ Enfermeira. Professora da Faculdade de Santa Maria. Cajazeiras, PB, Brasil. E-mail: elviraucha@hotmail.com.

⁴ Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. Membro do Grupo de Pesquisa Práticas Assistenciais e Epidemiológicas em Saúde e Enfermagem - PAESE. Natal, RN, Brasil. E-mail: barbaracoeli@outlook.com.

⁵ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí - UFPI. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. Membro do Grupo de Pesquisa Práticas Assistenciais e Epidemiológicas em Saúde e Enfermagem - PAESE. Natal, RN, Brasil. E-mail: iellendantas@hotmail.com.

⁶ Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. Membro do Grupo de Pesquisa Práticas Assistenciais e Epidemiológicas em Saúde e Enfermagem - PAESE. Natal, RN, Brasil. E-mail: cris_bronze@hotmail.com.

RESUMO

Objetivos: conhecer a percepção de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise sobre a doença, elencar as expectativas, modificações e relações sociais após o estabelecimento do diagnóstico. **Método:** trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa desenvolvida em uma unidade de hemodiálise no Nordeste do Brasil com 39 pacientes acometidos por IRC. Para a coleta de dados, utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado. O estudo foi provado no Comitê de Ética em Pesquisas CAAE nº 14153513.2.0000.5180, processo nº 147/431. Os dados foram analisados com base nos conceitos do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). **Resultados:** as categorias que emergiram do próprio discurso dos entrevistados foram: Rim paralisado; Falta de conhecimento; Limitações; Otimismo; Desesperança; Apoio; Preconceito e isolamento. **Conclusão:** o cotidiano dos pacientes em hemodiálise requer mudança de hábitos alimentares, restrições hídricas, impossibilidade de viagens devido à periodicidade das sessões, privação do trabalho e das atividades da vida diária devido à debilidade imposta pelo tratamento.

Descritores: Insuficiência Renal Crônica; Diálise Renal; Autocuidado.

RESUMEN

Objetivos: conocer la percepción de los pacientes renales crónicos sometidos a hemodiálisis sobre la enfermedad, la lista de las expectativas, los cambios y las relaciones sociales después del establecimiento del diagnóstico. **Método:** se trata de un enfoque de investigación descriptivo cualitativo desarrollado en una unidad de hemodiálisis en el noreste de Brasil, con 39 pacientes afectados por IRC. Para recopilar los datos, se utilizó una guía de entrevista semi-estructurada. El estudio se demostró por el Comité de Ética para la Investigación CAAE nº. 14153513.2.0000.5180, proceso nº. 147/431. Los datos fueron analizados con base conceptual del Discurso del Sujeto Colectivo (CSD). **Resultados:** las categorías que surgieron del propio discurso de los encuestados fueron: Lamer paralizado; La falta de conocimiento; limitaciones; El optimismo; La desesperanza; apoyo; El prejuicio y el aislamiento. **Conclusión:** la vida diaria de los pacientes en hemodiálisis requiere cambiar hábitos alimenticios, las restricciones de agua, no es posible el viaje porque la frecuencia de las sesiones, la privación del trabajo y actividades de la vida diaria debido a la debilidad impuesta por el tratamiento.

Descriptores: Insuficiencia Renal Crónica; Diálisis Renal; Auto-Cuidado.

INTRODUÇÃO

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma doença de grande morbidade e mortalidade cuja incidência vem aumentando no Brasil e em todo o mundo em escala inquietante, já sendo encarada atualmente como um problema de saúde pública. No Brasil, a prevalência de pacientes mantidos em programa crônico de diálise mais que dobrou nos últimos oito anos. De 24.000 pacientes mantidos em programa dialítico em 1994, alcançamos 59.153 pacientes em 2004. A incidência de novos pacientes cresce cerca de 8% ao ano, tendo sido 18.000 pacientes em 2010. O gasto com o programa de diálise e transplante renal no Brasil situa-se ao redor de 1,4 bilhões de reais ao ano¹.

A IRC configura-se como uma doença progressiva e irreversível da função excretora renal devido à redução da

Taxa de Filtração Glomerular (TFG) das funções endócrinas e metabólicas, bem como a distúrbios hidroeletrólíticos e acidobásicos, determinado profundas alterações endoteliais, hematológica, cardiovasculares e nutricionais¹⁻².

Os principais grupos de risco para o desenvolvimento desta patologia são os portadores de hipertensão arterial, diabetes mellitus e história familiar de insuficiência renal crônica. Além destes, fatores estão relacionados à perda de função renal, a glomerulopatia, doença renal policística, doenças autoimunes, infecções sistêmicas, infecções urinárias de repetição, litíase urinária, uropatias obstrutivas e neoplasias. Entretanto, tanto o diabetes como a hipertensão arterial se prevenidos, detectados precocemente, tratados corretamente e acompanhados por uma equipe multidisciplinar dificilmente evoluirão com complicações tão sérias².

As modalidades de tratamentos disponíveis atualmente são a diálise peritoneal, hemodiálise e o transplante renal. Ambas substituem parcialmente a função renal, amenizam os sintomas e prolongam a vida do paciente, no entanto, nenhuma delas é curativa. A hemodiálise é o método de diálise mais comum que tem como objetivo remover líquidos e excretas nitrogenadas do paciente desviando para um aparelho dializador (também referido como um rim artificial) que serve como uma membrana semipermeável sintética, substituindo os glomérulos e túbulos renais como filtro para os rins comprometidos²⁻³.

O tratamento de hemodiálise, na maioria das vezes, gera frustração e limitações, uma vez que é acompanhado de diversas restrições, dentre elas, a manutenção de uma dieta específica associada às restrições hídricas e a modificação na aparência corporal em razão da presença do cateter para acesso vascular ou da fístula arteriovenosa. A abordagem multidisciplinar a pacientes que estão em processo de hemodiálise torna-se fundamental para conhecer todos os fatores condicionantes diante da doença³.

Muitos profissionais não oferecem abertura ao diálogo, agindo como senhores absolutos da verdade, desconsiderando aquilo que o paciente traz consigo, outras vezes julgam alguns pacientes, não respeitando a sua singularidade. Nesse sentido, os pacientes renais crônicos acabam se tornando desanimados, desesperados e, muitas vezes, por estas razões ou por falta de orientação, acabam abandonando o tratamento ou não dando importância aos cuidados constantes que deveriam ter. É necessário estimular suas capacidades, para se adaptarem de maneira positiva ao novo estilo de vida e assumirem o controle de seu tratamento³⁻⁴.

A partir dos referidos pressupostos, o interesse pelo desenvolvimento da pesquisa surgiu da experiência dos pesquisadores em um setor de hemodiálise, com pacientes renais crônicos que, no transcorrer das práticas assistências, observaram alterações no cotidiano das pessoas a partir do diagnóstico, acarretando impacto na vida social e surgindo algumas dificuldades em decorrência do tratamento. Nesta perspectiva, no estudo em tela, emergiram-se os seguintes questionamentos: “Como os pacientes entendem a insu-

ciência renal?"; "Quais as modificações ocorridas no cotidiano em pacientes com IRC submetidos ao procedimento de hemodiálise?"; "Quais as expectativas diante do tratamento?"; "Como é a relação dessa clientela com a família e convívio social após o diagnóstico?"

Com vistas a responder à questão de pesquisa, os objetivos foram: conhecer a percepção de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise sobre a doença, elencar as expectativas, modificações e relações sociais após o estabelecimento do diagnóstico.

A relevância do estudo volta-se na possibilidade de apontar as necessidades assistenciais destes indivíduos, fortalecendo debates acerca da importância de um atendimento integral, acolhedor e humanizado, que considere não só os aspectos biológicos mas também os psicossociais; os quais, se não identificados e trabalhados, podem trazer prejuízos ao paciente renal crônico.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido em uma unidade de hemodiálise no Nordeste do Brasil. A população foi composta por pacientes que eram assistidos pela presente unidade. A coleta de dados ocorreu nos meses de abril a maio de 2013.

Para a seleção da amostra composta por 39 pacientes, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: faixa de idade acima de 18 anos; pacientes que sejam assistidos pela clínica e que não apresentem nenhum déficit de cognição ou transtorno mental. Foram excluídos os participantes que não atenderam os presentes critérios e se recusaram em participar da pesquisa. A determinação do número de participantes está relacionada com o critério de saturação de dados, a qual ocorre quando a coleta de dados para de produzir novas informações ou essas são redundantes.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria (FSM), Paraíba, Brasil com CAAE nº 14153513.2.0000.5180, processo nº 260.795. Antes de iniciar a coleta de dados, cada participante do estudo foi esclarecido acerca do objetivo da pesquisa, sendo realizada uma leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que finalmente a pesquisa fosse iniciada.

Os dados foram coletados mediante a realização de uma entrevista semiestruturada, que foi devidamente gravada, sendo utilizado, para este fim, um aparelho de MP3 player, garantindo maior fidelidade e veracidade das informações coletadas. Após essa etapa, o material foi transcrito na íntegra e analisado à luz da literatura pertinente. Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário semiestruturado, com seis questões objetivas, que buscaram traçar o perfil sociodemográfico dos participantes, e quatro questões subjetivas que visaram a análise proposta pelo estudo, com questionamentos relacionados ao objetivo da pesquisa.

As entrevistas foram transcritas textualmente, e logo após a leitura sucessiva do material, procedeu-se à codifica-

ção das participantes do estudo extraíndo as categorias dos discursos agrupados pela similaridade, sendo possível assim formar o *corpus* coletivo dos discursos.

Com isso, as caracterizações da amostra foram organizadas em forma de tabelas construídas no Programa *Microsoft Office Excel* 2009. Os dados qualitativos foram analisados de acordo com a literatura pertinente e seguindo as bases conceituais do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), sendo fundamentada na construção do pensamento coletivo que visa desvendar como as pessoas atribuem os sentidos, pensam e se posicionam a respeito de determinados temas⁵.

O estudo em tela seguiu as normativas da Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁶, que aborda as diretrizes e normas regulamentadora de pesquisas envolvendo seres humanos, e a Resolução COFEN nº 311/2007, que denota sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem⁷.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A faixa etária dos participantes variou de 20 a 60 anos, com maior predominância entre 50 a 59 anos (28%), a maioria do sexo feminino (51,3%), casados (66,7%), não alfabetizados (30,9%), aposentados 64,1% e o tempo de tratamento em hemodiálise foi de um a dois anos. Após a breve caracterização sociodemográfica dos participantes, elencou-se o discurso do sujeito coletivo interpondo as ideias centrais.

Quadro 1 - Ideias centrais (IC's) e discurso do sujeito coletivo (DSC) referente à pergunta: "O que o Sr. Ou a Sra. entende sobre insuficiência renal?"

IC	DSC-1
Rim paralisado	Entendo que o rim parou, não filtra mais as impurezas, atrofiou e não funciona, o rim acabou e preciso dessa máquina, doença crônica que se cura apenas com transplante ou milagre de Deus, doença hereditária, veio a partir do diabete, pressão alta e rins policístico.
IC	DSC-2
Falta de conhecimento	Entendo nada, problema de cloro na água, problema grave que leva a morte, só sei que não posso urinar se faltar as seções sinto falta de ar, cansaço e não sobrevive.

No Quadro 1, verificou-se que os pacientes possuem uma diversidade de atribuições, conceitos e adjetivos a respeito da patologia que possuem, sendo encontrado determinado grau de entendimento sobre insuficiência renal ou nenhum conhecimento sobre ela, por isso o conhecimento é uma condição que promove mudança de comportamento que, no caso do doente renal em estágios iniciais da doença, é imprescindível a adesão ao tratamento para intervir na progressão da IRC⁸.

O ensino pode fazer a diferença na capacidade dos pacientes e de suas famílias para se adaptarem à condição de saúde crônica. Quando bem informados e educados, os pacientes geralmente se preocupam com a saúde e fazem o que é indispensável para mantê-la. Controlam mais os sintomas, reconhecem o início das complicações e procuram precocemente os cuidados em saúde, pois o conhecimento ajuda a fazer escolhas e tomar decisões durante todas as etapas da trajetória da doença crônica⁸⁻⁹.

As razões para o encaminhamento tardio ao nível secundário podem ser devido à falta de conhecimento da epidemiologia da doença, dos critérios para diagnóstico ou dos objetivos e resultados dos cuidados nefrológicos nos estágios iniciais. Deve-se considerar também que a competência ao lidar com um problema é obtida através de treinamento e prática. Estudos colocam que torna-se necessário para equipe de saúde estabelecer relações fundamentadas na confiança e compreensão, além de sólidos conhecimentos técnico-científicos. Caso contrário, a falta de aderência ao tratamento é um complicador adicional no âmbito da qualidade de vida do portador de doença renal crônica⁹.

Quadro 2 - Ideias centrais (IC's) e discurso do sujeito coletivo (DSC) referente à pergunta: "Quais foram às mudanças ocorridas a partir do tratamento hemodialítico?"

IC-1	DSC-3
Limitações	A vida ficou muito ruim, não posso trabalhar, tenho que vim três vezes por semana, pegar peso no braço da fístula, viajar por mais de dois dias, não me divirto mais, ir pra festas, e nem beber, fico só em casa, me sinto cansado sem animo, alimentação e água limitada não matando minha sede.

No quadro acima, é possível observar na fala dos participantes que a partir do tratamento hemodialítico houve várias restrições no estilo de vida diário, interferindo diretamente em sua qualidade de vida em decorrência das alterações em suas funções orgânicas impostas pela evolução intrínseca da patologia¹⁰.

O fato deve-se porque o portador de insuficiência renal crônica convive com uma doença incurável que o obriga a submeter-se a um tratamento doloroso, de longa duração, que provoca muitas limitações, geralmente esses problemas são o isolamento social, perda do emprego, dependência da previdência social, perda da autoridade no contexto familiar, afastamento dos amigos, impossibilidade de passeios e viagens prolongados em razão da periodicidade das sessões de hemodiálise, diminuição da atividade física, disfunção sexual, entre outros¹¹.

A relação entre o trabalho e a saúde é fonte de preocupação, considerando que as atividades laborais estão atreladas às condições físicas, mentais e sociais, por vezes comprometidas em paciente renal crônico, fatores contribuintes para o aparecimento de problemas psicológicos¹².

A necessidade humana básica de conforto é comprometida em cada sessão hemodialítica devido à submissão a uma punção com uma agulha de grosso calibre em um processo doloroso que deixa muitas marcas, porém necessário para que haja possibilidade de realização ao tratamento, relatando sentimento de ansiedade, tristeza e expectativa de submeter-se a uma nova punção, sendo a dor considerada um fator desestimulante para realização do tratamento¹³.

Quadro 3 - Ideias centrais (IC's) e discurso do sujeito coletivo (DSC) referente à pergunta: "Quais suas esperanças diante do tratamento (hemodiálise)?"

IC	DSC-4
Otimismo	Espero ser transplantada, ficar curada e não precisar da máquina, faço orações, tenho fé, me sinto bem na máquina, não quero fazer transplante.
IC	DSC-5
Desesperança	Não espero nada de bom, somente o dia de morrer só para passar e enganar o tempo, um paliativo, não quero fazer transplante porque vários amigos já morreram, tenho medo.

No quadro 3, na ideia central "otimismo", mesmo diante de um problema que gera sofrimento e provoca sensações de suporte reduzido, os pacientes possuem sentimentos de auto aceitação reconhecendo e aprovando as características positivas e negativas decorrentes da terapia como forma de tratamento. O que chama atenção, relatado pela maioria dos participantes da pesquisa, foi a importância da fé em um ser superior como fonte de esperança e força para o enfrentamento das situações difíceis e conformação diante dos fatos, que não podem ser modificados¹⁴.

Em um estudo desenvolvido pela Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP, constatou-se que é necessário que a pessoa com alguma incapacidade aceite sua condição, pois é possível encontrar sentido mesmo diante de adversidades e de sofrimento. O estudo denota ainda que é importante encontrar sentido no sofrimento para que a pessoa consiga superá-lo da melhor forma possível. Tirar lições positivas das experiências dolorosas faz crescer na dimensão mais profunda que um ser humano pode alcançar dar sentido a sua dor, por pior que possa parecer¹⁵.

Na ideia central "desesperança", os entrevistados relataram sentimento de descrença diante da terapia que são submetidos, comprometendo além do aspecto físico o fator psicológico, favorecendo à deficiência funcional refletindo em sua vida diária¹⁶.

O paciente com insuficiência renal crônica vivencia uma brusca mudança em seu viver, passando a conviver com inúmeras oscilações de pensamentos e sentimentos negativos diante das circunstâncias, pensar na morte devido ao seu caráter irreversível da doença renal, além do tratamento doloroso resultando em um cotidiano restrito e monótono¹⁷.

Quadro 4 - Ideias centrais (IC's) e discurso do sujeito coletivo (DSC) referente à pergunta: "Como é sua relação com a família e convívio social após o diagnóstico?"

IC	DSC-6
Apoio	A família ficou mais próxima, me dão muito apoio, só não posso acompanhá-los em todos os lugares, nunca gostei de sair, continuo me divertindo com meus amigos.
IC	DSC-7
Preconceito e isolamento	A família se afastou, pensam que é doença contagiosa, eu que me afastei do convívio social, prefiro ficar em casa para não fazer o que não posso.

Os participantes do estudo relataram que o apoio de familiares e amigos proporciona força e coragem para continuar a lutar contra os medos e sofrimentos inerentes a sua situação, fazendo com que se sintam com a sensação de não estarem sozinhos, de serem apoiados pelas pessoas que participam do seu mundo. O apoio de familiares pode ser benéfico e pode ser usado como estratégia de enfrentamento. Assim, o suporte social pode servir como amparo para as consequências negativas durante o decaimento da função física no processo de adoecer¹⁸.

Na ideia central "Preconceito e Isolamento", observam-se mudanças tanto no convívio familiar quanto social. Isto pode estar atrelado aos reflexos desencadeados pela própria doença, que, no decorrer da sua evolução, acarreta muitas mudanças no estilo de vida devido à fonte de estresse. A doença crônica afeta toda a família e gera momentos difíceis, com avanços e retrocessos nas relações entre seus membros, levando às vezes ao isolamento social e emocional, principalmente se a família não tem conhecimento sobre a doença, tratamento e os recursos disponíveis¹⁹.

A depressão é a complicação mais recorrente nos pacientes em diálise e geralmente significa uma resposta a alguma perda real, ameaçada ou imaginada. Humor depressivo persistente, autoimagem prejudicada e sentimentos pessimistas são algumas manifestações psicológicas²⁰.

CONCLUSÃO

A partir dos dados obtidos neste estudo, pôde-se perceber que o tratamento hemodialítico acarreta diversas modificações tanto na vida do paciente como no eixo familiar. Neste contexto, o cotidiano dos pacientes em hemodiálise requer mudança de hábitos alimentares, restrições hídricas, impossibilidade de viagens devido à periodicidade das sessões, privação do trabalho e das atividades da vida diária devido à debilidade imposta pelo tratamento.

Verificou-se a presença de sentimentos ambíguos e conflitantes, pois se por um lado a hemodiálise representa a possibilidade de prolongamento de vida, por outro a sua realização requer a mudança de hábitos e costumes que certamente repercutirão no cotidiano habitual. Por isso, a realização da

escuta aos pacientes renais crônicos em tratamento dialítico leva a reformulação de um atendimento mais integral, considerando o indivíduo como sujeito e não usuário do serviço.

Neste sentido, torna-se necessário redimensionar as ações terapêuticas no processo de atenção e cuidado, a partir da escuta sensível que ajude na compreensão do cotidiano da pessoa portadora de doença renal crônica, uma vez que a equipe assistencial, médico, psicólogo, nutricionista ou enfermeiro trabalhem juntos para alcançar os objetivos esperados no processo de educação em saúde, para que assim o paciente consiga sua autonomia.

Assim, espera-se que os resultados desse estudo possam contribuir para o desenvolvimento de estratégias que colaborem para aperfeiçoar o cuidado de enfermagem ao paciente com doença crônica que está em processo de hemodiálise. Como uma das limitações do estudo, destaca-se o fato de este ter sido realizado com uma clientela específica, a qual possui peculiaridades intrínsecas a doença e ao tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Terra FS, Costa AMDD, Ribeiro CCS, Nogueira CS, Prado JP, Costa MD, et al. O portador de Insuficiência Renal Crônica e sua Dependência ao Tratamento Hemodialítico: compreensão fenomenológica. *Rev Bras Clin Med* [Internet]. 2010 [acesso em 2014 Dez 02]; 8(4): 306-10. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n4/a003.pdf>
2. Ferraz FHRP, Filho EM, Silva RC, Sinésio MCT, Quirino RM, Cavechia SR. Epidemiologia da Doença Renal Crônica Terminal no Distrito Federal: Experiência do hospital regional da asa norte. *Brasília Med* [Internet]. 2010 [acesso em 2014 Dez 02]; 47(4): 434-38. Disponível em: <file:///C:/Users/Cintia/Downloads/epidemiologia%20DRC.pdf>
3. Orlandi FS, Pepino BG, Pavarini SCI, Santos DA, Mendiondo MSZ. Avaliação do nível de esperança de vida de idosos renais crônicos em hemodiálise. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [Acesso em 2014 Mai 30]; 46(4): 900-05. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/17.pdf>
4. Takemoto AY, Okubo P, Bedendo J, Carreira L. Avaliação da Qualidade de Vida em Idosos Submetidos ao Tratamento Hemodialítico. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2011 [Acesso em 2014 Mai 30]; 32(2): 256-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a07v32n2.pdf>
5. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>
6. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 311/2007. Aprova o código de ética dos profissionais de enfermagem. Available from: <http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>
7. Lefevre F, Lefevre AMC. Depoimentos e discursos. Brasília: Editora Liberlivro; 2005.
8. Silva AS, Silveira RS, Fernandes GFM, Lunardi VL, Backes VMS. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2011 [acesso em 2014 Dez 08]; 64(5): 839-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a06v64n5.pdf>
9. Madeiro AC, Machado PDLC, Bonfim IM, Braqueiras AR, Lima FET. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2010 [acesso em 2014 Dez 25]; 23(4): 546-51. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/16.pdf>
10. Maniva SJCF, Freitas CHA. O paciente em hemodiálise: autocuidado com a fístula arteriovenosa. *Rev Rene* [Internet]. 2010 [acesso em 2014 Dez 25]; 11(1): 52-9. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n1_html_site/a16v11n1.htm
11. Santos I, Rocha RPF, Berardinelli LMM. Qualidade de Vida de Clientes em Hemodiálise e Necessidades de Orientação de Enfermagem para o Autocuidado. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2011 [acesso em 2014 Dez 01]; 15 (1): 31-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/05.pdf>
12. Frota OP, Borges NMA. Hemodialysis treatment-related chronic complications in hypertensive people: integrative review. *Rev Pesq Cuid Fundam* [Internet]. 2013 [acesso em 2014 Dez 10]; 5(2):3828-836. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2098/pdf_770
13. Scatolin BE, Vechi AP, Ribeiro DF, Bertolin DC, Canova JCM, Cesarino CB, et al. Atividade de vida diária dos pacientes em tratamento de diálise peritoneal intermitente com cicladora. *Arq Ciênc Saúde* [Internet]. 2010 [acesso em 2014 Dez 4]; 17(1):15-21. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-17-1/IDL2_jan-mar_2010.pdf
14. Fujii CDC, Oliveira DLLC de. Fatores que dificultam a integralidade no cuidado em hemodiálise. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2011 [acesso em 2014 Dez 14]; 19(4):[about 7 screens] Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_14.pdf
15. Campos CJG, Turato ER. Tratamento hemodialítico sob a ótica do doente renal: estudo clínico qualitativo. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2010 [acesso em 2014 Dez 21]; 63(5): 799-805. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/17.pdf>
16. Mattos M, Maruyama SAT. A Experiência de uma Pessoa com Doença Renal Crônica em Hemodiálise. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2010 [acesso em 2014 Dez 21]; 31(3): 428-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n3/v31n3a04.pdf>
17. Mayayo MM, Urrutia EC, Justo APS, Escola JM. Asociación entre dependencia funcional y sintomatología afectivo-depresiva en pacientes en programa de hemodiálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* [Internet]. 2010 [acesso em 2014 Dez 21]; 13 (4): 236-41. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v13n4/original3.pdf>
18. Machado EL, Caiaffa WT, César CC, Gomes IC, Andrade EIG, Acúrcio FA, et al. Iniquities in the access to renal transplant for patients with end-stage chronic renal disease in Brazil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 [acesso em 2014 Dez 18]; 27 Supl 2:S284-97. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001400015
19. Silveira CB, Pantoja IKO, Silva ARM, Azevedo RN, Sá NB, Turiel MGP, et al. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. *J Bras Nefrol*. 2010;32(1):39-44.
20. Alves AR, Lopes CHAF, Jorge MSB. Significado do processo de enfermagem para enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva: uma abordagem interacionista. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [acesso em 2014 Mai 30]; 42 (4):649-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a05.pdf>

Recebido em: 16/01/2015
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 08/01/2016
Publicado em: 01/10/2016

Endereço para correspondência:

Maria Aline Rodrigues Barros
Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, s/n
Ininga, Teresina - PI
CEP: 64049-550