



LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM
DISCIPLINA: TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – II

KÍVIA ZENEIDE LIMA SILVA

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA
DO DOENTE RENAL CRÔNICO**

NATAL/RN
2014

KÍVIA ZENEIDE LIMA SILVA

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA
DO DOENTE RENAL CRÔNICO**

Artigo científico apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte, como requisito final para conclusão da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso–II.

Orientadora: Prof.^a Dda. Maria Cleia O. Viana.

Co-orientadora: Prof.^a Ms. Kézia Katiane Medeiros da Silva.

NATAL/RN
2014

RESUMO

Em virtude do comprometimento da Qualidade de Vida do paciente com Insuficiência Renal Crônica, ainda sabendo que a enfermagem está diretamente relacionada ao cuidado geral desse paciente, o presente trabalho objetivou identificar a assistência de enfermagem para promoção da qualidade de vida para pacientes com Insuficiência Renal Crônica, através de uma revisão de literatura exploratória, descritiva utilizando as bases de dados SciELO e LILACS. Os artigos foram selecionados através dos descritores Insuficiência renal, Cuidados de enfermagem, Qualidade de Vida, publicados entre 2004 a 2014. A qualidade de vida engloba bem estar físico, mental, social, entende-se que o tratamento dialítico restringe a vida do paciente e se faz necessário promover a educação em saúde para que ele entenda suas limitações, que ele possa ter acesso ao tratamento em tempo hábil evitando possíveis complicações, diagnóstico precoce para que a intervenção seja imediata, acesso a medicamentos, confiança na equipe que o presta assistência, sempre focando em uma assistência humanizada, acesso a serviços de urgência, orientações ao longo do tratamento que facilitem seu convívio com a doença.

Palavras-Chave: Insuficiência renal; Cuidados de enfermagem; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Because of impairment of quality of life of patients with chronic renal failure, yet knowing that nursing is directly related to the general care of this patient, this study aims to examine nursing care to promote quality of life for patients with impaired Chronic kidney through a literature exploratory, descriptive using Scielo and Lilacs. Articles were selected through descriptors renal failure, Nursing Care, Quality of Life published from 2004 to 2014. The quality of life includes not physical, mental, social welfare, it is understood that the dialysis treatment restricts the patient's life and it is necessary to promote health education so that he understands his limitations, he can gain access to timely treatment to avoid possible complications, early diagnosis so that the intervention is immediate, access to medicines, confidence in the team that assists, always focusing on humanized care, access to emergency services, guidance throughout the treatment, to facilitate their living with the disease.

Keywords: renal insufficiency; Nursing care; Quality of Life.

1 INTRODUÇÃO

A insuficiência renal crônica é uma doença com sérias implicações físicas, psicológicas e sócio-econômicas para o paciente. Estima-se que 13% das pessoas tenham desenvolvido, em algum grau de patologias renais, uma vez que se manifestam silenciosamente, cerca de 10 milhões de brasileiros sofrem com problemas renais que necessitam de hemodiálise. Tal patologia acomete os rins com uma perda progressiva e irreversível da função renal, que termina em acúmulo de metabólitos, líquidos e uremia grave, causando assim um desequilíbrio da homeostasia. Nestes casos é indicado o tratamento de hemodiálise, que é uma terapia substitutiva para que o paciente portador de Insuficiência Renal Crônica (IRC) não venha a falecer (BASTOS, 2011).

Isso evidencia o comprometimento crescente da qualidade de vida e os altos custos no tratamento (BREGMAN, 2007). Atualmente, as principais causas da doença renal crônica (DRC) são Diabetes Mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), história familiar de DRC e envelhecimento. Segundo Silva (2014), no Brasil, hipertensão, diabetes e glomerulonefrites representam as causas da DRC em 26%, 18% e 11% dos pacientes em tratamento dialítico, respectivamente.

De acordo com Nascimento (2005) a hemodiálise é o processo de filtração e depuração do sangue de substâncias indesejáveis como a creatinina e a uréia que necessitam ser eliminadas da corrente sanguínea humana devido à deficiência no mecanismo de filtração nos pacientes portadores de IRC. Na hemodiálise, a transferência de solutos ocorre entre o sangue e a solução de diálise 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, sendo transferida massa de um local de maior concentração para um de menor concentração, isso depende do peso molecular e características da membrana; a ultra filtração que a remoção de líquidos através de um gradiente de pressão hidrostática e a convecção que é a perda de solutos durante a ultra filtração, quando ocorre o arraste de solutos na mesma direção do fluxo de líquidos através da membrana (FROTA, 2010).

O tratamento do doente renal crônico é doloroso, só a possibilidade de um transplante é que pode ser a esperança de cura ou melhora do seu quadro clínico, neste contexto é de grande importância a participação e assistência da enfermagem

durante o tratamento, pois este profissional de saúde recebeu formação específica para oferecer um atendimento humanizado dentro dos padrões técnicos estabelecidos e necessário ao atendimento ao portador de insuficiência renal crônica (HIGA, 2008).

A IRC é uma doença com vários efeitos na vida do pacientes e de difícil tratamento, com sérias implicações físicas, psicológicas e socioeconômicas, não apenas para o indivíduo, mas também para a família e a comunidade. Além disso, a IRC é uma enfermidade que altera o cotidiano do indivíduo que a vivencia, sendo caracterizado também como um problema social, que interfere no papel que esse indivíduo desempenha na sociedade. Então, estabelece-se um longo processo de adaptação a essa nova condição, no qual o indivíduo precisa identificar meios para lidar com o problema renal e com todas as mudanças e limitações que o acompanham (REIS, 2008).

Mediante estes fatos, podemos inferir que o estresse da doença renal afeta a autoestima, as relações familiares e conjugais, além de quase todos os aspectos da vida diária do indivíduo acometido por esta complicação crônica.

O paciente renal crônico em hemodiálise convive constantemente com a negação e as consequências da evolução da doença, além de um tratamento doloroso e com as limitações e alterações que repercutem na sua própria Qualidade de Vida (CASTRO, 2003).

O termo Qualidade de Vida (QV) tem recebido variadas definições ao longo dos anos. A defendida por Ciconelli et al. (1999) está ligada a um conjunto harmonioso e equilibrado de realizações em todos os níveis, como saúde, trabalho, lazer, sexo, família e desenvolvimento espiritual. Apesar de não haver uma única definição para QV, algumas merecem destaque, como a da Organização Mundial de Saúde que abrange a saúde física, psicológica, o nível de dependência, as relações sociais, as crenças e as relações com o ambiente.

Partindo do pressuposto de que o paciente renal se torna limitado devido a sua patologia, questiona-se: O que pode ser feito para que o paciente portador da doença renal crônica possa ter qualidade de vida durante o seu tratamento?

Em virtude do comprometimento da QV do paciente com IRC, ainda sabendo que a enfermagem está diretamente relacionada ao cuidado geral desse paciente, o presente trabalho tem como objetivo geral analisar a assistência de enfermagem

para promoção da qualidade de vida para pacientes com Insuficiência Renal Crônica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Conceituam-se IRC como uma síndrome complexa consequente à perda, geralmente lenta e progressiva, da capacidade excretória renal. Esse conceito pode ser traduzido pela redução progressiva da filtração glomerular, principal mecanismo de excreção de solutos tóxicos gerados pelo organismo (DRAIB, 1996). As doenças mais comuns que levam à IRC são: diabetes, hipertensão arterial e glomerulonefrite.

Conforme o Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia existem 54.311 pacientes em tratamento de diálise, sendo 48.362 desses pacientes em programa de hemodiálise (HD), e os demais em programa de diálise peritoneal ambulatorial contínua. Os dados estatísticos mostram que a incidência anual em pacientes em HD é em torno de 100 casos por milhão de habitantes.

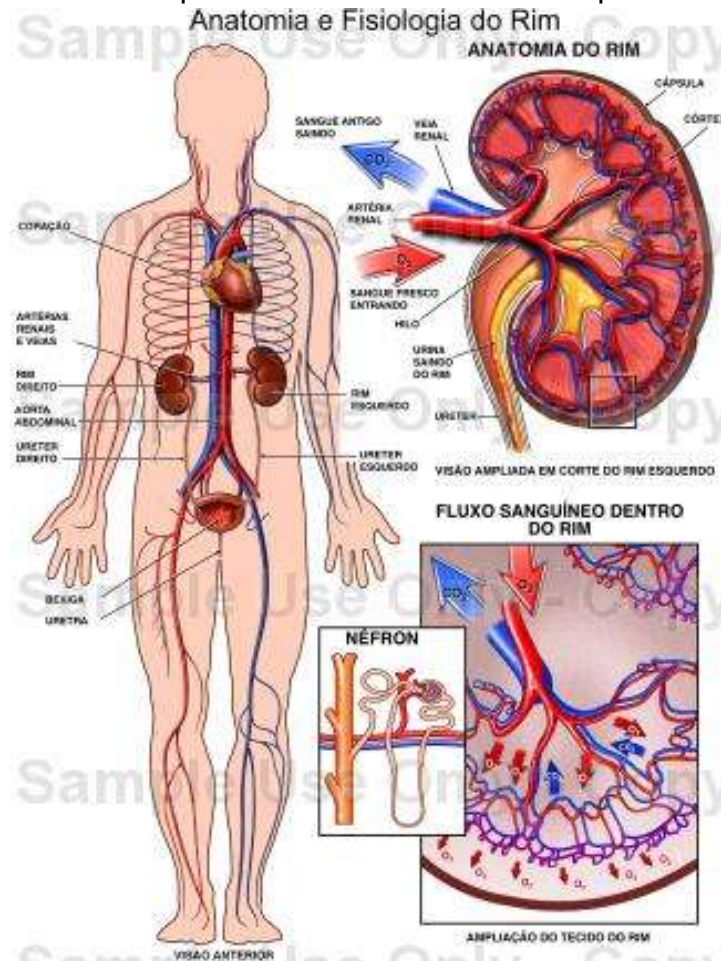
2.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA RENAL

A cada contração do coração, os rins recebem 21% do débito cardíaco. Isso significa que aproximadamente 1,2 L de sangue passa pelos rins por minuto, e a totalidade do volume sanguíneo do organismo é filtrada no rim 340 vezes por dia (MORTON, FONTAINE 2013).

Os rins estão situados no espaço retroperitoneal, um em cada lado da coluna vertebral, entre a vértebra torácica T12 e a vértebra lombar L3. Eles pesam 150 a 160 gramas em um adulto e têm forma de um feijão. Na parte medial côncava contem o hilo, onde se encontra uma artéria, a veia e a pélvis.

Existem duas camadas distintas do rim: o córtex renal e a medula renal. O córtex renal é a porção mais externa do rim e possui duas regiões: a região cortical e a região justamedular. O córtex contem os glomérulos, os túbulos proximais, as alças corticais de Henle, os túbulos distais e os ductos coletores corticais. A camada interna, a medula, além das estruturas corticais, contém as pirâmides renais. As pirâmides contêm as alças medulares de Henle e as porções medulares dos ductos coletores, que se unem para formar um cálice menor. Os cálices menores se

agrupam para formar um cálice maior. Os cálices renais se unem ainda para se transformarem no conduto que direciona o fluxo da urina para dentro do ureter.



Fonte: imagens do Nucleus Medical Media disponível em: <http://www.nucleuscatalog.com/view-item?ItemID=27500>

Os rins têm papel fundamental no bom funcionamento do corpo, por serem responsáveis pela excreção de substâncias, Regulação do equilíbrio eletrolítico, Regulação do equilíbrio ácido-básico, Regulação do volume e da osmolalidade do Líquido Extracorpóreo e Secreção de hormônios.

Para que seja reabsorvido, o líquido do ultrafiltrado deve ser transportado da luz do túbulo através ou entre suas células epiteliais para o interstício renal e depois para os capilares peritubulares. Esse transporte envolve processos ativos primários (com gasto direto de trifosfato de adenosina (ATP)), processos ativos secundários (difusão sem gasto de energia a favor de um gradiente de concentração formado por um transporte ativo primário localizado em outro local da membrana da célula) e transporte passivo (sem gasto de ATP). A definição de doença renal crônica (DRC) proposta pela National Kidney Foundation (NKF) americana, em seu documento

Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI) adotado pelas Sociedades Brasileira (SBN) e Internacional de Nefrologia (ISN), estabeleceu ser portador de DRC todo indivíduo adulto que, por um período ≥ 3 meses, apresentar uma Taxa de Filtração Glomerular (TFG) $< 60\text{mL/min/1,73m}^2$, ou nos casos com TFG $\geq 60\text{mL/min/1,73m}^2$, apresentar anormalidades patológicas ou um marcador de lesão da estrutura renal (albuminúria) (BASTOS ET AL., 2004; KIRSZTAJN & BASTOS, 2007).

2.1.1 Fisiologia da Insuficiência Renal

A Kidney Disease Outcome Quality Initiative (K/DOQI) define a doença renal crônica como lesão renal, com ou sem diminuição da TFG durante 3 meses ou mais, ou uma TFG menor que 60mL/min/1,73m^2 por mais de três meses.

Morton e Fontaine (2013) afirmam que mesmo tendo causas diferentes as vias fisiopatológicas são comuns na evolução da doença. As características morfológicas comuns importantes, que são observadas na doença renal crônica, consistem em fibrose, perda das células renais nativas e infiltração de monócitos e macrófagos.

2.2 TRATAMENTO DIALÍTICO

A função renal pode ser substituída por um processo chamado diálise, que é uma terapia de manutenção da vida empregada na insuficiência renal aguda e crônica (MORTON e FONTAINE, 2013). Várias formas são empregadas para diálise sendo mais comumente utilizadas: Hemodiálise, Terapia de reposição renal contínua (TRRC) e diálise peritoneal.

2.2.1 Hemodiálise

Na hemodiálise, a água e excesso de produtos residuais são removidos do sangue a medida que ele é bombeado pelo aparelho de diálise através de um circuito extracorpóreo para um dispositivo chamado dialisador ou rim artificial. Nele, o sangue flui através de uma membrana semi-permeável. O sangue, que contém produtos residuais como a uréia e a Creatinina, flui para o compartimento de sangue

do dialisador, onde não contem uréia nem creatinina. Um gradiente máximo é estabelecido, de modo que essas substâncias se movem do sangue para o dialisador (MORTON e FONTAINE, 2013).

Em resumo a hemodiálise remove os subprodutos do metabolismo da proteína como a uréia, a Creatinina e o ácido úrico, remove o excesso de água, mantém ou restaura o sistema tampão do organismo e os níveis de eletrólitos no corpo.

2.2.2 Terapia de Reposição Renal Contínua

Na TRRC, o sangue circula fora do corpo através de um filtro altamente poroso similar aquele usado na hemodiálise. O processo se assemelha a hemodiálise porque a água, eletrólitos e moléculas de tamanho pequeno a médio são removidos por ultra filtração. A TRRC é acompanhada por uma reinfusão simultânea de uma solução fisiológica e ela corre continuamente durante um período prolongado. Uma bomba, ligeiramente diferente daquela empregada na hemodiálise, é usada e freqüentemente incorpora um sistema de pesagem, de modo que os líquidos possam ser complexamente balanceados a cada hora (BRUNNER, 2009).

A TRRC está indicada para pacientes com alto risco de instabilidade hemodinâmica que não toleram os rápidos deslocamentos de líquidos que acontecem com a hemodiálise, em pacientes que precisam de grandes quantidades de líquidos intravenosas por hora ou nutrição parenteral além de casos excepcionais.

2.2.3 Diálise Peritoneal

A diálise peritoneal e a hemodiálise têm o mesmo objetivo e operam sob o mesmo princípio de difusão. No entanto, na diálise peritoneal, o peritônio, é a membrana semipermeável, e a osmose é utilizada para remover o líquido, em lugar dos diferenciais de pressão empregados na hemodiálise. Para acesso a cavidade peritoneal é inserida um cateter que tem acesso intermitente e é um método alternativo a hemodiálise (MORTON, 2013).

Na tabela a seguir se compara os três tipos de reposição renal. Não há o melhor tratamento, o tipo de terapia deverá se enquadrar no perfil do paciente tendo em vista suas necessidades metabólicas.

Tabela 1 - Comparação da Hemodiálise, Terapia de Reposição Renal Contínua (TRRC) e Diálise Peritoneal

	HEMODIÁLISE	TRRC	DIÁLISE PERITONEAL
ACESSO	Enxerto ou fístula arteriovenosa; cateter venoso de luz dupla	Enxerto ou fístula arteriovenosa; cateter venoso de luz dupla	Cateter temporário ou permanente
REQUISITOS DE ANTICOAGULAÇÃO	Heparinização sistêmica ou lavagens freqüentes com soro fisiológico	Anticoagulação sistêmica com heparina ou citrato trissódico pode estar indicada, dependendo da coagulação do paciente	Pode precisar apenas de heparina por via intraperitoneal
DURAÇÃO DO TRATAMENTO	3-4h, três a cinco vezes por semana, dependendo da acuidade do paciente	Contínuo durante o dia; pode durar quantos dias forem necessários	Trocas (cicladas) contínuas ou intermitentes; tempo entre as trocas = 1-6h
VANTAGENS	Remoção rápida e eficiente dos resíduos metabólicos e excesso de líquido; Útil para as dores medicamentosas excessivas e intoxicações	Melhor escolha para o paciente que está hemodinamicamente instável, porque menor quantidade de sangue circula fora do corpo do que com a hemodiálise, e as velocidades de fluxo sanguíneo são mais lentas; a quantidade de líquido removida ainda pode ser atingida, mas durante um intervalo muito maior; Bom para pacientes hipercatabólicos que recebem grandes quantidades de líquidos.	Remoção contínua de resíduos e líquidos; melhor estabilidade hemodinâmica; Menores restrições nutricionais
DESVANTAGENS	Pode requerer procedimentos de acesso vascular freqüentes; Coloca tensão sobre um sistema cardiovascular comprometido; Perda de sangue potencial a partir de sangramento ou linhas coaguladas; Requer equipe especialmente treinada para realizar a terapia	Requer procedimentos de acesso vascular; perda de sangue potencial a partir da coagulação e de extravasamentos do equipamento; usa uma peça adicional do equipamento; Requer equipe especialmente treinada para realizar a terapia	Contraindicada depois de cirurgia abdominal ou na presença de muitas cicatrizes; Os produtos residuais podem ser removidos muito lentamente em um paciente catabólico; risco de peritonite

Fonte: MORTON, Patricia Gonce/ FONTAINE, Dorrie K. Cuidados Críticos de Enfermagem - Uma Abordagem Holística. GUANABARA KOOGAN, 2013.

2.3 QUALIDADE DE VIDA

A mudança do perfil de morbimortalidade, tendência universal também nos países em desenvolvimento, indica o aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas. Os avanços nos tratamentos e as possibilidades efetivas de controle dessas enfermidades têm acarretado o aumento da sobrevida e/ou a vida longa das pessoas acometidas por esses agravos (SEIDL, 2004).

O termo Qualidade de Vida (QV) tem recebido variadas definições ao longo dos anos. A defendida por Ciconelli et al. (1999) está ligada a um conjunto harmonioso e equilibrado de realizações em todos os níveis, como saúde, trabalho, lazer, sexo, família e desenvolvimento espiritual. Apesar de não haver uma única definição para QV, algumas merecem destaque, como a da OMS (2005), que abarca a saúde física, psicológica, o nível de dependência, as relações sociais, as crenças e as relações com o ambiente.

2.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA IRC

Intervenção de enfermagem consiste em “qualquer tratamento, baseado no julgamento e conhecimento clínicos, realizado por um enfermeiro para aumentar os resultados do paciente/cliente. As intervenções de enfermagem incluem cuidados diretos e indiretos; aqueles voltados a indivíduos, famílias e comunidade, tratamentos iniciados por enfermeiros, por médicos e por outros provedores” (SILVA, 2009).

Durante a diálise, o paciente, o dialisador e o banho de dialisado precisam de constante monitoração porque há a possibilidade de inúmeras complicações, incluindo coagulação do circuito, embolia gasosa, ultra filtração inadequada, extravasamentos sanguíneos, contaminação e complicações no acesso (BRUNNER, 2009).

A assistência voltada para o paciente em diálise deverá perpassar pela manutenção dos sinais vitais, administração da terapia farmacológica prescrita, toda orientação quanto aos cuidados com o acesso venoso, seja através de fístula ou cateter implantado, cuidados com alimentação e ingestão hídrica, além do apoio emocional aquele paciente.

3 MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão da literatura, do tipo descritiva que é apropriado para se obter uma concordância sobre a temática proposta, a fim de organizar e compactar o conhecimento em uma determinada área por meio da identificação, seleção e avaliação crítica de conteúdo bibliográfico.

Para captação dos artigos, realizou-se uma busca nos meses de Maio e Junho de 2014, nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS). Os descritores indexados no DECS (Descritores em Ciências da Saúde) foram Insuficiência renal; Cuidados de enfermagem; Qualidade de Vida.

Durante a seleção dos artigos inicialmente foi realizada a leitura dos resumos das publicações refinando a amostra. Os critérios para a inclusão das publicações na presente revisão foram: artigos originais completos disponíveis gratuitamente nas bases de dados selecionadas, que abordam os cuidados de enfermagem ao doente renal crônico, disponíveis em português com publicações datadas de 2004 a 2014. Os critérios de exclusão aplicados foram: artigos no formato de editoriais, cartas ao editor, opinião de especialista ou revisões.

Os dados estão apresentados de forma descritiva relacionando os achados literários com a temática em estudo.

Na tabela abaixo se encontra a descrição detalhada os artigos que compuseram essa pesquisa.

Tabela 2 – Descritivo dos artigos (Fonte: originada da pesquisa)

Nº	Ano	Periódico	Tipo De Estudo	Fatores De Adesão
01	2013	Revista RENE	Exploratório descritivo	Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico
02	2012	Revista RENE	Descritivo/ quantitativo	Abordagem quanto aos diagnósticos de enfermagem para pacientes em hemodiálise
03	2011	REBEn	Descritivo/ qualitativo	Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise
04	2011	REBEn	Descritivo/ quantitativo	Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico
05	2011	Revista RENE	Descritivo/ quantitativo	Cuidados de enfermagem a pacientes em hemodiálise
06	2010	Rev Gaúcha Enferm	Descritivo/ quantitativo	Assistência de Enfermagem para pacientes transplantados renais
07	2010	Rev. enferm. UERJ	Descritivo/ qualitativo	Estratégias de enfermagem para

					adesão de clientes renais crônicos ao tratamento Hemodialítico
08	2009	Rev. de cuidado fundamental	Pesq.: é	Revisão integrativa	Artigo voltado para o autocuidado do paciente em hemodiálise
09	2009	Rev Gaúcha Enferm.		Estudo retrospectivo	Descrição das complicações em paciente submetidos a diálise
10	2009	Rev. enferm. UERJ		História oral	Atuação do enfermeiro na prevenção e Progressão da doença renal crônica
11	2008	Rev Gaúcha Enferm.		Descritivo/ quantitativo	Descrição das complicações em paciente submetidos a diálise
12	2008	Rev Gaúcha Enferm		Revisão bibliográfica	Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica
13	2008	Cogitare Enferm		Descritivo/ qualitativo	O cuidado gerontogeriátrico em unidade de tratamento Hemodialítico
14	2005	REBEn		Revisão de literatura	Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise
15	2004	Rev Latino-am Enfermagem		História oral	Idosos com insuficiência renal crônica: alterações do estado de saúde

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados 15 artigos abordando sempre a temática de diálise e doente renal. Observa-se um predomínio de publicações nos anos de 2011 e 2008, sempre em revistas voltadas para área de enfermagem.

A doença crônica normalmente exige um tratamento permanente, por isso é necessário que o indivíduo cultive hábitos e atitudes que promovam a consciência para o autocuidado (MALDANER, 2008).

Nessa revisão a Qualidade de Vida mostrou-se estando ligada à harmonia e ao equilíbrio em diferentes aspectos dos seres humanos, como saúde, trabalho, lazer, sexo, família e desenvolvimento espiritual (SILVA et al., 2012). Esta perspectiva mostra pontos de contato com aquela da Organização Mundial de Saúde, que entende por qualidade de vida a saúde física, psicológica, o baixo nível de dependência, as relações sociais saudáveis, o cultivo das crenças e as relações satisfatórias com o ambiente.

Minayo (2000) salienta que a saúde quando vista de forma mais focalizada, coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade.

Terra (2007) afirma que a dependência da máquina associada ao tratamento com inúmeros medicamentos e a dieta interferem nas atividades diárias e na qualidade de vida do doente renal crônico. Associado a isso, as alterações relacionadas à autoimagem e ao desempenho de funções sociais relativas à dependência de uma máquina, podem desencadear a necessidade de acompanhamento por equipe de profissionais qualificados durante toda a vida dessas pessoas.

No estudo de Castro et al. (2003) sobre qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica, foi observada correlação entre idade e às dimensões de capacidade funcional e aspectos físicos, no qual estes autores concluem que pacientes portadores de doenças crônicas e com idade avançada apresentam um maior comprometimento nas atividades físicas e funcionais.

Santana e Santos (2005) concordam com os autores supracitados ao afirmarem que o enfermeiro que avança para o modelo sócio poético do cuidar/pesquisar/educar pode detectar a existência de outros problemas que afetam a paciente.

A qualidade de vida é uma situação ou condição favorável, considerando o bem-estar físico, mental e social que, quando não estão em equilíbrio, podem culminar no sofrimento do doente renal crônico e de sua rede social (SILVA et al., 2012).

Essas definições de QV são importantes para a prática profissional do enfermeiro no planejamento do cuidado dirigido ao doente renal crônico, no qual é necessário incluir esforços de proteção do meio em que este vive, de educação para suas atividades diárias, de promoção de rede de apoio, entre outras (TAVARES; DIAS, 2012).

Esse público deve ser alvo de ações educativas e atendimento singular, de forma que se estimule o autocuidado. A educação em saúde em grupos focais é uma proposta que favorece a troca de conhecimento, a percepção de que outras pessoas envolvidas no processo de cuidado também possuem desafios, além de permitir ao enfermeiro maior vínculo com o doente renal crônico.

A prática educativa inclui a promoção da saúde e da qualidade de vida por intermédio de palestras, orientações e o esclarecimento de dúvidas referentes ao processo de diálise. O enfermeiro deve atuar em conjunto com o paciente e a sua família, num processo de educação dialógica e horizontal, equivalente às

necessidades identificadas pelos envolvidos. Cabe aos enfermeiros realizar atividades de prevenção que estejam direcionadas à conservação funcional, tendo em vista o prolongamento da vida e o aparecimento a médio, curto e longo prazo (DRENCH, 1994; TAVARES; DIAS, 2012).

A atividade educativa pode ser realizada desde a atenção primária até o nível terciário de saúde. As ações de educação em saúde de forma conjunta e construtiva com a população são imprescindíveis para que ocorram ações efetivas na progressão da doença. O enfermeiro possui importante papel de cuidador e educador, além do compromisso ético e profissional, que o torna um dos grandes responsáveis por sistematizar e incentivar o autocuidado, desenvolver atividades educativas de promoção de saúde, reduzir a incidência da DRC, bem como buscar a melhoria da qualidade de vida (MEIHY, 2007; LOPES, 2009).

5. CONCLUSÃO

Entende-se que a qualidade de vida do paciente portador de doença renal crônica perpassa diversos seguimentos de qualidade: acesso ao tratamento em tempo hábil, diagnóstico precoce, acesso a medicamentos, confiança na equipe que o presta assistência, acesso a serviços de urgência, orientações ao longo do tratamento.

A doença renal crônica (DRC) e o seu tratamento Hemodialítico interfere na vida da pessoa, impedindo ou limitando a realização de suas atividades em seu cotidiano. Independentemente da gênese etiológica da perda da função dos rins e da necessidade de deslocamentos para a filtração do sangue três vezes por semana, a descoberta do evento ou a confirmação do último estágio DRC, pode impactar a vida dos pacientes.

O cuidado de enfermagem deve estar alicerçado em uma relação de sintonia, de troca informações, em princípios éticos e humanísticos, superando as intervenções tradicionais, em uma parceria entre doente, família, equipes de saúde e comunidade.

Os trabalhadores da saúde precisam estar atentos as necessidades dos pacientes e familiares, para que possam, através do dialogo, apoiá-los na resolução das dificuldades encontradas percebendo a magnitude da presença de um ser

humano que almeja ver atendido ou, pelo menos, ser compreendido em suas expectativas e ser respeitado em sua individualidade.

Ações educativas para a promoção da saúde e para assegurar a qualidade de vida necessitam estar dirigidas para socializar o saber já disponível para favorecer a construção de novas maneiras de viver melhor, apesar das limitações impostas pela doença e o tratamento dialítico.

REFERÊNCIAS

BASTOS, M. G.; ET AL; Doença renal crônica: problemas e soluções. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 26(4): 202-215, dezembro, 2004.

BASTOS, Marcus Gomes; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo , v. 33, n. 1, Mar. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002011000100013&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002011000100013>.

BREGMAN R. Doença renal crônica. In: Barros E, Gonçalves LF, Tavares A, organizadoras. *Nefrologia*. Porto Alegre (RS): Artmed; 2007. p. 211-31.

BRUNNER - **Tratado De Enfermagem Médico-cirúrgica** - 2 Vols. - 12^a Ed. 2011
Bare, Brenda G.Suddarth, Doris Smith

CASTRO M, CAIUBY AVS, DRAIBE SA, CEF. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Rev Assoc Med Bras*. 2003; 49(3):245-9.

CICONELLI, R. M. *et al*. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico e avaliação de Qualidade de Vida SF-36 (Brasil SF – 36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, Campinas, v. 39, n. 3, p. 143-159, 1999. Disponível em: <http://www.nutrociencia.com.br/upload_files/artigos_download/qulalidade.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2014.

DRAIB SA. Guia de nefrologia. 2a ed. São Paulo: Manole; 2002. 3. Paulo Netto J, Falcão MC. Cotidiano: conhecimento e crítica. São Paulo: Cortez; 1996.

FROTA, Mirna Albuquerque et al . Qualidade de vida da criança com insuficiência renal crônica. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, set. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000300014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 09 set. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000300014>.

Grupo multisetorial de doença renal crônica. Sociedade Brasileira de Nefrologia [site de internet]. Perfil da doença crônica: o desafio brasileiro. [citado em 15 abr 2007]. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/noticias/DossieFinal.pdf>.

HIGA, Rosângela; DE MORAES LOPES, Maria Helena Baena; DOS REIS, **Maria José. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher**. *REVISTA-ESCOLA DE ENFERMAGEM UNIVERSIDADE DE SAO PAULO*, v. 42, n. 1, p. 187, 2008.

LOPES EM, Anjos SJSB, Pinheiro, AKB. Tendências das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. *Rev enferm UERJ*. 2009; 17:273-7.

MALDANER CR, Beuter M, Brondani CM, Budó MLD, Pauletto MR. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2008 dez;29(4):647-53.

MEIHY JCSB, Holanda F. História oral: como fazer, como pensar. São Paulo: Contexto; 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MORTON, Patricia Goncalves/ FONTAINE, Dorrie K. Cuidados Críticos de Enfermagem - Uma Abordagem Holística. GUANABARA KOOGAN, 2013.

NASCIMENTO, Cristiano Dias; MARQUES, Isaac R.. Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura. *Rev. bras. enferm.*, Brasília , v. 58, n. 6, dez. 2005 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000600017&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 09 set. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000600017>.

REIS CK, Guirardello EB, Campos CJGI. O indivíduo renal crônico e as demandas de atenção. *Rev Bras Enferm* 2008; 61(3): 336-41.

SANTANA, R. F.; SANTOS, I. Como tornar-se idoso: um modelo de cuidar em enfermagem gerontológica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 202-212, abr./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a07v14n2.pdf>>. Acesso em: 29 julho 2014.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de saúde pública**, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SILVA, Maria Sebastiana et al. Risco de doenças crônicas não transmissíveis na população atendida em Programa de Educação Nutricional em Goiânia (GO), Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 5, 2014.

SILVA GLDF, Thomé EGR. Complicações do procedimento hemodialítico em pacientes com insuficiência renal aguda: intervenções de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2009 mar;30(1):33-9.

SILVA AS, et al. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2011 set-out; 64(5): 839-44.

SILVA, Alessandra Silva da et al . Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. *Rev. bras. enferm.*, Brasília , v. 64, n. 5, Oct. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

71672011000500006&lng=en&nrm=iso>. access
on 09 Sept. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000500006>.

SOUZA, G et al. Nursing Diagnosis in care of patients with Renal Insufficiency Acute: Delphi Technique. Online Brazilian Journal of Nursing, Niterói (RJ), v. 8, n.1, p. , Dec 2008. Available from:
<<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2059/443>>. Access: 2014 Sep 09. doi:<http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20092059>.

TAKEMOTO, Angélica Yukari et al . Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. Rev. Gaúcha Enferm. (Online), Porto Alegre , v. 32, n. 2, June 2011 . Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200007&lng=en&nrm=iso>. access
on 09 Sept. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000200007>.

TAVARES, D.; DIAS, F. Capacidade Funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 112-120, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a13v21n1.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2014.

TERRA, Fábio de Sousa. Avaliação da qualidade de vida do paciente renal crônico submetido à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico de uso diário. **Alfenas: Universidade Jose do Rosário Vellano**, 2007.

