**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM**

ANELISE NOGUEIRA DE LIMA

**DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM RELACIONADA
À QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

**CAMPO GRANDE - MS
2014**

ANELISE NOGUEIRA DE LIMA

**DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM RELACIONADA
À QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

Dissertação apresentada como requisito obrigatório
ao curso de Mestrado Acadêmico em
Enfermagem/UFMS.

Linha de Pesquisa: O cuidado de Saúde em
Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria da Graça da Silva

Co-orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Gorette dos Reis

CAMPO GRANDE - MS

2014

ANELISE NOGUEIRA DE LIMA

**DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM RELACIONADA
À QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

Campo Grande, MS, 07 de julho de 2014.

Dissertação submetida à Banca Examinadora:

Profª. Dra. Maria Gorette dos Reis – Membro Presidente
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS

Profª. Dra. Maria Auxiliadora de Souza Gerk – Membro Efetivo
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS

Profª. Dra. Ana Paula de Assis Sales da Silva – Membro Efetivo
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS

Profª. Dra. Margarete Knoch Mendonça – Membro Suplente
IESF de origem / SIGLA

*“Mas, como está escrito: Nem olhos viram,
nem ouvidos ouviram, nem jamais penetrou
em coração humano o que Deus tem
preparado para aqueles que o amam”.*

1 Coríntios 2.9

Dedico esta pesquisa ao Senhor Deus, à minha querida filha Gabriele, aos meus pais e a todos que torceram pela realização de mais esta etapa em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor Deus, por sua eterna fidelidade e por me fazer sempre acreditar em meus sonhos, pois tudo posso Naquele que me fortalece.

À minha querida filha Gabriele, presente de Deus em minha vida, pela compreensão durante a realização desta pesquisa.

Aos meus pais, por acreditarem em mim, por todo amor e carinho dedicados.

Às minhas queridas Professoras Doutoras Maria da Graça da Silva e Maria Gorette dos Reis, orientadoras desta pesquisa, pela atenção, ensinamentos, incentivo, dedicação durante o período da realização desse estudo. Obrigada por acreditarem em meu potencial.

À Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS, por me oferecer esta oportunidade imperiosa de conquista para uma carreira docente.

Em especial, à minha querida Prof^ª Dr^ª Maria Lúcia Ivo, pelos ensinamentos na área de pesquisa, compreensão e principalmente pela amizade, paciência e palavras amigas.

À Direção e aos Enfermeiros das clínicas participantes por permitirem e auxiliarem na realização desta pesquisa.

A todos, minha eterna gratidão.

LIMA, Anelise Nogueira de. **Diagnósticos e intervenções de enfermagem relacionada à qualidade de vida de pessoas em tratamento hemodialítico**. Mestrado Acadêmico em Enfermagem. Linha de Pesquisa: O cuidado de Saúde em Enfermagem. UFMS: 2014.

RESUMO

A Doença Renal Crônica (DRC) vem aumentando progressivamente em âmbito mundial, constituindo-se um grave problema de saúde pública no Brasil, devido à sua prevalência crescente e sua morbimortalidade elevada. A pesquisa estabeleceu como objetivo geral propor intervenções de enfermagem para pessoas com DRC, em tratamento dialítico, com enfoque na qualidade de vida (QV). Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, realizada no setor de hemodiálise de um Hospital Universitário e em três clínicas de hemodiálise de Campo Grande/MS, nos meses de agosto a outubro de 2013. A população do estudo compôs-se de 120 participantes, pessoas submetidas à hemodiálise nos locais de estudo, com idade igual ou acima de 18 anos. A coleta de dados foi realizada mediante a aplicação de um instrumento com questões que abordaram as características sociodemográficas dos componentes da amostra, e para a análise da qualidade de vida foi aplicado o instrumento genérico SF-36 (Medical Outcomes Study 36 - Item Short Form Health Survey) traduzido e validado em português, que avalia a percepção da qualidade de vida que a pessoa tem relacionando à sua própria saúde. Os participantes são, na maioria, homens 68 (56,7%), sendo que 78 (65%) se encontravam em união estável, com renda salarial de um salário mínimo 72 (62,5%), com ensino fundamental 97(80,8%) e 64 (53,3%) encontra-se afastado do trabalho/licença saúde. Quando cruzados os dados sociodemográficos com o SF-36, constatamos que os indivíduos estão piores em qualidade de vida no domínio “Limitação por Aspectos Físicos” (média=43,08) e melhores no domínio “Saúde Mental” (média=67,17). Foram encontrados 19 Diagnósticos de Enfermagem: autocontrole ineficaz da saúde, comportamento de saúde propenso a risco; controle ineficaz do regime terapêutico; disposição para autocontrole de saúde melhorado; estilo de vida sedentário; proteção ineficaz; eliminação urinária prejudicada; insônia; fadiga; intolerância à atividade; baixa autoestima situacional; distúrbio na imagem corporal; interação social prejudicada; integridade da pele prejudicada; conforto prejudicado; dor aguda; risco de desequilíbrio de volume de líquidos; risco de infecção; sentimento de impotência. A pesquisa destacou a necessidade de um envolvimento maior dos profissionais de saúde com as pessoas acometidas pela DRC, enfatizando que é preciso o envolvimento do enfermeiro, juntamente com a equipe de enfermagem, a fim de promover a educação em grupo durante as sessões de hemodiálise, incentivando maneiras novas de viver dentro de seus limites e mantendo a esperança e a alegria.

Palavras-chave: Diálise Renal. Qualidade de Vida. Cuidados de Enfermagem.

LIMA, Anelise Nogueira de. **Related nursing diagnoses and interventions the quality of life people in who are undergoing hemodialysis treatment.** Masters in Nursing. Research Interests: Health care in nursing. Campo Grande/MS: UFMS, 2014.

ABSTRACT

Chronic Kidney Disease (CKD) is increasing progressively worldwide, constituting a serious public health problem in Brazil, due to its growing prevalence and high morbidity-mortality. The research established as general-purpose nursing interventions for people with CKD on dialysis treatment, on dialysis treatment, with a focus on quality of life (QL). This is an exploratory, descriptive, cross-sectional study by quantitative approach, performed at the dialysis unit of the University Hospital and in three dialysis clinics in Campo Grande/MS, from August to October 2013. The study population consisted of 120 patients undergoing hemodialysis in the sites of study, aged equal or above 18 years. Data collection was performed by applying an instrument with questions that addressed the sociodemographic characteristics of the sample components, and for the analysis of quality of life was administered generic instrument SF-36 (Medical Outcomes Study 36 - Item Short Form. Health Survey) translated and validated in Portuguese, which evaluates the perception of quality of life that the person has relating to their own health. The participants are mostly men 68 (56.7%), and 78 (65%) were in abale union with wage income of a minimum wage 72 (62.5%), with 97 elementary schools (80 8%) and 64 (53.3%) is away at work/sick leave. When crossed sociodemographic data with the SF-36, we see that individuals are in worse quality of life in the field "Limitation on Physical Aspects" (mean = 43.08) and better on "Mental Health" (mean = 67.17). Found 19 Nursing Diagnoses: ineffective self health, health behavior prone to risk; ineffective management of therapeutic regimen; willingness to self improved health; sedentary lifestyle; ineffective protection; impaired urinary elimination; insomnia; fatigue; activity intolerance; situational low self-esteem; disturbance in body image; Impaired social interaction; Impaired skin integrity; impaired comfort; acute pain; risk of imbalance fluid volume; risk of infection; powerlessness. The research highlighted the need for greater involvement of health professional to people affected by CKD, emphasizing that it takes the involvement of nurses, along with the nursing staff in order to promote education in-group during hemodialysis sessions, encouraging new ways of living within its boundaries and keeping the hope and joy.

Keywords: Dialysis. Quality of Life. Nursing Care.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. Diagnósticos de enfermagem para pessoas com DRC em tratamento dialítico em Campo Grande-MS/2013. (n=120).....	49
QUADRO 2. Diagnósticos de Enfermagem e respectivas características definidoras e fatores relacionados com a qualidade de vida dos respondentes de acordo com os Domínios 1 e 3.....	48
QUADRO 3. Diagnósticos de Enfermagem e respectivas características definidoras e fatores relacionados com a qualidade de vida dos respondentes de acordo com o Domínio 4. Campo Grande-MS, 2013.....	52
QUADRO 4. Diagnósticos de Enfermagem e respectivas características definidoras e fatores de risco relacionados com a qualidade de vida dos respondentes de acordo com os Domínios 6 e 7.....	53
QUADRO 5. Diagnósticos de Enfermagem e respectivas características definidoras e fatores de risco relacionados com a qualidade de vida dos respondentes de acordo com os Domínios 9,11 e 12.....	55
QUADRO 6. Diagnósticos de Risco de Enfermagem e respectivos fatores de risco relacionados com a qualidade de vida dos respondentes de acordo com Domínios 2, 6, 9 e 11.....	56
QUADRO 7. Diagnósticos de Enfermagem, Resultados e Intervenções de Enfermagem, baseados na classificação NIC (2013-2014).....	59

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Caracterização sociodemográfica dos pacientes renais crônicos em hemodiálise, segundo o sexo, idade, união estável, procedência, escolaridade, ocupação e renda salarial Campo Grande - MS, 2013. (n=120).....	28
TABELA 2 Caracterização dos pacientes renais crônicos em hemodiálise segundo o tempo de tratamento, atividades afetadas no decorrer da cronicidade da doença e fila de transplantes. Campo Grande - MS, 2013. (n=120)	35
TABELA 3 Média e Desvio padrão segundo os domínios do SF – 36 [®] dos pacientes renais crônicos entrevistados. Campo Grande/MS, 2013 (n=120)	39
TABELA 4 Valores de “p” dos domínios do SF – 36 [®] relacionados as variáveis sociodemográficas, tempo de tratamento e mudanças corridas em virtude da cronicidade da doença em dos indivíduos renais crônicos entrevistados – Campo Grande/MS, 2013. (n=120)	42
TABELA 5 Tempo de tratamento em relação aos domínios do SF – 36 [®] dos renais crônicos – Campo Grande/MS, 2013. (n=120).....	43
TABELA 6 Insônia em relação aos domínios do SF – 36 [®] dos renais crônicos entrevistados – Campo Grande/MS, 2013. (n=120).....	44
TABELA 7 Renda Mensal em relação aos domínios do SF - 36 [®] dos renais crônicos-Campo Grande/MS, 2013. (n=120).....	45
TABELA 8 Desconforto urinário em relação aos domínios do SF – 36 [®] dos indivíduos renais crônicos entrevistados – Campo Grande/MS, 2013. (n=120).....	46

LISTA DE ABREVIATURAS

AE - Aspecto Emocional
AF - Aspecto Físico
ANOVA - Análise de Variância
AS - Aspectos Sociais
CDL - Cateter Duplo Lúmen
CF - Capacidade Funcional
CM - Componente Mental
D – Dor
DF - Dor Física
DE - Diagnósticos de Enfermagem
DM - Diabetes Mellitus
DRC – Doença Renal Crônica
DRT - Doença Renal Terminal
DRET - Doença Renal em Estágio Terminal
EGS - Estado Geral de Saúde
HA - Hipertensão Arterial
HD - Hemodiálise
IBGE - Instituto Brasileiro de Estatística
IE-Intervenções de Enfermagem
IRA - Insuficiência Renal Aguda
IRC – Insuficiência Renal Crônica
LS - Limitações Sociais
MCS - *Mental Component Summary*
NANDA - *North American Nursing Diagnosis Association*
MMSS-Membros Superiores
MMII-Membros Inferiores
NIC - *Nursing Interventions Classification*
NKF - *National Kidney Foundation*
NOC - *Nursing Outcomes Classification*
OMS - Organização Mundial da Saúde
PCS - *Physical Component Summary*
PE – Processo de Enfermagem
QV – Qualidade de Vida
QVRS-Qualidade de Vida Relacionado à Saúde
RFG - Ritmo De Filtração Glomerular
RC-Renais Crônicos
SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem
SBN - Sociedade Brasileira de Nefrologia
SG - Estado Geral da Saúde
SM – Saúde mental
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRS - Terapias Renais Substitutivas
UFMS - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
VT – Vitalidade
PA - Pressão Arterial
FAV-Fístula arteriovenosa

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	03
2.1 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA.....	03
2.2 QUALIDADE DE VIDA.....	06
2.2.1 Breve histórico, conceitos e instrumentos de avaliação.....	06
2.2.2 Qualidade de Vida em doentes renais crônicos.....	09
2.3 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE).....	11
2.3.1 Processo de Enfermagem.....	13
2.3.2 Histórico de Enfermagem.....	14
2.3.3 Diagnóstico de Enfermagem.....	15
2.3.4 Classificação de diagnóstico e de intervenções de enfermagem.....	15
2.3.5 Planejamento da Assistência.....	18
2.3.6 Implementação da Assistência.....	19
2.3.7 Avaliação da assistência de enfermagem.....	20
2.4 ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	14
2.4.1 Histórico de Enfermagem.....	14
2.4.2 Diagnóstico de enfermagem.....	15
2.4.3 Classificação de diagnóstico e de intervenções de enfermagem.....	15
2.4.4 Planejamento da assistência.....	18
2.4.5 Implementação da assistência.....	19
2.4.6 Avaliação da assistência de enfermagem.....	20
3 OBJETIVOS.....	22
3.1 GERAL.....	22
3.2 ESPECÍFICOS.....	22
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	23
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	23
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	23
4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	24
4.4 PARTICIPANTES.....	24
4.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA.....	25
4.6 PERÍODO DE INVESTIGAÇÃO.....	25

4.7 PROCEDIMENTOS DE COLETA.....	25
4.8 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	26
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	28
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO	28
5.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	28
5.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	35
5.4 DISTRIBUIÇÃO EM RELAÇÃO À QV	40
6 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM.....	47
6.1 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	48
7 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.....	59
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
9 REFERÊNCIAS.....	72
10 ANEXOS	82

1 INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, a Doença Renal Crônica (DRC) vem aumentando progressivamente em âmbito mundial, constituindo-se em um grave problema de saúde pública no Brasil, devido à sua prevalência crescente e sua morbimortalidade elevada (SESSO et al., 2011).

De acordo com os autores já referenciados, a DRC é caracterizada pela diminuição progressiva da função renal, incapacitando a manutenção da homeostasia interna do organismo. Pode iniciar com um quadro agudo ou de maneira lenta e progressiva, a qual pode acometer pessoas de todas as idades.

No Brasil, conforme o censo de 2012, da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), 97.586 pessoas se encontram-se em tratamento dialítico, sendo 42,7% do sexo feminino e 57,3% do sexo masculino. Em relação à faixa etária, 66,9% constituem a faixa dos 19 aos 64 anos. Tais dados revelam a gravidade da situação em vista de dados estatísticos anteriores, pois a doença está atingindo cada vez mais a idade produtiva e reprodutiva da população.

O censo referido também mostra que a nefropatia hipertensiva continua sendo a principal doença renal de base nos pacientes em programa de diálise de manutenção no país, embora se observe a importância crescente de Diabetes Mellitus (DM) em casos iniciando tratamento.

Observa-se um aumento considerável tanto das DRC, que se apresentam nos estágios iniciais que com o tratamento adequado tendem a estabilizarem-se, como também as que evoluem para estágios mais avançados, chegando à lesão renal e insuficiência renal terminal ou dialítica, que constitui o foco deste trabalho de pesquisa.

O diagnóstico da DRC tem um impacto profundo nos indivíduos e em seus familiares, com possibilidades de afetar o convívio social da pessoa e provocar prejuízos físicos e emocionais. O tempo prolongado de tratamento assim como a necessidade das restrições dietéticas implica um novo estilo de vida que repercute na forma de viver (BARRETO; MARCON, 2012).

Com o avanço terapêutico e tecnológico, a sobrevida de pessoas, particularmente com doenças crônicas, tem aumentado. As modalidades terapêuticas de substituição renal têm

como objetivo não apenas prolongar a sobrevida, mas também melhorar a Qualidade de Vida (QV) desses indivíduos (KUSUMOTO et al., 2008; BRAGA et al; 2011).

Porém, de acordo com os autores já mencionados, o nível de Qualidade de Vida, relacionado à Saúde (QVRS) dos portadores de DRC, tem se apresentado inferior ao da população geral.

Partindo dessa realidade, o enfermeiro, inserido na visão holística do cuidar, tem o papel fundamental de identificar as necessidades dessas pessoas por meio do Processo de Enfermagem. Ferramenta essencial para orientar o tratamento hemodialítico individual, de maneira eficaz, proporcionando melhora do bem-estar, contribuindo, assim, na melhoria da QV dos pacientes renais crônicos (RC).

Tais evidências comprovam que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é essencial para auxiliar na promoção da qualidade de vida dos RC. Dessa maneira, a metodologia da SAE deve conduzir aos diagnósticos de enfermagem, auxiliar no estabelecimento das prioridades, fundamentar as intervenções de enfermagem e fornecer parâmetros para avaliação, propiciando uma melhor QV (SILVA, MOREIRA, 2011).

A escolha do tema deve-se à minha experiência como supervisora dos alunos de graduação em atividades práticas na área de nefrologia no decorrer do curso de enfermagem. A vivência do cotidiano referido possibilitou-me observar que a evolução da cronicidade da doença gera impacto negativo na vida dos indivíduos acometidos pela DRC, provocando certos desgastes decorrentes das limitações impostas pela doença.

Espera-se que esta investigação contribua para pontuar a QV do ser humano com DRC em tratamento hemodialítico, no intuito de despertar nos enfermeiros o interesse em pesquisar como a doença interfere nas atividades cotidianas do indivíduo para que, assim, possam ser elencados os principais diagnósticos de enfermagem e, conseqüentemente, planejada a assistência sistematizada e individualizada, com vistas à melhoria da QV.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

Os rins são órgãos fundamentais para a manutenção da homeostase do corpo humano. Com a diminuição progressiva da função renal, ocorre o comprometimento de todos os outros órgãos (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

Dentre as funções exercidas pelos rins, temos: a regulação do balanço de água e eletrólitos; excreção de escórias metabólicas (ureia, creatinina, ácido úrico), de produtos finais de degradação da hemoglobina (como a bilirrubina) e de metabólitos de diversos hormônios; regulação da pressão arterial, por meio da excreção de sódio e água e da secreção de substâncias vasoativas (por exemplo, a renina); regulação do equilíbrio acidobásico; regulação da produção de eritrócitos por meio da secreção de eritropoetina; e regulação da produção da forma ativa de vitamina D (LOPES et al;2009).

Quando os rins deixam de exercer essas funções, desencadeia a insuficiência renal, a qual de acordo com o seu quadro clínico, pode ser dividida em aguda (IRA) e crônica (DRC). A IRA é caracterizada como sendo a perda súbita da capacidade do rim em manter sua função endócrina e exógena bem como a filtração glomerular e eliminação dos compostos descartados por essa filtração, produção e concentração urinária, manutenção da homeostase e equilíbrio ácido-básico (FERRAZ; DEUS, 2009).

Tal perda acarreta uma série de problemas de saúde como hipertensão, anemia, retenção de água, ureia, creatinina, potássio e ácidos, entre outros (MORSCH; VERONESE, 2011). Dependendo do tipo de tratamento, da extensão da lesão, e da rapidez da identificação do processo patológico, a IRA pode ser reversível ou pode evoluir para a DRC (SANTANA et al, 2013).

A DRC consiste da perda progressiva e irreversível das funções renais que pode iniciar com um quadro agudo ou de maneira lenta e progressiva. Ocorre redução da eliminação de produtos residuais metabólicos pelo organismo, acarretando um aumento de catabólitos no sangue (BEZERRA; SANTOS, 2008). Dentre os sintomas mais comuns temos: anemia, hipertensão, edema, fraqueza, tremores, cefaleia, sonolência, inapetência e até confusão

mental (MADEIRO et al., 2010).

Bastos, Bregman Kirsztajn (2010) reforçaram que a DRC foi considerada problema de saúde pública em todo o mundo. No Brasil, a incidência e a prevalência de falência de função renal tem aumentado; o prognóstico ainda é ruim e os custos do tratamento da doença são altíssimos.

No ano de 2012, conforme a SBN, havia 97.586 pessoas em tratamento dialítico no Brasil quando comparados ao ano de 2011, com 50.128 pessoas.

Historicamente, o termo insuficiência renal crônica tem sido usado para descrever pacientes com ritmo de filtração glomerular (RFG) menor que $75 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ de área corporal. Mais recentemente, a *National Kidney Foundation* (NKF) introduziu o termo doença renal crônica (DRC), bem como a classificação do quadro, a fim de propiciar a detecção precoce, retardar a progressão e prevenir complicações relacionadas (OLIVEIRA et al., 2008c).

A Sociedade Brasileira de Nefrologia referendou a definição de DRC proposta pela *National Kidney Foundation American* (NKF), a qual se baseia nos seguintes critérios: lesão presente por um período igual ou superior a três meses, definida por anormalidades estruturais ou funcionais do rim, com ou sem diminuição do RFG, evidenciada por anormalidades histopatológicas ou de marcadores de lesão renal, incluindo alterações sanguíneas ou urinárias, ou ainda de exames de imagem (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

De acordo com os autores acima referenciados, a nova definição da DRC em uso desde 2002 propiciou um estagiamento da doença que independe da sua causa. A partir dessa nova abordagem, evidenciou-se que a DRC é muito mais frequente do que até então se considerava e sua evolução clínica está associada a taxas altas de morbimortalidade (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

Os grupos de riscos englobam pessoas que apresentam suscetibilidade aumentada para DRC, são eles: hipertensos, diabéticos, idosos e pacientes em uso de medicações nefrotóxicas (SESSO, 2008).

A DRC não contempla uma expectativa de cura, mas a manutenção do estado de cronicidade submetendo o paciente a modalidades terapêuticas de substituição renal. Após o diagnóstico da doença, são disponibilizadas as modalidades de Terapias Renais Substitutivas (TRS): hemodiálise, diálise peritoneal e transplante (PERES; FONSECA, 2011).

Em termos quantitativos, no Brasil, a hemodiálise (HD) se destaca como modalidade de tratamento, pois cerca de 90% dos pacientes em terapia substitutiva da função renal realizam essa opção. A HD geralmente é realizada em sessões de três vezes semanal, com duração média de 4 horas (SESSO et al., 2011).

A HD substitui a função renal pelo processo de filtração e remoção de tóxicos, água e sais minerais do organismo, os quais são impedidos de serem eliminados (BISCA; MARQUES; 2010).

É realizada por meio de uma máquina de circulação sanguínea extracorpórea, que depende de um dialisador ou filtros capilares para filtrar o sangue, construídos com membranas semipermeáveis que permitem que a solução de diálise retire, por meio de difusão passiva, e em menor quantidade, por convecção, os solutos do sangue e, por ultrafiltração, as moléculas de água (LOPES; 2009; BISCA, MARQUES; 2010).

Para tal, torna-se necessário a colocação de um acesso vascular no paciente (cateter central, fistula arteriovenosa (FAV ou prótese), para que o sangue seja impulsionado por meio de uma bomba até o dialisador, onde ocorrem as trocas entre o sangue e o dialisado. Após a filtração, o sangue livre de impurezas retorna ao paciente (DALLÉ, 2009; THOMÉ, LAUTERT, 2009).

Segundo Backes et al. (2008), as complicações mais comuns que acontecem durante a sessão de hemodiálise consistem em hipotensão (20%-30%), cãibras (5% a 20%), náuseas e vômitos (5% a 15%), cefaleia (5%), dor torácica (2% a 5%), dor lombar (2% a 5%), prurido (5%), febre e calafrios (1%).

O tratamento hemodialítico é visto como uma grande fonte de estresse e pode gerar problemas como: isolamento social, perda do emprego e, conseqüentemente, dependência previdenciária, parcial ou total impossibilidade de locomoção, diminuição da atividade física, necessidade de adaptação à perda da autonomia e, ainda, um sentimento ambíguo entre medo de viver e de morrer, tornando o paciente frágil e debilitado emocionalmente (RIBEIRO et al., 2009).

Queiroz et al. (2008) relata que o paciente RC se defronta com várias alterações no seu cotidiano, ocasionadas pela restrição hídrica e alimentar, pelo esquema medicamentoso contínuo e pela dependência da hemodiálise para a manutenção de sua vida.

Ressalta-se que no cuidado ao paciente com DRC são essenciais o conhecimento, a observação e as ações de enfermagem que visem à diminuição de efeitos adversos, evitando complicações e proporcionando mais segurança ao paciente. Compete ao enfermeiro reconhecer os fenômenos relacionados a essa doença, estabelecer os DE, as intervenções e avaliar os resultados esperados (SILVA et al., 2011a).

Sendo assim, a assistência de enfermagem é essencial durante o tratamento, pois é responsável desde a avaliar o paciente, ao acesso venoso, dar assistência enquanto o paciente dialisa até ajudá-lo a compreender as modificações do seu estado de vida.

2.2 QUALIDADE DE VIDA

2.2.1 Breve histórico, conceitos e instrumentos de avaliação

A Qualidade de vida (QV), por ser uma área de pesquisa recente, encontra-se em processo de afirmação, suas definições podem tanto ser amplas, tentando abarcar os inúmeros fatores que exercem influência, como restritas, delimitando alguma área específica. Dessa maneira, definições sobre o termo são comuns, mas nem sempre concordantes.

O termo QV refere-se à avaliação subjetiva da percepção que cada um tem de si mesmo, do outro e do mundo que o circunda, abrangendo muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores, quer de forma individual como coletiva (FLECK *et al.*, 2008, p. 73).

Por se tratar de uma questão multidimensional, não existe uma definição consensual para QV. Todavia, há uma concordância em suas respectivas definições, com a inclusão de aspectos físicos como a capacidade funcional, as interações sociais, o comportamento afetivo e emocional, e a saúde mental, incorporando, dessa maneira, os diversos aspectos da vida humana (HIGA *et al.*, 2008).

Para Minayo *et al.* (2000 *apud* ALMEIDA *et al.*, 2012), QV é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade

de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Historicamente, no ano 384 a. C., por intermédio de Aristóteles, uma das primeiras tentativas em conceituar QV, foi quando ele relacionou felicidade a bem-estar, porém, o termo QV não havia ainda sido usado.

Entretanto, a terminologia QV ficou popularmente conhecida, primeiramente nos Estados Unidos após a Segunda Guerra Mundial, com a finalidade de medir o desenvolvimento econômico mediante aos bens adquiridos pela sociedade.

No Brasil, o conceito de QV começou a ser aplicado aos serviços de saúde desde 1970, sendo utilizada por profissionais de saúde, por ocasião da implantação dos serviços de saúde comunitários mediante ao advento da Constituição de 1988, e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (LANDEIRO *et al.*, 2011).

Nessa época, o termo QV estava relacionado apenas às atividades de atendimento ambulatorial, com a preocupação dos custos hospitalares, estrutura física, equipamentos e contratação de profissionais. Posteriormente, o foco da QV foi dirigido aos pacientes, principal cliente do sistema de saúde.

De acordo com Goulart e Chiari (2010), a utilização da QV com ênfase no paciente é uma prática recente na área da saúde, estando diretamente associada ao processo de humanização do atendimento quando o foco da qualidade passou a ser o cliente e os cuidados com ele. Segundo os autores citados, a partir de 2004, por ocasião da implantação da Política Nacional de Humanização, passou-se a dar mais ênfase aos diagnósticos corretos, tratamento adequado e humanizado, bem como à satisfação do cliente com o atendimento oferecido.

Quanto às doenças crônicas, elas têm recebido cada vez mais atenção por parte dos profissionais de saúde e incentivado vários pesquisadores a desenvolverem estudos que objetivam analisar o impacto dessas enfermidades na qualidade de vida da população.

Para tal, os pesquisadores têm-se baseado na definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), definida como a percepção individual de um “completo bem-

estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade”, a qual constitui um ponto de partida para uma visão holística da saúde (FLECK *et al.* 2008, p. 21).

Partindo desse pressuposto, os grupos provenientes da OMS – o WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life Measures*), definiu a QV, como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK *et al.* 2008, p. 31).

A partir dessa definição, consideram-se seis domínios que objetivam demonstrar as diferentes dimensões do ser humano na determinação dos níveis de QV de cada indivíduo. Domínios tais, categorizados em saúde física, saúde psicológica, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e padrão espiritual (LANDEIRO *et al.*, 2011). O binômio saúde-doença sempre foi alvo da investigação científica, na qual a avaliação da QV e sua mensuração, inicialmente, tinham por objetivo complementar as análises de sobrevida.

Decorrente do progresso da medicina, na década de 1970, houve crescimento na expectativa de vida, a partir do controle de algumas doenças consideradas letais que passaram a ser curáveis. Tal fato instigou estudos direcionados a propor maneiras de mensurar a forma como as pessoas estavam conseguindo viver esses anos a mais (PANZINI *et al.*, 2007).

Vale ressaltar, que as preocupações humanas globais podem afetar o estado de saúde de forma adversa. Dessa maneira, uma abordagem para esse problema é a utilização do termo qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), sendo definida como funcionamento físico, emocional e social (FLECK *et al.*, 2008).

Importante destacar que, na área da saúde, usa-se qualidade de vida como um conceito geral, utilizando-o quando se faz referência de uma forma mais ampla sem centralizar-se em aspectos como as disfunções e agravos ocasionados pela doença.

No entanto, QV refere-se a uma visão subjetiva do paciente sobre o seu estado de saúde, e pode contrastar com avaliações fisiológicas, que incluem interpretações clínicas relativas ao bem-estar e a capacidade funcional, avaliando, dessa forma, o impacto da doença na vida cotidiana do indivíduo (MONTEIRO *et al.*, 2010).

Estudos prévios mostraram que DRC e o tratamento hemodialítico provocam uma série de alterações que comprometem não só o aspecto físico como o psicológico, com repercussões pessoais, familiares e sociais, alterando, assim, a QVRS (BRITO, 2008).

Para mensurar a QVRS, vários instrumentos têm sido propostos, sendo que os questionários mais utilizados são os dos tipos genérico e específico. Os questionários genéricos objetivam avaliar, de forma geral e global, aspectos relacionados com a QV. Como exemplo, destaca-se o SF - 36[®] (*Medical Outcomes Study 36 -Item short- Form Health Survey*). Enquanto que os questionários específicos objetivam avaliar alguns aspectos particulares da QV.

Hoje, os instrumentos genéricos e específicos ultrapassam o total de 300 questionários que são utilizados em estudos multinacionais, traduzidos, portanto, em diferentes línguas, buscando sempre manter-se fiel à versão original (INOUYE, 2009).

Vários estudos mostram que a QV dos indivíduos com DRC em tratamento hemodialítico é comprometida (SANTOS; ROCHA; BERARDINELLI, 2011; SILVA; COELHO; DINIZ, 2012).

A grande maioria desses estudos usa como instrumento de medida o questionário genérico SF-36[®] traduzido e validado para a língua portuguesa por Cicconelli *et al.* (2009), que seria provavelmente o questionário mais completo disponível atualmente para avaliar qualidade de vida de pacientes com DRC, pois inclui aspectos genéricos e específicos relativos à doença renal (SILVEIRA *et al.*, 2010). Utilizando o SF-36[®], diversos trabalhos têm demonstrado que a insuficiência renal crônica e seus tratamentos geram efeito negativo na qualidade de vida dos pacientes.

Inserido num caráter multidimensional, esse instrumento é formado por 36 itens, subdivididos em oito dimensões: dor, capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental, vitalidade e estado geral de saúde. Apresenta um escore final de zero a 100, no qual zero corresponde ao pior nível de qualidade de vida e 100 ao melhor (CICCONELLI *et al.*, 2009).

2.2.2 Qualidade de Vida em doentes renais crônicos

A DRC traz ao indivíduo inúmeras limitações, bem como numerosos prejuízos para a sua saúde física, em relação à interação social e atividades funcionais, que tendem a interferir de uma forma geral no bem-estar e, conseqüentemente, em sua QV (SANTOS; ROCHA; BERARDINELLI, 2011).

De acordo com Santos et al. (2012), a maioria dos indivíduos com DRC encara o tratamento como uma modalidade dolorosa, sofrida, angustiante com limitações físicas, sociais e nutricionais, dificultando, muitas vezes, a interação paciente-sociedade-família.

Tendo em vista a regularidade com que alguns pacientes realizam a HD, o cotidiano deles tende a se tornar monótono, limitando suas atividades diárias, sua capacidade funcional e, conseqüentemente, contribuindo com o sedentarismo, fatores que refletem na QV (SILVA; COELHO; DINIZ, 2012).

A empregabilidade é outro fator importante que influencia na QV do paciente RC. Isso porque, normalmente, o número de pessoas em idade produtiva que continua trabalhando, depois de acometido pela doença, é baixo. Aspectos compreensíveis, tendo em vista que o tratamento em hemodiálise limita a vida do indivíduo, principalmente em decorrência do tempo em que ele é obrigado a “ficar preso” à máquina (SILVA *et al.*, 2011b).

Muitos pacientes RC que não conseguem um rim para a realização de transplante, ficam por longos anos na fila de espera. À medida que a doença renal progride, ele tende a apresentar mais sintomas que intervêm nas suas atividades diárias, os quais interferem de forma expressiva em sua QV (MACHADO *et al.*, 2012).

Na comparação entre os fatores psicossociais com a QV de indivíduos submetidos a HD, Santos, Rocha e Berardinelli (2011) concluíram que a ansiedade e a depressão influenciam significativamente na QV deles.

Apenas recentemente as atenções começaram a se direcionar para uma terapêutica visando a QV do indivíduo RC como um fator relevante frente à terapêutica renal. O que é perfeitamente compreensível, posto ser recente na área da saúde a utilização de ferramentas com o objetivo de verificar o índice de satisfação do indivíduo com o seu tratamento e saúde (SILVA *et al.*, 2011b).

Do ponto de vista de Ferreira e Silva Filho (2011), as pesquisas relacionadas à QV contribuem para que os profissionais de saúde compreendam a necessidade de analisar a QV das pessoas com nefropatia crônica em tratamento hemodialítico e, assim, promover alterações de acordo com a realidade de cada paciente a fim de minimizar que as suas atividades diárias sejam comprometidas.

A verificação da QV do paciente acometido por DRC em tratamento hemodialítico é importante porque auxilia na elaboração do planejamento da assistência de enfermagem,

contribuindo para que o profissional de saúde, juntamente com o paciente, encontre melhor adaptação a essa nova condição de vida que a doença impôs (FRAZÃO, RAMOS, LIRA, 2011).

2.3 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)

Sistematização pressupõe a organização em um sistema, que por sua vez implica em um conjunto de elementos, dinamicamente inter-relacionados. Estes elementos podem ser compreendidos, no caso da sistematização da assistência, por um conjunto de ações, uma sequência de passos, para alcance de um determinado fim (CARVALHO, BACHION, 2009).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é conceituada como um método de prestação de cuidados para a obtenção de resultados satisfatórios na implementação da assistência, com o objetivo de reduzir as complicações durante o tratamento, de forma a facilitar a adaptação e recuperação do paciente (SILVA et.al;2008)

A SAE, enquanto processo organizacional, é capaz de oferecer subsídios para o desenvolvimento de métodos/ metodologias interdisciplinares e humanizadas de cuidado (SILVA et al., 2011b). Permite a melhoria da qualidade da assistência, promove a autonomia e unifica a linguagem dos profissionais de enfermagem.

Proporciona maior autonomia para o enfermeiro, oferece informações para o desenvolvimento do conhecimento técnico-científico, os quais caracterizam a enfermagem enquanto disciplina e ciência, cujos conhecimentos são próprios e específicos (BARBOSA et al., 2012).

Britto e Oliveira (2009) ressaltaram que, mediante a aplicação da SAE, o enfermeiro poderá colocar em prática os conhecimentos científicos, técnicos e humanos na assistência ao paciente e individualizar sua prática profissional.

Para sistematizar a assistência de enfermagem é necessário haver um marco conceitual que fundamente a organização que o serviço almeja alcançar. E entre as linhas de pensamentos que podem ser utilizadas na enfermagem propõe-se o uso das teorias de enfermagem (TANNURE; GONÇALVES, 2008, p. 13). A teoria funciona como um alicerce estrutural para a implantação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE).

Alguns autores como Barros e Lopes (2010) atribuem o início da Sistematização da Assistência da Enfermagem (SAE) ao trabalho de Nightingale, associando-o à história da enfermagem moderna.

As mesmas autoras contemplam que Florence Nightingale é considerada a precursora da SAE, pois tal prática vem sendo aplicada desde que a referida autora participou, como voluntária, na Guerra da Crimeia, juntamente com outras 38 mulheres, no ano de 1854, quando conseguiram diminuir consideravelmente o índice de mortalidade por meio de grande organização disciplinar.

Para chegar às suas concepções teórico-fisiológicas que, posteriormente, transformaram-se em um trabalho sistematizado de enfermagem, Florence Nightingale se baseou nas observações sistematizadas e registros estatísticos feitos durante os atendimentos aos doentes (MACEDO et al., 2008).

De sua vasta experiência prática, principalmente às vítimas da guerra, Florence Nightingale construiu quatro conceitos fundamentais para a enfermagem: ser humano, meio ambiente, saúde e enfermagem. Conceitos que foram extremamente significativos na época e que até hoje se adaptam às bases humanísticas da enfermagem e pela visão holística que adquirida ao longo dos tempos (LOPES; SANTOS, 2010).

Com os trabalhos desenvolvidos por Florence Nightingale, a enfermagem passou a adotar uma prática fundamentada em conhecimentos científicos, abdicando paulatinamente do caráter assistencialista que a profissão ocupava até então. Teorias de enfermagem foram elaboradas com a finalidade de estabelecer e sistematizar todos os assuntos relacionados à profissão, formando, assim, conceitos que passaram a nortear a prática do enfermeiro (BAVARESCO; LUCENA, 2012).

Em 1950, começou a discussão em torno da assistência holística da enfermagem. Dessa forma, a atenção que até então se centralizava basicamente nos aspectos biológicos, ou seja, a preocupação que era apenas com a cura da doença cedeu lugar a um enfoque mais humanista em que o paciente passa a ser percebido como um todo, e compete à enfermagem oferecer um atendimento mais humanizado, centralizado não apenas na cura da doença, mas, sim, na promoção da saúde do paciente como um todo, englobando os aspectos físicos, emocionais e sociais (SERRANO; COSTA; COSTA, 2011).

Ainda no ano de 1950, outros teóricos se juntaram a Florence Nightingale, sugerindo que os DE fossem distintos dos diagnósticos médicos. Por volta de 1960, verificava-se que as

teorias de enfermagem cada vez mais buscavam constituir as bases para uma ciência de enfermagem (KLETEMBERG et al., 2010).

Essas teorias defendiam uma prática de enfermagem mais holística, pautada em um maior relacionamento interpessoal entre enfermeiros e clientes. Apresentavam questionamentos sobre o verdadeiro papel da enfermagem, os principais conceitos que deveriam nortear a assistência e como se poderia torná-los conhecidos dos profissionais.

Destaca-se que existem diversos modos de sistematizar a assistência de enfermagem, entre as quais podemos citar os planos de cuidados, os protocolos, a padronização de procedimentos e o processo de enfermagem.

A SAE favorece o cuidado individualizado do paciente e organiza as condições necessárias para que esse ocorra (COSTA; BUSTAMANTE; SILVA; 2013; SANTANA et al., 2013), facilita a troca de informações entre os profissionais de várias instituições (SILVA et al., 2010) e direciona as tomadas de decisões em distintas situações vivenciadas pelo enfermeiro, enquanto dirigente da equipe de enfermagem (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008).

Observa-se, portanto, que a SAE permite maior interação da enfermagem com o paciente, a família, a equipe multidisciplinar e mesmo com a comunidade, aumentando a qualidade do atendimento oferecido (FERRAZ et al, 2011).

A SAE requer uma metodologia para ser operacionalizada, a qual recebe o nome de processo de enfermagem (PE).

2.3.1 Processo de Enfermagem

O PE é um método que orienta o julgamento clínico e a tomada de decisão do enfermeiro (BAVARESCO; LUCENA, 2012). Pode ser entendido como uma ferramenta ou modelo metodológico utilizado para sistematizar o cuidado, facilitar a tomada de decisões, a comunicação e qualificar a assistência de enfermagem (CROSSETTI et al., 2011).

Para Oliveira et al. (2012), o que dá sustentação ao PE é a SAE e para que sua implementação aconteça de forma satisfatória é essencial uma base teórica consistente e de envolvimento de recursos na produção do cuidado.

O PE consiste de cinco etapas sequenciais e inter-relacionadas: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (ÁLFARO-LEFREVE, 2010). Tais etapas se relacionam e dependem uma da outra, sendo inseparáveis dentro de um contexto prático.

Requer conhecimento teórico, experiência prática e habilidade intelectual; e indica um conjunto de ações executadas face ao julgamento sobre as necessidades da pessoa, família ou coletividade humana, em determinado momento do processo saúde e doença (SILVA et al.;2008)

Para que o mesmo seja efetivado pela enfermagem e verdadeiramente potencialize e considere o cuidado, é necessário que ofereça uma assistência de enfermagem sistematizada (GENTIL et al., 2008; LUIZ et al., 2010).

No Brasil, a grande divulgadora do PE foi a enfermeira brasileira Wanda de Aguiar Horta. Na década de 1960, ela sugeriu que os procedimentos adotados pela prática de enfermagem fossem baseados na Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Para Horta, as manifestações e alterações do quadro clínico dos pacientes eram problemas de Enfermagem e necessitavam, portanto, de cuidados (SILVA et al., 2011a).

Wanda Horta divulgou o PE a partir da publicação, no ano de 1979, de seu livro “O Processo de Enfermagem”, desenvolvendo um modelo conceitual para esclarecer sobre os fundamentos da enfermagem, definir seu campo de atuação e sua metodologia (KLETEMBERG et al., 2010).

Apesar da divulgação do PE, no Brasil, por meio de Wanda Horta, ela somente passa a ter destaque no final dos anos de 1980, quando a Lei nº 7498/86 regulamentou o exercício profissional da Enfermagem no país, definindo, como atividade privativa do enfermeiro, entre outras, a elaboração da prescrição de enfermagem (KLETEMBERG et al, 2010; LUIZ et al., 2010).

2.3.2 Histórico de Enfermagem

O HE é a primeira fase do PE. Segundo Pontes, Leitão e Ramos (2008), consiste na coleta de informações por meio de entrevista sobre a situação de saúde do paciente, da família ou comunidade. Nesse momento, a enfermeira poderá identificar os problemas e necessidades passíveis de serem abordados nas intervenções de enfermagem.

Essa etapa foi assistida por Sales, Afonso, Santos (2008) e Silva et al. (2010) como um roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano, tornando possível a identificação de seus problemas. Esses dados, convenientemente analisados e avaliados, conduziram ao segundo passo, o estabelecimento de DE.

Para Pontes, Leitão e Ramos (2008), o HE consiste no levantamento das condições do paciente por meio do emprego de um roteiro próprio, que precisa estar de acordo com as particularidades e especificidades dos clientes a que se destina. No entendimento das autoras referenciadas, nessa fase, é possível conhecer os hábitos individuais e biopsicossociais do paciente, o que permitirá traçar um plano de ação para melhor adaptação dele à unidade e ao tratamento, bem como a identificar os seus problemas.

2.3.3 Diagnóstico de enfermagem

O DE se constitui em uma etapa fundamental do PE, representando a interpretação científica dos dados coletados na avaliação do paciente, uma vez que sua formulação adequada direciona o planejamento, implementação e a evolução do cuidado (CARMO et al, 2011). No Brasil, a expressão DE foi introduzida por Wanda Aguiar Horta, nos anos 1960, e constitui a segunda etapa do PE (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

O DE, segundo NANDA, é definido como “julgamento clínico das respostas/experiências do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde /processos vitais reais ou potenciais (NANDA, 2013, p. 588)

Sua finalidade é esclarecer a natureza exata dos problemas e os fatores de risco que devem ser abordados para que sejam atingidos os resultados esperados do cuidado (ÁLFARO-LEFREVE, 2010).

2.3.4 Classificação de diagnóstico e de intervenções de enfermagem

Barros (2009) afirmou que, desde a década de 1970, as classificações de Diagnósticos, Intervenções e Resultados têm sido construídas em diferentes países e vêm se modificando e aperfeiçoando por meio de pesquisas.

No entendimento dessa autora, atualmente, tendo em vista o mundo globalizado, onde evidências científicas ditam condutas aos profissionais da área da saúde, é essencial pesquisar, conhecer, utilizar e divulgar as classificações de diagnóstico de enfermagem, considerando-se que esses constituem os focos clínicos da ciência de enfermagem, aproximando os enfermeiros de seus clientes, possibilitando-lhes conhecer melhor suas respostas físicas e emocionais (BAVARESCO; LUCENA, 2012).

A primeira conferência realizada com o intuito de discutir sobre os DE aconteceu na St Louis University, no ano de 1973. Desde então, novas conferências foram realizadas e com os resultados alcançados nelas, no ano de 1980, foi possível gerar, refinar e classificar os diagnósticos que, em 1982, materializou-se na *North American Nursing Diagnosis Association* (BAVARESCO; LUCENA, 2012).

No Brasil, é conhecida como NANDA e tem desenvolvido um sistema conceitual para classificar os diagnósticos em uma taxonomia (BARROS, 2009).

De acordo com essa autora, desde sua criação, em 1982, a NANDA tem passado por algumas reformulações, com o intuito de se adequar à realidade de cada momento específico. Em 1994, após perceber várias dificuldades para categorizar alguns dos diagnósticos, o Comitê da Taxonomia viu a necessidade de se fazer uma nova estruturação no referido documento e, em 1998, apresentou quatro estruturas teóricas diferentes para a NANDA, cuja prioridade era direcionar a padronização de linguagem dos diagnósticos.

Assim, até 2000, a classificação dos diagnósticos de enfermagem era feita segundo a Taxonomia I, estruturada por nove categorias (trocar, comunicar, relacionar, valorizar, escolher, mover, perceber, conhecer, sentir). Nesse mesmo ano, foi definida a Taxonomia II, contendo treze domínios, cento e seis classes e cento e cinquenta e cinco diagnósticos (BAVARESCO et al., 2012).

Segundo Carmo et al. (2011), na bienal de 2000, da NANDA, ocorreram modificações expressivas na forma de organização e apresentação dos diagnósticos de enfermagem, surgindo, assim, a Taxonomia II, destinada a ser multiaxial com sete eixos principais, sendo um deles definido como uma dimensão da resposta humana considerada no processo diagnóstico. Desde então, a Taxonomia II, da NANDA, vem sendo aperfeiçoada, com a inclusão de novos diagnósticos, tanto que a última edição da NANDA foi composta por 13 domínios, 47 classes e 201 diagnósticos.

No entendimento da autora acima referenciada a construção do DE tornou-se um desafio para o enfermeiro, por requerer o mesmo pensamento crítico para interpretação de dados da clientela que são demonstrados na entrevista e no exame físico, possibilitando a aplicação de conhecimentos técnico-científicos e proporcionando maior autonomia à classe.

Atualmente, os sistemas de classificações mais utilizados para descrever DEs, intervenções e resultados de forma a contribuir para a prática de enfermagem são, respectivamente as taxonomias *NANDA-International* (NANDA-I), Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC e Classificação dos Resultados de Enfermagem-NOC. Essas classificações favorecem a comunicação e a documentação sistemática das ações da enfermagem, além de outros benefícios relacionados à prática clínica (BAVARESCO; LUCENA, 2012).

As intervenções da NIC irão tratar os fatores relacionados ou fatores de risco e as características definidoras (sinais e sintomas) do DE estabelecido, e os resultados da NOC permitirão a avaliação dos dados sobre o estado do paciente, família ou comunidade submetida às intervenções de enfermagem (BAVARESCO; LUCENA, 2012).

As intervenções de enfermagem são definidas pela NIC como: qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico que seja realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente”. Incluem tanto cuidados diretos quanto indiretos ao paciente, família e comunidade (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

Atualmente, a estrutura taxonômica da NIC se encontra organizada em sete domínios: 1 - Fisiológico básico; 2 - Fisiológico complexo; 3 - Comportamental; 4 -Segurança; 5 - Família; 6 - Sistema de Saúde; 7 - Comunidade. Estes compostos por 30 classes, 542 intervenções e mais de 12 mil atividades/ações (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

Cada intervenção de enfermagem da NIC possui um título, uma definição e um código numérico padronizado, além de uma série de atividades ou ações, as quais podem ser selecionadas pelo enfermeiro para a realização da prescrição de enfermagem, voltadas à resolução de problemas e à individualização do cuidado (ALMEIDA et al., 2012).

A utilização na prática de linguagens padronizadas como a NANDA-I, NIC e NOC, favorecem a comunicação e documentação das ações prestadas pela enfermagem, sendo o paciente o maior beneficiado pela continuidade e uniformidade do cuidado recebido (BAVARESCO, 2011).

A NIC resulta de um projeto que teve início em 1987, sendo construído por pesquisadores da Universidade de *Iowa* e lançada nos Estados Unidos. Desde então, inúmeros estudos sobre as intervenções de enfermagem vêm sendo desenvolvidos, com o objetivo de construir uma linguagem padronizada para descrever as atividades (intervenções) que as enfermeiras executam quando prestam a assistência de enfermagem (ALMEIDA et al., 2012).

De acordo com os autores referenciados essa taxonomia pode ser útil na documentação clínica, comunicação do cuidado, integração de dados em sistemas informatizados, para utilização por enfermeiros em várias clínicas e instituições, como fonte de dados para pesquisas.

No presente estudo adotam-se as intervenções de NIC considerado um excelente instrumento para propor aos enfermeiros intervenções de enfermagem baseados na classificação de Taxonomia II, da NANDA.

Considera-se que a NIC é uma taxonomia de grande interesse para a enfermagem mundial e especificamente para a enfermagem brasileira, que vem buscando formas para sistematizar a assistência de enfermagem nas instituições de saúde e acredita-se que seu lançamento recente em língua portuguesa suscite nos enfermeiros a busca por sua utilização.

2.3.5 Planejamento da Assistência

O planejamento da assistência permite, estabelecer possíveis resultados para cada necessidade observada durante a aplicação do HE e também identificar quais problemas e necessidades são urgentes e demandam intervenção imediata e quais poderão ser tratados em médio e em longo prazo (SALES; AFONSO; SANTOS, 2008).

As intervenções de enfermagem surgem a partir do estabelecimento dos DEs e das metas a serem alcançadas, subsidiando a enfermeira para executar as ações e buscar os benefícios para o paciente (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010)

As intervenções consideradas prioritárias são as mais prováveis para a solução do DE, sendo que as sugeridas têm uma grande probabilidade de solucionar o DE e as adicionais optativas são as que se aplicam somente a alguns pacientes com o DE estabelecido (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

O planejamento da assistência conta com alguns passos que podem ser seguidos a fim de torná-lo satisfatório. Primeiro, é importante que se estabeleçam prioridades para os problemas diagnosticados e o planejamento de ações que possam minimizá-los ou mesmo evitá-los. A seguir, registram-se os diagnósticos de enfermagem, os resultados esperados e as prescrições de enfermagem (OLIVEIRA et al., 2008a).

A prescrição de enfermagem é um conjunto de medidas, preferentemente, decididas pelo enfermeiro, demais membros da equipe de enfermagem e paciente, direcionadas à assistência a esse último, de maneira individualizada. Sua elaboração exige a reaproximação do enfermeiro ao paciente, uma vez que, tanto a entrevista clínica, como o exame físico são necessários à detecção de problemas prévios, oportunizando o estabelecimento dos objetivos da assistência, para o planejamento de cuidados e ações adequadas e específicas ao alcance dos resultados esperados (COFEN, 2002).

Ressalta-se que a prescrição de enfermagem expressa, de forma organizada, os objetivos diários da assistência a cada paciente, visando a uma melhor qualidade assistencial. Por ser uma orientação escrita dos cuidados a serem prestados para a resolução dos problemas prioritários de determinado paciente, constitui-se em registro das ações de enfermagem e em um meio de informação acessível a toda equipe de saúde sobre as necessidades de saúde do paciente. Possibilita o registro e contabilização das ações de enfermagem, representando um importante passo para a definição e valorização da profissão. Destaca-se que na escolha da intervenção, o enfermeiro deve considerar os resultados esperados do paciente, o DE e seus fatores relacionados ou de risco, a capacidade de execução desta intervenção e a aceitação do paciente (CROSSETTI et al., 2011; SILVA et al., 2011).

Silva et al. (2010) enfatizaram que, sem planejamento, os acontecimentos ficam sujeitos ao acaso, não há rendimento, pelo contrário, há perda de tempo, dos esforços, de energia e dos recursos materiais e financeiros.

2.3.6 Implementação da Assistência

Na quarta fase da SAE, ou seja, na implementação da assistência, cabe à enfermagem realizar ações prescritas e necessárias para se obter os resultados esperados, deliberados durante a etapa do planejamento (GOMES; BRITO, 2012).

No entendimento de Oliveira et al. (2008b), a implementação da assistência representa as ações realizadas e documentadas pela equipe de enfermagem, visando a monitoração do estado de saúde, a fim de minimizar riscos, resolver ou controlar um problema, auxiliar nas atividades da vida diária e promover saúde.

Alguns autores como, Sales, Afonso e Santos (2008), ao invés de denominarem a fase em questão como implementação da assistência, preferiram chamá-la de prescrição de enfermagem, ressaltando que ela serve para nortear o trabalho da enfermagem com os pacientes, verificando a evolução do tratamento.

Segundo Silva et al. (2010), a implementação da assistência consta dos relatos diários sobre as alterações contínuas que ocorrem com o cliente enquanto ele se encontra sob assistência profissional. Pela evolução do quadro clínico do paciente é possível avaliar a resposta dele à assistência prestada pela equipe de enfermagem. Nas prescrições, devem incluir-se a data em que elas foram anotadas, a ação a ser desempenhada e quem deve fazê-las, o local, o quando, a frequência, por quanto tempo, assim como também ter a assinatura do enfermeiro responsável por sua confecção.

A equipe de enfermagem, ao efetivar a assistência, precisará permanecer atenta às respostas do cliente, por mais insignificante que possam parecer, bem como seu desempenho, pois o ser humano é imprevisível e necessita ser monitorado continuamente (NEVES; SHIMIZU, 2010).

Ao promover a implementação da assistência, o enfermeiro tem como finalidade individualizar o cuidado oferecido, de acordo com as necessidades do paciente. Neves e Shimizu (2010) argumentaram que a assistência da enfermagem deve estender-se também à família, auxiliando-a e ensinando-a a cuidar do paciente, ao perceber que existe por parte dela dificuldades em fazê-lo.

2.3.6 Avaliação da assistência de enfermagem

A avaliação da assistência de enfermagem é a última etapa do Processo de Enfermagem, a qual reflete as respostas dos indivíduos, suas alterações no estado de saúde, frente às intervenções de enfermagem adotadas, além de fornecer dados à

identificação de novas necessidades de saúde. O enfermeiro avalia o progresso do cliente, prescreve medidas corretivas e, se necessário, revê todo o plano de cuidado (SILVA, 2013).

Convém destacar que a avaliação criteriosa dos vários aspectos de atendimento ao cliente é fundamental para a excelência da assistência à saúde. Ao avaliar os cuidados prestados, o enfermeiro deve sempre se perguntar se os resultados esperados foram alcançados (TANNURE; GONÇALVES, 2008).

Vale pontuar que tanto em caso de melhora do cliente quanto no agravamento ou manutenção do quadro clínico, a avaliação é importante e constitui aprendizado para a enfermagem. No caso de melhora, o enfermeiro deve avaliar o que foi feito e procurar repetir os mesmos procedimentos no futuro em casos semelhantes.

Verifica-se que, nesses casos, o enfermeiro estará aprendendo cada vez mais as melhores estratégias a serem adotadas para ajudar o cliente. Entretanto, no caso de piora ou manutenção do quadro clínico, cabe ao enfermeiro se perguntar onde ocorreu a falha, verificando se, por acaso, a coleta de dados foi insuficiente ou as ações de enfermagem foram inadequadas.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Propor intervenções de enfermagem para pessoas com DRC, em tratamento dialítico, com enfoque na qualidade de vida, atendidas em um Hospital de Ensino e em três clínicas conveniadas ao SUS na cidade de Campo Grande-MS, no período de agosto a outubro de 2013.

3.2 ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos participantes.
- b) Mensurar a qualidade de vida em oito dimensões: dor, capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos emocionais, aspectos sociais, saúde mental, vitalidade e estado geral de saúde segundo o instrumento adotado.
- c) Elencar os diagnósticos de enfermagem específicos para os indivíduos estudados, com alterações na qualidade de vida de acordo com a Taxonomia II da NANDA.
- d) Propor as principais intervenções de enfermagem conforme a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) para melhoria da qualidade de vida, a partir dos diagnósticos elencados.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa.

De acordo com Polit e Back (2011), a pesquisa descritiva é de grande valor para o estudo de fenômenos naturais, tornando-se possível descrever as relações observadas entre as variáveis registrando os fatos sem interferência. Geralmente, são categorizadas em transversal, ou seja, as variáveis são identificadas em um único momento de tempo e as relações entre elas são determinadas.

A presente pesquisa classifica-se como exploratória quanto aos objetivos e, quanto à abordagem do problema, ela é de natureza descritiva e exploratória (LAKATOS, MARCONI, 2009).

A abordagem quantitativa, segundo Polit e Back (2011), significa quantificar opiniões, dados, nas formas de coleta de informações, utilizando recursos e técnicas estatísticas. É comum ser utilizada no desenvolvimento de pesquisas descritivas exploratórias quando se buscam apenas mais dados sobre o que está sendo estudado.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no setor de hemodiálise de um Hospital de Ensino e em três clínicas de hemodiálise da cidade de Campo Grande-MS, as quais foram caracterizadas como Clínicas: I, II e III.

Tais clínicas prestam assistência médica especializada aos pacientes RC em tratamento ambulatorial e em diálise. O corpo clínico das instituições é composto por médicos nefrologistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, assistentes sociais e farmacêuticos. As clínicas estão equipadas com tratamento d'água por osmose reversa.

Possuem salas destinadas ao tratamento dialítico de pacientes conveniados ao SUS (Sistema Único de Saúde) ou aos planos de saúde. Em média, os RC realizam três sessões de diálise por semana com duração de quatro horas, nos devidos locais descritos.

O Hospital de Ensino possui setor de hemodiálise que oferece serviço a trinta e dois pacientes cadastrados no programa de diálise. Nesse serviço, existem vinte máquinas para tratamento hemodialítico com funcionamento, nos períodos matutino e vespertino.

A Clínica I tem 256 pacientes cadastrados no programa de diálise e a Clínica II acolhe 162 pacientes. Existem trinta máquinas para tratamento hemodialítico em cada um desses serviços, e o atendimento ocorre de segunda a sábado, em três turnos.

A Clínica III possui 80, pacientes cadastrados no programa de diálise. Nesse serviço, há trinta máquinas para tratamento hemodialítico.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta de 530 pacientes submetidos à hemodiálise nos referidos locais de estudo, cujos dados populacionais foram extraídos do sistema de cadastramento de diálise. A amostra se deu por processo de seleção por conveniência e participaram da pesquisa aqueles em tratamento hemodialítico regularmente acompanhados, conforme os critérios de inclusão e exclusão, totalizando 120 participantes.

4.4 PARTICIPANTES

Crítérios de inclusão: ter idade igual ou acima de 18 anos, com diagnóstico clínico de DRC, em tratamento dialítico, que estejam em pleno domínio de sua capacidade mental.

Crítérios de exclusão: idade menor que 18 anos, não ter diagnóstico clínico de DRC, ser portador de necessidades especiais (deficiência mental) e ou pertencer a populações vulneráveis (indígenas, quilombolas, gestantes, privados de liberdade).

4.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da UFMS, conforme Resolução 466/12, do Conselho Nacional da Saúde, que estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Assim sendo, o projeto foi submetido, em 15/04/2013, e obteve a aprovação em 26/04/2013 por meio do protocolo nº 256.597/2013, conforme parecer consubstanciado do CEP (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012). Após a aprovação do projeto, foi entregue uma cópia ao hospital e às clínicas destinadas ao estudo.

4.6 PERÍODO DE INVESTIGAÇÃO

A coleta de dados desenvolveu-se nos meses de agosto a outubro de 2013, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, bem como a solicitação de autorização prévia à administração geral e diretoria clínica das referidas clínicas de hemodiálise e do referido hospital onde o estudo foi desenvolvido (Apêndice A e B).

4.7 PROCEDIMENTOS DE COLETA

A entrevista foi realizada de forma individual durante as sessões de hemodiálise, em diferentes turnos e dias da semana. Antes da coleta de dados, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos participantes do estudo (ANEXO A). Uma via do TCLE ficou com o cliente e a outra com a pesquisadora. Desse modo, foram atendidas as Normas de Pesquisa em Seres Humanos, da Resolução 466/2012 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

Após a coleta dos dados, os questionários foram tabulados em planilhas e submetidos aos testes estatísticos. Para as análises estatísticas foram utilizados três testes estatísticos: *diferença de médias (t-student)*, *Análise de Variância (ANOVA)* e *Teste de Correlação Linear*. Em todos os casos, foram utilizados 95% de confiança e valor de $p < 0,005$.

Posteriormente, embasados no resultado do questionário SF-36[®] e questionário sociodemográfico e clínico, foram elencados os Diagnósticos de Enfermagem com base na Taxonomia II da NANDA, com a listagem subsequente de intervenções de enfermagem segundo a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).

4.8 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, utilizaram-se três instrumentos. Foram aplicados dois formulários desenvolvidos pela própria pesquisadora (APÊNDICE A e B).

O primeiro formulário contém doze questões estruturadas, abordando os aspectos socioeconômicos e a caracterização dos participantes do estudo. O segundo aborda questões clínicas, referentes ao tempo de tratamento e as mudanças ocorridas em virtude da cronicidade da doença.

O terceiro instrumento se refere a aspectos da “qualidade de vida”. Utilizou-se o questionário SF- 36[®] *Medical Outcomes Study 36 – Item Short - Form Health Survey* (ANEXO B), questionário genérico, traduzido e validado para a língua portuguesa por Cicconelli et al. (2009). Esse questionário se compõe de 36 itens, dividindo-se em oito domínios: Capacidade Funcional (CF), Limitação por Aspectos Físicos (AF), Dor Física (DF), Estado Geral de Saúde (SG), Vitalidade (VT), Aspecto Sociais (AS), Aspectos Emocionais (AE) e Aspectos Mentais (AM). Para cada domínio, os itens foram codificados e transformados em escala de zero (pior QV) a 100 pontos (melhor QV).

O SF-36[®] também pode ser categorizado em dois componentes agrupados. O componente físico (*Physical Component Summary - PCS*), que é composto pelo agrupamento dos domínios: capacidade funcional (CF), Limitação por aspectos físicos (AF), dor física (DF) e estado geral de saúde (SG) e o componente mental (CM) (*Mental Component Summary- MCS*), que é composto pelo agrupamento dos domínios: vitalidade (VT), aspectos sociais (AS), aspectos emocionais (AE) e saúde mental (SM).

Sendo assim, o SF-36[®] caracteriza as escalas de dimensão de saúde da seguinte forma:

- ❖ **Estado Geral da Saúde (SG)** Refere-se ao modo como o indivíduo percebe sua saúde atual, comparada ao último ano;
- ❖ **Capacidade Funcional (CF):** Refere-se à intensidade com que a condição

física atual limita o desempenho em atividades vigorosas, como correr, erguer objetos pesados, praticar esportes extenuantes; realizar atividades moderadas, como limpeza do lar, prática de esportes leves, erguer objetos leves, como sacolas de compras, subir escadas, inclinar-se, ajoelhar-se, caminhar longas e curtas distâncias e realizar higiene pessoal;

- ❖ **Limitação por Aspecto Físico (AF):** Refere-se aos problemas causados no trabalho e/ou desenvolvimento de outras atividades como consequência da condição física no último mês;
- ❖ **Dor Física (DF):** Refere-se a interferência nas atividades habituais determinadas pela dor no último mês;
- ❖ **Vitalidade (VT):** Refere-se como tem se sentido em relação à sua vida: desanimado, nervoso, feliz, cansado, triste, cheio de energia, limitado em atividades sociais, em decorrência da saúde.
- ❖ **Aspectos Sociais (AS):** Refere-se à interferência nas atividades sociais determinadas por comprometimento da saúde física ou emocional;
- ❖ **Aspectos Emocionais (AE):** Refere-se aos problemas causados no trabalho e/ou desenvolvimento de outras atividades como consequência da condição emocional no último mês;
- ❖ **Saúde Mental (SM):** Refere-se a autopercepção da evolução da doença e de sua saúde em relação a outras pessoas.

O questionário foi aplicado pela própria pesquisadora por meio de entrevista, visto que os indivíduos encontravam-se em hemodiálise, o que poderia dificultar a leitura e o preenchimento do instrumento por eles próprios. O questionário era lido aos pacientes, que escolhiam a resposta que melhor se adequava ao seu caso. O tempo utilizado para aplicação foi de aproximadamente 15 minutos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO

Foi aplicado o questionário de qualidade de vida SF- 36[®] a 120 (cento e vinte) pessoas com diagnóstico médico de DRC em tratamento hemodialítico.

A análise estatística do trabalho visou identificar as variáveis que interferem na Qualidade de Vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise, em Campo Grande-MS, 2013.

5.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

As características sociodemográficas dos participantes estão elucidadas na TABELA 1:

TABELA 1 - Caracterização sociodemográfica dos pacientes renais crônicos em hemodiálise, Campo Grande - MS, 2013. (n= 120)

Variáveis		f	%
Sexo	Masculino	68	56,7
	Feminino	52	43,3
Idade	18 35	20	16,7
	35 55	47	39,2
	55 70	40	33,3
	70 ou mais	13	10,8
União estável	Sim	78	65
	Não	42	35
Procedência	Campo Grande	99	82,5
	Interior	21	17,5
Escolaridade	Sem estudo formal	4	3,3
	Fundamental	97	80,8
	Superior	10	8,3
Ocupação	Aposentado	56	46,7
	Afastado do Trabalho / Licença saúde	64	53,3
Renda salarial	Até 1 sal min	75	62,5
	Mais de 1 sal min	45	37,5

Fonte: Elaborada pela autora com dados da pesquisa

Com relação ao sexo, pode-se observar que houve predomínio do sexo masculino, 68 (56,7%) dos entrevistados. Tal resultado confirmou a estimativa de acometimento onde doença renal crônica está cada vez mais elevada nos homens, uma vez que eles procuram menos os serviços de saúde do que as mulheres (MASCARENHAS et al., 2010)

Conforme o censo de 2012, da SBN, registrou-se 22.058 (57,7%) de casos confirmados de DRC no sexo masculino, ultrapassando 15,4% de sexo feminino. Neste estudo, a distribuição foi equivalente, o que nos levou a refletir sobre o papel social do homem.

O resultado obtido neste estudo é semelhante aos de vários trabalhos encontrados na literatura, que apontam o sexo masculino como sendo o mais predominante nas clínicas de hemodiálise (MORTARI et al., 2010; KIRCHNER et al., 2011; SILVA, 2011a; CAVALCANTE et al., 2013; ÁLVARES et al., 2013). É importante destacar que os resultados do Ministério da Saúde (2011) revelaram que, nos últimos anos, houve um aumento das doenças crônicas em homens. Isso se explica devido ao fato de que, em muitas formas de DRC, a progressão da doença mostra-se acelerada nos homens em comparação às mulheres. Entre alguns fatores que contribuem para essa incidência podem ser citados: a variabilidade inerente à estrutura dos rins, a resposta hemodinâmica glomerular exagerada dos homens aos hormônios vasoativos (incluindo a angiotensina II) e a variabilidade da ingesta calórico-proteica (SILBINGER; NEUGARTEN, 2008).

É interessante observar que há uma probabilidade de os hormônios sexuais (como esteroides) estarem envolvidos, sendo que “os moduladores seletivos do receptor de estrogênio influenciam a expressão e a atividade de diversas vias pró-inflamatórias e fibróticas envolvidas na lesão renal” (SANBERG, 2008, p. 17). Silbiger e Neugarten (2008, p. 8) acrescentaram que “os homens representam uma proporção maior da população com Doença Renal em Estágio Terminal (DRET) e estão apresentando uma elevação mais rápida das taxas de prevalência, em comparação ao observado na população feminina”.

Entretanto, ainda não há concordância sobre a influência do sexo, nível educacional, condição socioeconômica e tempo de tratamento sobre piores níveis de QV (CAVALCANTE, 2013).

Em contradição, porém, alguns estudos encontraram predominância do sexo feminino entre a população de renais crônicos submetidos à hemodiálise (FRAZÃO, RAMOS, LIRA,

et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2012). Ressalta-se que, no presente estudo, o percentual foi de 43,3% de mulheres em diagnóstico de DRC.

Quanto à faixa etária, a média da população estudada foi de 51,5 (variando de 18 a 74 anos), com um predomínio na faixa etária de 35 a 55 anos. Tais dados revelaram a problemática da situação, em que a prevalência de pacientes mantidos em programas crônicos de diálise praticamente dobrou nos últimos oito anos (TERRA et al., 2010). Dos 120 participantes, 20 (16,7%) dos participantes tinha idade de 18 a 35 anos, o que permitiu observar, neste estudo, que a DRC tem atingido pessoas em fase reprodutiva e de maior atividade laboral, afetando sua capacidade de produção e trazendo maior dependência dos recursos governamentais.

Outras pesquisas mostraram que 64,5% dos nefropatas crônicos pertenciam à faixa etária de 50 a 69 anos (KIRCHNER et al., 2011); 23% estavam entre 50 e 59 anos (COUTINHO et al., 2010) e 63,9% entre 40 a 59 anos (CAVALCANTE et al; 2013) sendo este último o mais equivalente ao resultado encontrado neste estudo.

O estudo realizado por Franco, Akemi e D'Inocento (2012) revelou estatísticas internacionais, referindo que, na França, a média de idade dos pacientes incidentes em diálise é de 70,2 anos. No Reino Unido, está em torno de 65 anos e, seguindo a mesma tendência, encontram-se os Estados Unidos da América, onde, atualmente, para cada quatro pacientes iniciando TRS, um tem mais de 75 anos de idade. No Brasil, esse fato foi evidenciado com o censo da SBN, de 2012, que mostrou ser a proporção de idosos (65 anos ou mais) em TRS de 27,7%, superando em 0,5% a do ano anterior.

Ressalta-se, ainda, que o envelhecimento populacional compõe um dos fatores que justificam o crescimento do número de pacientes em tratamento dialítico nos dias atuais (KUSUMOTO et al;2008). A Hipertensão Arterial (HA) e a Diabetes Mellitus (DM) continuam sendo prevalentes nas duas maiores causas da DRC (FRANCO, AKEMI, D'INOCENTO, 2012). Segundo dados da SBN (2012), as estatísticas revelam que uma em cada dez pessoas no mundo possui DRC.

As alterações inerentes ao envelhecimento aumentam a probabilidade do aparecimento de doenças e nesse processo decorrente de múltiplos fatores tornam o idoso suscetível a desenvolver doenças cardiovasculares, respiratórias, neoplásicas, cerebrovasculares, osteoarticulares. Dentre essas doenças a hipertensão arterial, o diabete

mellitus e a insuficiência cardíaca aumentam a propensão do idoso a desenvolver doença renal crônica. Associado a isso os idosos sofrem com esclerose glomerular de grandes vasos e comprometimento das arteríolas aferentes e eferentes e o endotélio sofre um desbalanceamento na capacidade de antioxidação que levam ao envelhecimento acelerado (WERNECK; CARVALHO CAMPOS, 2008).

Por essas razões, a idade avançada é um fator que influencia fortemente na mortalidade, e o seu tratamento não deve ser impedido, devendo-se priorizar o alívio dos sintomas e cuidados paliativos, visto que, atualmente, é o grupo que mais cresce quando consideramos a incidência de diálise por faixa etária (BROWN, 2008).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Estatística (IBGE), acredita-se que até 2025 o Brasil terá a sexta maior população idosa do planeta, com 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (IBGE, 2013), requerendo medidas preventivas e de educação em saúde para estas pessoas.

Quanto à situação conjugal atual, verificou-se que 78 (65%) dos nefropatas crônicos viviam com seus respectivos companheiros em união estável (Tabela 1). O estudo realizado por Cordeiro et al. (2009) em uma clínica de HD no município de Goiânia, Goiás, concluiu que a presença de um companheiro fixo ou de um familiar foi considerada positiva no que se refere à realização de atividades habituais e corriqueiras relacionadas aos aspectos físicos, satisfação sexual e impacto dos efeitos da doença renal.

Para Barreto (2011), o diagnóstico de DRC tem um impacto negativo nos pacientes e em suas famílias, com possibilidades de afetar o convívio social da pessoa acometida. Nesse sentido, o suporte familiar é desejável para que a pessoa consiga adaptar-se a essa fase de sua vida. Diante disso, Guedes e Guedes (2012) concluíram ser de suma importância o apoio familiar no convívio diário com essas pessoas, permitindo a descoberta de maneiras novas de viver dentro de seus limites, possibilitando que eles assumam as responsabilidades do tratamento.

Britto e Oliveira (2009) ressaltaram que um contexto familiar estruturado exercerá um importante papel em todo o processo de relação do doente com a sua morbidade, seu tratamento e a adaptação a um novo estilo de vida. Porém, no estudo realizado por Paula, Nascimento e Rocha (2008) evidenciou-se que as famílias que têm um de seus membros em

tratamento dialítico assumiram uma carga significativa no cuidado, o que lhes provoca estresse e complicações.

Tais estudos evidenciam que as pessoas em união estável têm melhores condições emocionais para o enfrentamento de doenças e isso indica que viver com um (a) companheiro(a) pode contribuir para o cuidado no domicílio, pois a DRC provoca perdas funcionais com comprometimento da independência e autonomia, tornando-os dependentes totais ou parciais dos cuidados de outra pessoa.

A elevada proporção de indivíduos em união estável pode ser devido à presença de faixas etárias mais avançadas na amostra, o que possibilita uma maior adesão desses pacientes ao tratamento, em virtude do apoio social do respectivo conjuge.

Em relação à procedência, 99 (82.5%) dos indivíduos pesquisados são do município de Campo Grande, capital do Estado de Mato Grosso do Sul, local de referência para tratamentos de saúde de maior complexidade, sobretudo, no que se refere às doenças crônicas, como o tratamento hemodialítico.

Atualmente, constam registrados 658 centros de hemodiálise espalhados pelos diversos estados brasileiros, com um total de 97.586 pacientes em tratamento dialítico (SBN, 2012).

Embora tenha sido encontrado um percentual baixo, é importante mencionar que 21 pessoas (17,5%) eram procedentes do interior do Estado, para realização do tratamento hemodialítico em Campo Grande-MS. Realidade que aumenta o tempo gasto no tratamento, pois, além do período em que permanecem nas clínicas, eles passam parte do dia nas rodovias; sendo que muitos dependem do transporte oferecido pela rede pública de saúde do seu município de origem.

Pode-se afirmar que tal situação contribui para o desgaste físico e emocional, tornando-se um fator dificultador ou mesmo de desistência do tratamento, além de interferir diretamente na mudança do papel social dessas pessoas.

Os valores da Tabela 1 mostram que 97 (80,8%) dos respondentes possuem apenas o ensino fundamental, o que confirma o nível inadequado de escolaridade entre as pessoas estudadas. Os estudos de Silva et al., (2011b) sobre QV do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico, em Dourados-MS, revelaram que 63,16% dos entrevistados tinham o ensino fundamental incompleto.

Corroborando, o estudo de Mascarenhas et al (2010), o município de Jequié/BA registrou um nível de escolaridade baixo entre as mulheres com prevalência de analfabetas (45,5%) e, entre os homens, o nível de escolaridade foi o ensino fundamental incompleto (37,7%).

O estudo de revisão bibliográfica, realizado por Guedes e Guedes (2012), destacou que os pacientes com maior escolaridade contam com recursos intelectuais capazes de gerar melhor adaptação emocional às consequências da DRC e do tratamento.

É importante comentar que a escolaridade constitui fator primordial, por refletir de modo direto na assimilação das informações recebidas. Sendo, assim, os dados encontrados podem servir de alerta para os profissionais da saúde no que se refere à comunicação com esses pacientes renais crônicos, uma vez que é necessário utilizar uma linguagem acessível para garantir o entendimento, principalmente quando se trata de orientação e ou educação em saúde para a prevenção de complicações referentes ao tratamento.

Outro aspecto relevante, de acordo com a Tabela 1, é que 64 (53,3%) dos entrevistados estão afastados do trabalho/licença saúde, enquanto 56 (46,7%) encontram-se aposentados. Convém frisar que há um grande número de pessoas em fase economicamente produtiva com DRC, entre a população brasileira em tratamento dialítico, conforme a SBN (2013), em que 63,6% dos pacientes em diálise estão entre 19 e 64 anos de idade. Tais informações nos fazem refletir que, cada vez mais, as pessoas em idade reprodutiva e de atividade laboral estão sendo acometidas pela IRC.

Quanto ao desempenho profissional, no presente estudo, 74 (61,6) relataram que houve diminuição, enquanto 52 (43,3%) informaram que não. A DRC exige um tratamento de longa duração em que o desempenho das tarefas específicas pode ser dificultado ou mesmo impedido por limitações físicas, cognitivas, dor e fadiga, o que faz com que a taxa de empregabilidade se torne inferior às das pessoas saudáveis (OLIVEIRA et al., 2008c).

Situação essa que, certamente, contribui para a saída precoce desses indivíduos do mercado de trabalho, comprometendo a empregabilidade, a renda familiar e a inserção social dessas pessoas, o que conduz a um estado depressor provocando insatisfação e gerando transtornos pessoais.

É importante ressaltar que, quando indagados sobre essa questão, a maior parte dos entrevistados demonstrou sentimentos de incapacidade, uma vez que desejavam estar

trabalhando no momento. Sentir-se útil e produtivo pode ser considerada uma necessidade humana.

No que se refere à QVRS de pacientes em diálise peritoneal, em Ribeirão Preto-SP, estudo realizado por Oliveira et al. (2012), revelou que a diferença entre as médias de pacientes adultos e idosos, em função das limitações impostas pelo processo de envelhecimento, apareceu de forma não significativa no que diz respeito à situação de trabalho. Tal realidade foi encontrada entre os portadores de DRC e em tratamento hemodialítico, sendo que a aposentadoria é considerada uma condição de vida imposta pela doença.

De acordo com esses autores, apesar das limitações existentes, é preciso que se invista na busca de soluções para a situação de trabalho dos pacientes em tratamento dialítico, de forma que eles possam ser inseridos no mercado e na sociedade onde vivem.

No estudo realizado por Coutinho et al. (2010), foi relatado que cerca de dois terços dos pacientes em diálise não retornam para o emprego em que estavam antes do aparecimento da DRC, em virtude da sua capacidade de desempenho profissional, a qual depende da gravidade da doença no momento em que foi iniciado o tratamento

Situação que deveria ser mais bem assistida pelos órgãos públicos, assim como pelos profissionais de saúde para que se atente-se às necessidades vivenciadas por essas pessoas não só no aspecto financeiro, mas também nos psicossociais, como a presença de ociosidade seguida de sentimento de inutilidade e desvalorização.

Economicamente, percebeu-se que 72 (62,5%) dos entrevistados informaram receber um salário mínimo, o que seria no período da coleta de dados equivalente a R\$ 678,00 (seiscentos e setenta e oito reais); enquanto 45 (37,5%) recebem mais que um salário mínimo. Tal resultado é compatível com os estudos de Frazão et al., (2011), em que 78 (75,7%) declararam receber até um salário mínimo e 25 (24,3%) recebem um salário mínimo, evidenciando que os portadores da DRC possuem um nível socioeconômico baixo. No presente estudo, nenhum paciente possuía uma renda mensal inferior a um salário mínimo.

Posterior à análise sociodemográfica das pessoas acometidas pela doença tornou-se evidente que, após o impacto da enfermidade, a forma de como a pessoa processa cognitivamente as consequências ocasionadas pela doença, o perfil da personalidade dessa pessoa influencia demasiadamente na evolução do tratamento. Observou-se também que o modo como cada pessoa vive e se relaciona com a DRC é sempre único e pessoal.

Após a obter a caracterização da população em estudo, foi investigado questões

relacionadas ao tempo de tratamento e as atividades afetadas em virtude da cronicidade da doença, conforme a TABELA 2:

TABELA 2 – Caracterização dos pacientes renais crônicos em hemodiálise segundo o tempo de tratamento, atividades afetadas no decorrer da cronicidade da doença e fila de transplantes. Campo Grande - MS, 2013. (n=120)

Variáveis		f	%	
Tempo de Tratamento	Menos de 1 ano	10	8,3	
	Entre 1 e 2 anos	13	10,8	
	Entre 2 e 3 anos	21	17,5	
	Entre 3 e 4 anos	34	28,3	
	Entre 4 e 5 anos	30	25	
	5 anos ou mais	12	10	
Atividades Afetadas	Insônia	Sim	68	56,6
		Não	52	43,3
	Mudanças nos Hábitos Alimentares	Sim	88	73,3
		Não	32	26,7
	Mudanças nas Atividades de Lazer	Sim	55	45,8
		Não	65	54,2
	Mudança na Atividade Sexual	Sim	45	37,5
		Não	75	62,5
	Diminuição da Autoestima	Sim	88	73,3
		Não	32	26,7
	Desconforto urinário	Sim	85	70,8
		Não	35	25
	Queda no desempenho profissional ou atividades cotidianas	Sim	74	61,6
		Não	46	38,3
Durante a Hemodiálise Apresenta-se	Preocupado	23	19,2	
	Nervoso	20	16,7	
	Tranquilo	77	64,2	
Fila de Transplante	Sim	55	45,8	
	Não	65	54,2	

Fonte: dados da pesquisa

A respeito do tempo de tratamento de HD, foi predominante aquele compreendido entre 3 e 4 anos (n= 34) (28,3%), seguido de 30% referentes ao tempo de 4 e 5 anos. O tempo médio de diálise foi de, aproximadamente, 5 anos.

É imperioso destacar que, apesar do avanço tecnológico do tratamento hemodialítico contribuir para prolongar a vida dos renais crônicos, isso não significa “viver bem”, pois quase sempre há limitações com prejuízos da participação em várias atividades de

lazer e de recreação. Corroborando com o resultado, no estudo realizado por Silva et al (2011b), em Dourados-MS, a média encontrada também foi de cinco anos. Já no estudo realizado por Cavalcante et al. (2013), a duração média do tratamento de HD foi $3,3 \pm 3,3$ anos.

À medida que a insuficiência renal progride, a pessoa passa por uma crise em que percebe inúmeras perdas: da condição saudável, de papéis, de responsabilidade, podendo levar a uma diminuição na sua qualidade de vida (ZANINI; CARIN; LENZ, 2013).

Paralelamente a esse fator, o aumento no tempo do tratamento hemodialítico sugere um possível comprometimento das relações familiares e sociais em virtude da interferência no aspecto emocional dos sujeitos (TAKEMOTO et al., 2011).

Quanto à interferência da HD nas atividades de lazer e recreação do renal crônico, 55 (45,8%) pacientes referiram que ela ocorreu em suas vidas; enquanto 65 (54,2%) informaram não terem lazer.

Ao contrário, o estudo de Kirchner et al. (2011), realizado no Rio Grande do Sul, revelou que 65,6% dos pesquisados não realizavam nenhuma atividade de lazer, em virtude da regularidade nos horários das sessões de HD assim como das medicações e particularidades do tratamento, bem como a diminuição da renda familiar.

Ressalta-se que, para os entrevistados deste estudo, o lazer estava associado a estar com a família, assistir televisão e receber os amigos em casa, visto que as saídas para passeios tornaram-se mais difíceis.

Pode-se afirmar, então, que a família é fundamental, devendo todos os seus integrantes discutir e refletir, sobretudo sobre os problemas que envolvem as questões de saúde do familiar em tratamento dialítico, além de outras questões, como, a situação financeira, o lazer, a organização e planejamento do funcionamento familiar.

Com relação às atividades fisiológicas afetadas após o tratamento por hemodiálise, percebeu-se que 85 (75,8%) dos entrevistados referiram diminuição da quantidade de urina diária, enquanto 88 (73,3%) relataram mudanças nos hábitos alimentares, em virtude das restrições alimentares impostas pela doença.

Corroborando a esses achados, estudo realizado por Santos, Rocha e Berardinelli (2011), revelou que se faz necessário a mudança dos hábitos alimentares e a restrição hídrica,

pois é necessário diminuir consideravelmente o consumo de água, sódio e potássio á fim de prevenir agravos ao decorrer da doença como HAS e edema agudo de pulmão.

Ao serem indagados sobre se houve mudanças nos hábitos alimentares, 32 (26,7%) relataram que *“não se preocupavam com o que comiam porque a máquina tirava tudo”*. Pensamento considerado de risco, assim os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, deveriam realizar ações educativas com mais frequência com o intuito de promover melhor conscientização no que se refere aos cuidados necessários para a convivência com a DRC, em especial, a importância de uma dieta alimentar adequada para manter um estado de saúde satisfatório, visando uma QV melhor e, assim, prevenir complicações futuras.

No que se refere ao sono, 68 (56,6%) relataram ter insônia, sendo necessário o uso de medicamentos e 88 (73,3%) tiveram diminuição da autoestima, em decorrência das condições impostas pela doença.

Deve-se levar em consideração, que as limitações por aspectos emocionais podem ser ocasionadas devido às mudanças abruptas ocorridas de âmbito físico, econômico, social, e familiar. Agora, a necessidade da frequência aos centros de diálise, as restrições hídricas e alimentares, além das alterações na jornada de trabalho e na vida social faz com que diminua o desempenho nas atividades cotidianas. Assim, o paciente começa a conviver com uma realidade de “perdas”, gerando uma instabilidade emocional.

Com relação à resposta dos entrevistados em relação à dificuldade para dormir, alguns referiram sentir dores no corpo enquanto os outros disseram que ficavam muito despertos à noite, e dormiam um pouco durante o dia.

É importante que o enfermeiro esclareça sobre os cuidados de enfermagem que possam favorecer o sono, como por exemplo, discutir com a pessoa/família as medidas de conforto, ensinar técnicas de relaxamento, orientar quanto a ausência de ruído seguido de um ambiente calmo e seguro, atentar para circunstâncias físicas (dor, desconforto, apneia do sono, vias aéreas (narinas) desobstruídas) e orientar quanto ao uso de compressas mornas nos locais referidos de dor e fazer uso das medicações prescritas pelo médico para tais fins. Tais medidas podem proporcionar um bem-estar ao indivíduo.

A maioria dos entrevistados, 77 (64,2%), referiu sentir-se tranquila durante as sessões de hemodiálise. O que demonstra ser esse um fator positivo na questão do aceite da doença e do tratamento proposto.

Cabe mencionar que, com o avançar da idade e da doença renal, a percepção dos

indivíduos quanto à sua QV pode encontrar-se modificada pela característica de cronicidade da DRC e do tratamento, sendo comum a presença do conformismo quanto ao estado de saúde (TAKEMOTO et al., 2011).

De acordo com Coutinho et al. (2010), a QV está diretamente ligada ao modo como o paciente processa cognitivamente a doença renal crônica e suas consequências.

Vale ressaltar que o enfermeiro pode ajudar essas pessoas a enfrentarem de maneira mais branda o impacto gerado pela doença, estabelecendo uma relação de confiança enfermeiro/pessoa/família, oferecendo orientações sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico, proporcionando apoio emocional, esclarecendo a família quanto a sua importância na recuperação e na adaptação de um viver diferente, o qual será adotado pelos integrantes da família, assim como esclarecer as dúvidas surgidas durante o percurso da evolução da doença. Isso ajudará na redução da ansiedade e proporcionará bem-estar, favorecendo uma melhoria na QV. Na questão se está ou não na fila para transplante, 65 (54,2%) disseram que não, enquanto 55 (45,8%) afirmaram que sim.

É de suma importância comentar que a evolução da DRC, por ser lenta e progressiva, pode manter a pessoa até certo ponto sem sintomas da doença, ainda que tenha perdido cerca de 50% de sua função renal. A partir daí, podem aparecer sinais e sintomas que nem sempre incomodam o paciente, tais como, anemia leve, hipertensão, edema dos olhos e pés, mudança nos hábitos de urinar (levantar diversas vezes, à noite, para urinar) e do aspecto da urina (urina muito clara, sangue na urina, entre outros).

Mesmo que os rins estejam funcionando somente 10-12% da função renal normal, os pacientes podem ser tratados com medicamentos e dieta (MASCARENHAS et al., 2010). Quando a função renal se reduz abaixo desses valores, torna-se necessário o uso de outros métodos de tratamento da insuficiência renal, hemodiálise ou transplante, as quais são escolhidas conforme as condições clínicas e psicológicas da pessoa (LOPES; SANTOS, 2010).

É imperioso ressaltar que a detecção precoce do diagnóstico de DRC permite ao paciente realizar o tratamento conservador antes de entrar em diálise. Existe, porém, uma fragilidade de conhecimento da população quanto à prevenção e atenção oferecida pelos profissionais de saúde, em relação aos esclarecimentos referentes à função renal, assim como a detecção do aparecimento de sinais e sintomas da doença. Falhas, essas, que contribuem para a descoberta tardia da doença.

A SBN (2012) estima que cerca de 2 milhões de brasileiros sejam portadores de DRC e,

aproximadamente, 70% não sabem disso, 70 mil estão em tratamento por diálise e 25 mil com transplantes renais com enxerto funcionante (TAKEMOTO et al., 2011). Percebeu-se, neste estudo, que as pessoas que estavam na fila para transplante, demonstraram-se desejosas. A esperança de voltar a ter uma vida normal, estava alicerçada em encontrar um doador compatível.

Para realizar um transplante renal, é necessário um rim funcionante, de doador vivo ou falecido e compatível com o sistema imunológico do receptor. O ingresso na lista de espera para transplante exige a realização de diversas avaliações. Após essas avaliações, poderá ser realizado o cadastro técnico único do paciente na lista de espera para transplante renal, nas centrais de transplantes (BRASIL, 2008).

É interessante comentar que o Brasil dispõe de um dos maiores programas público de transplantes de órgãos e tecidos do mundo. Em 1997, foi criado o Sistema Brasileiro de Transplantes, presente em 25 estados do País, por meio das Centrais Estaduais de Transplantes. Esse programa conta com 1.376 equipes médicas e estão autorizados 548 estabelecimentos de saúde para realizar transplante (BRASIL, 2009).

A verdade é que a educação em grupos de convivência melhora a autoestima dessas pessoas e as estimula a crescer com as dificuldades assim como a serem otimistas em relação às suas chances de terem um dia melhor que o outro (GUEDES, GUEDES, 2012).

Na sequência, seguem os dados obtidos pelo instrumento SF-36[®], conforme a Tabela 2.

TABELA 3 – Média e Desvio padrão segundo os domínios do SF – 36[®] dos pacientes renais crônicos entrevistados. Campo Grande/MS, 2013 (n=120)

Domínio	Média	D.P.
Capacidade Funcional	40,54	28,92
Limitação por Aspectos Físicos	43,08	27,57
Dor Física	63,75	22,32
Estado Geral de Saúde	57,12	18,91
Vitalidade	61,75	16,69
Aspectos Sociais	61,77	18,71
Aspectos Emocionais	41,17	49,02
Saúde Mental	67,17	16,87

P < 0,001

No presente estudo, a Tabela 3 nos permite observar que os sujeitos da pesquisa estão com maior comprometimento nos domínios “Capacidade Funcional” (média = 40,54) seguido de Aspectos Emocionais (média=41,17) e Limitação Aspectos físicos (média=43,08) e melhores no domínio Saúde Mental (média=67,17). Tais resultados são concordantes com o estudo de Luiz et al. (2010), no qual os menores escores dos domínios do SF-36[®] foram

obtidos na capacidade funcional e na limitação por aspectos físicos e o maior escore foi obtido no domínio saúde mental. Em consonância Marchesan et al. (2008) apud FRAZÃO; RAMOS; LIRA (2010) também identificaram menores escores na capacidade funcional e aspectos físicos utilizando o instrumento SF-36[®], em Cruz Alta-RS.

Corroborando com esses achados, foi evidenciado nos estudos de Frazão, Ramos e Lira (2010), resultados semelhantes na cidade de Recife, onde as oito dimensões do questionário SF-36[®] tiveram as seguintes médias: capacidade funcional (33,78), limitações por aspecto físico (37,12), aspectos emocionais (48,48) e saúde mental (53,9).

Silva et al. (2011b) detectaram, em seu estudo realizado na cidade de Dourados/MS, que as pessoas apresentavam pior em QV, no domínio “Aspectos Físicos”, e melhores no domínio “Saúde Mental” ($p = 0,001$). Grincenkov et al. (2011) encontraram baixos escores de QV em todos os domínios, sendo “aspectos físicos” e “saúde mental” os mais prejudicados. Já Mortari et al. (2010) evidenciaram que os maiores comprometimentos foram encontrados nos aspectos físicos. Por fim, Tavares e Nascimento (2012) identificaram, na Paraíba, por meio do instrumento WHOQOL-bref que o domínio que mais influenciou na percepção da QV foi o domínio físico.

Destaca-se que o domínio capacidade funcional do SF-36[®] avalia o desempenho do indivíduo nas atividades diárias, como se vestir, tomar banho, subir escadas, andar, entre outros. O domínio limitação por aspectos físicos analisa o impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias (CICCONELLI; FERRAZ; SANTOS, 2009). Ressalta-se que, nesta pesquisa, essa dimensão mostrou-se bastante comprometida, até mesmo pelo fator idade quando as tarefas do cotidiano se tornam mais difíceis.

Convém destacar que grande parte dos indivíduos que realizam HD apresenta baixos níveis de aptidão física consequentemente à sua capacidade funcional, apresentando uma grande redução na resistência aeróbia, na força muscular e mobilidade (FRAZÃO, RAMOS, LIRA, 2011). Não obstante, manifestações, como anemia, uremia, fadiga, dores, hipertensão, cardiopatias acabam ocasionando em demasia as limitações por aspectos físicos. Na DRC, o desempenho das tarefas específicas do trabalho pode estar prejudicado ou mesmo impossibilitado por limitações físicas, cognitivas, dor e fadiga (CENTENARO, 2010). Tais eventos justificam os baixos escores encontrados no presente estudo

Higa (2008) relatou que em decorrência das atividades prejudicadas pela doença, a complicação mais comum nas pessoas submetidas à diálise é a depressão, que geralmente tem

um significado de perda real ameaçada ou imaginária, na qual o humor depressivo persistente, autoimagem prejudicada e sentimentos pessimistas são algumas manifestações psicológicas.

Com relação ao domínio saúde mental, que demonstrou a maior média no presente estudo, ele foi avaliado por meio do questionamento sobre o nervosismo, a depressão, a tranquilidade, o abatimento e a felicidade presentes nas pessoas da amostra. Corroborando com o assunto, evidencia-se que o componente saúde mental é a dimensão que tem a maior média, demonstrando, assim, ser o que menos compromete a QV dos pacientes, concordando com outros autores (LUIZ et al., 2010; FRAZÃO, RAMOS, LIRA, 2011; OLIVEIRA, 2012; CAVALCANTE et al., 2013)

Convém acrescentar, ainda, que, nesta investigação, os participantes relataram que a hemodiálise representa um tratamento que lhes possibilita o bem-estar físico e o prolongamento da vida. Isso implica que o modo com que cada pessoa se relaciona com a hemodiálise é sempre único e pessoal, e traz repercussões psicológicas positivas principalmente no que se refere à esperança oriunda ao transplante renal.

Em consonância, os pacientes mostram-se “melhores” nos domínios “Dor Física” (média = 63,75), Estado Geral de Saúde (média = 57,12), Vitalidade (média = 61,75), Limitações Sociais (média = 61,77) e Saúde Mental (média = 67,17). Tais domínios mantiveram-se correlacionados com os achados na literatura (FRAZÃO, RAMOS, LIRA, 2011; MORTARI et al., 2010; LUIZ et al., 2010).

Lutz et al (2010), observaram que maior tempo em diálise se associou à melhora de aspectos mentais de QV em portadores de DRC decorrentes da adaptação psicológica que ocorre com o passar do tempo, onde o termo “aceite da doença” se torna mais amadurecido e mais aceito pela pessoa.

Como pesquisadora quero ressaltar que no presente estudo, os participantes da pesquisa relataram que apesar de terem sofrido uma queda no desempenho diário de suas atividades cotidianas assim como na autoestima, afirmaram que passaram a se sentirem melhores após o início do tratamento dialítico e ainda o reconheceram como sendo o responsável pelo prolongamento de suas vidas. E quando indagados á respeito do próprio estado de saúde a grande maioria referiu sentir-se melhor atualmente do que anos á trás e isso lhes trazia um certo conforto e sentimento de felicidade por ainda estarem juntos de seus familiares.

Ao término das sessões de HD, vários pacientes retornavam para suas casas de ônibus e sozinhos referindo estarem se sentindo bem e com a sensação de que suas energias

foram repostas. Essas evidências nos levam a refletir sobre a questão subjetiva do que é estar e ter felicidade na vida. Experiência para mim enriquecedora visto que, mesmo diante de uma doença crônica sem perspectiva de cura, eles encontravam sentido e felicidade na vida.

Os relatos ajudam a fortalecer o resultado referente ao escore do domínio saúde mental ter se apresentado como o menos comprometido no presente estudo, visto que como já descrito anteriormente, tais resultados também são compatíveis ao encontrado na literatura.

Na Tabela 4, a seguir, estão apresentados os valores de P em relação aos testes estatísticos aplicados no cruzamento entre as características dos pacientes e os domínios do SF – 36[®].

TABELA 4 - Valores de “p” dos domínios do SF – 36[®] relacionados às variáveis sociodemográficas, tempo de tratamento e mudanças corridas em virtude da cronicidade da doença dos indivíduos renais crônicos entrevistados – Campo Grande/MS, 2013. (n=120)

Variáveis	Domínios*							
	CF	AF	DF	SG	VIT	AS	AE	SM
Sexo	0,5480	0,5900	0,5220	0,3790	0,7570	0,8700	0,8130	0,1240
Procedência	0,257	0,229	0,765	0,383	0,690	0,560	0,706	0,375
Ocupação	0,252	0,246	0,394	0,008	0,957	0,613	0,443	0,434
Tempo/Tratamento	0,345	0,034	0,867	0,299	0,620	0,038	0,010	0,378
Alimentação	0,035	0,435	0,602	0,358	0,432	0,052	0,374	0,375
Insônia	0,020	0,493	0,042	0,068	0,593	0,432	0,432	0,492
Desconforto urinário	< 0,001	0,086	0,197	0,006	0,035	0,532	0,924	0,436
Atividade sexual	0,242	0,058	0,258	0,528	0,658	0,528	0,403	0,536
Autoestima	0,102	0,063	0,198	0,147	0,164	0,773	0,401	0,687
Desempenho P.	0,335	0,358	0,919	0,221	0,143	0,551	0,377	0,781
Lazer	0,710	0,435	0,069	0,303	0,739	0,730	0,423	0,250
União Estável.	0,610	0,572	0,983	0,482	0,663	0,467	0,167	0,941
Sentimento/Hemod.	0,635	0,078	0,505	0,482	0,542	0,478	0,091	0,625
Fila/transplante	0,587	0,073	0,096	0,432	0,425	0,059	0,294	0,658
Renda mensal	0,128	0,295	0,666	0,225	0,710	0,033	0,521	0,780

* P menores que 0,05 são considerados estatisticamente significativos. **Legenda:** Capacidade funcional (CF); Limitação por Aspectos físicos (LAF); dor física (DF); Estado Geral de Saúde (SG); Saúde Mental (SM); P (profissional); Hemod. (Hemodiálise)

As variáveis com valor de p significativo dos domínios de QV que aparecem na tabela 4, serão apresentadas e discutidas adiante.

Tabela 05 - Tempo de tratamento em relação aos domínios do SF – 36[®] dos renais crônicos – Campo Grande/MS, 2013. (n=120)

Domínios	Tempo Tratamento	N	Média	D.P.	t	P
Capacidade Funcional	Até 3 anos	45	54,00	30,09	27,71	0,345
	Mais que 3 anos	75	29,27	21,26		
Limitação por Aspectos Físicos	Até 3 anos	45	65,00	50,68	4,61	0,034
	Mais que 3 anos	75	36,67	79,31		
Dor Física	Até 3 anos	45	65,04	15,50	0,03	0,867
	Mais que 3 anos	75	65,65	21,20		
Estado Geral de Saúde	Até 3 anos	45	43,67	15,35	1,09	0,299
	Mais que 3 anos	75	40,72	14,75		
Aspectos Sociais	Até 3 anos	45	70,67	20,71	9,87	0,038
	Mais que 3 anos	75	59,00	19,07		
Aspectos Emocionais	Até 3 anos	45	61,11	23,72	12,81	0,010

Com relação à variável tempo de tratamento (Tabela 4), podemos observar que houve correlação significativa referente aos domínios “Aspectos Emocionais” ($p < 0,010$). Aspectos Sociais ($p=0,038$) e Limitação por Aspectos Físicos ($p=0,043$). Corroborando com os achados, no estudo realizado por Frazão, Ramos e Lira (2011) ressaltaram que há evidências de relatos na literatura que pessoas que realizam HD há pouco tempo convivem com a sensação de desconforto, irritação e intolerância, sendo inevitável o comprometimento dos aspectos emocionais e sociais. Ferreira e Silva Filho (2011) destacam que entrar em tratamento hemodialítico três vezes por semana ou diariamente traz, aos renais crônicos, repercussões nos contextos físico, emocional e social de suas vidas.

Kusumoto et al. (2010) ressaltam que a DRC e seu tratamento, na maioria das vezes, causam incapacidades físicas e emocionais, ambas interferindo na vida dos adultos e idosos, limitando ou impedindo a realização de suas atividades diárias. Tais fatos geram mudanças de aspecto negativo no âmbito biopsicossocial das pessoas acometidas pela doença.

TABELA 6 – Insônia em relação aos domínios do SF – 36[®] dos renais crônicos entrevistados – Campo Grande/MS, 2013. (n=120)

Domínios	Dificuldade dormir	N	Média	D.P.	t	P
Capacidade Funcional	Não	52	45,19	27,58	5,54	0,020
	Sim	68	33,46	26,66		
Dor Física	Não	52	69,48	15,22	4,21	0,042
	Sim	68	52,32	21,34		
Aspectos Emocionais	Não	52	60,10	20,12	12,45	0,432
	Sim	68	47,61	18,48		

Os pacientes que fizeram este relato de insônia estão piores em QV, em relação aos que disseram não ter dificuldade em dormir, nos domínios Capacidade Funcional ($p = 0,020$) e Dor Física ($p = 0,042$).

Define-se o sono como sendo um estado fisiológico em que o corpo (do ser humano e dos animais) entra em repouso normal e periódico, diminuindo, portanto, a resposta ao meio ambiente, ou seja, há uma suspensão temporária da atividade perceptivo-sensorial e motora voluntária. Pode-se concluir, então, que o sono constitui um estado de perda de consciência reversível, periódico e natural, diferente do estado inconsciente que resulta do coma, da anestesia geral ou da hibernação (LORENZINI; COELHO, 2008).

Segundo Lorenzini e Coelho (2008) e Pedroso e Sbardelloto (2008), o sono restaura o equilíbrio de inúmeras regiões do SNC, reduz a pressão arterial sistólica, diminui a temperatura, relaxa os músculos, entre outros. Entre suas funções, o sono também mantém a homeostase do organismo humano. Portanto, a falta de sono provoca distúrbios no organismo, causando perturbações, como: perda de apetite, alterações das funções gastrintestinais e outros sinais de insatisfação.

É interessante comentar outro problema, ou seja, o da sintomatologia depressiva do paciente renal. Muitos sintomas da depressão são devido à enfermidade (dificuldade no sono, anorexia, cansaço ou perda de energia, dificuldades na concentração). Esse problema no diagnóstico da depressão do paciente submetido a tratamento hemodialítico pode ser resolvido com o auxílio de medicamentos antidepressivos juntamente com aqueles que combatem a insônia (LUIZ et al., 2010).

Com relação à dimensão Dor Física convém frisar que a diminuição da flexibilidade em pessoas com DRC está associada aos sintomas predominantes da doença como dor óssea, desconforto nas articulações e calcificação com depósito de cálcio periarticular, que leva à inflamação aguda da articulação, causando dores ou rigidez. Além do mais, a sintomatologia da dor é capaz de causar limitações funcionais, tornando a execução de atividades cotidianas cada vez mais complicadas (FRAZÃO; RAMOS; LIRA, 2011).

TABELA 7 – Renda Mensal em relação aos domínios do SF - 36[®] dos renais crônicos-Campo Grande/MS, 2013. (n=120)

Domínio	Renda	N	Média	D.P.	T	P
Capacidade Funcional	Até 1 sm	88	40,85	27,40	2,34	0,128
	Mais que 1 sm	32	32,19	27,47		
Limitação por Aspectos Físicos	Até 1 sm	88	43,18	50,53	1,10	0,295
	Mais que 1 sm	32	58,59	109,73		
Dor Física	Até 1 sm	88	64,97	19,43	0,19	0,666
	Mais que 1 sm	32	66,69	18,76		
Estado Geral de Saúde	Até 1 sm	88	42,83	14,70	1,49	0,225
	Mais que 1 sm	32	39,06	15,65		
Vitalidade	Até 1 sm	88	62,95	20,71	0,14	0,710
	Mais que 1 sm	32	64,53	19,85		
Aspectos Sociais	Até 1 sm	88	54,12	20,82	0,98	0,033
	Mais que 1 sm	32	50,00	17,96		
Aspectos Emocionais	Até 1 sm	88	40,91	49,45	0,41	0,521
	Mais que 1 sm	32	34,38	48,26		
Saúde Mental	Até 1 sm	88	72,41	20,05	0,08	0,780
	Mais que 1 sm	32	71,25	19,89		

Com relação à Renda Mensal, houve correlação positiva significativa com o domínio Aspecto Social, ou seja, quanto maior a renda mensal melhor a QV no domínio AS.

De acordo com Ribeiro et al. (2009), o domínio Aspecto Social interfere nas atividades sociais do indivíduo e, geralmente, ocorre pelo grau de comprometimento da saúde, não apenas física, mas emocional.

Convém frisar que uma renda familiar mensal muito baixa acaba não sendo suficiente para os gastos familiares; e com a diminuição na renda, devido, muitas vezes, a não possibilidade de o renal crônico desenvolver atividades profissionais, ainda existe aumento de gastos com medicamentos e alimentação especial, entre outras despesas. Tais fatos nos permitem afirmar que quanto maior a renda salarial, melhor será a QV.

TABELA 8 – Desconforto urinário em relação aos domínios do SF – 36[®] dos indivíduos renais crônicos entrevistados – Campo Grande/MS, 2013. (n=120)

Domínio	Dif. urina	N	Média	D.P.	T	P
Capacidade Funcional	Não	25	67,20	25,13	47,42	< 0,001
	Sim	95	31,00	22,92		
Estado Geral de Saúde	Não	25	49,04	13,12	7,73	0,006
	Sim	95	39,93	14,93		
Vitalidade	Não	25	71,00	22,22	4,54	0,035

Quando comparado a se o paciente possui desconforto ao urinar em relação os domínios do SF – 36[®], verificou-se que todos os domínios apresentados na Tabela 7 foram significativos (Capacidade Funcional, Estado Geral de Saúde e Vitalidade) com $p < 0,005$. Aqueles com desconforto ao urinar estão piores em QV do que os outros que não apresentam desconforto ao urinar.

Sabe-se que a DRC é um evento irreversível de depuração da função renal, ou seja, da filtração glomerular, que age de forma gradual, debilitando o paciente (KIRCHNER et al., 2008) Sendo assim, é importante ressaltar que dentre as principais causas da DRC, encontra-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HA) a qual interage com os rins de forma íntima e complexa. Podemos dizer que há uma correlação entre o nível de PA (pressão arterial) e a progressão da insuficiência renal, pois a incidência e a intensidade da HA aumentam progressivamente à medida que a função renal deteriora, de forma que quase todos os pacientes com DRC estão hipertensos quando iniciam o tratamento dialítico (KIRSZTAJN et.al;2011).

Dessa maneira, alguns fatores que interferem na fisiopatologia da hipertensão são: ganho de peso interdialítico, retenção de água e sódio e a relação da presença ou não de diurese residual, de sódio plasmático e urinário. Somado a tudo isso, o mau funcionamento dos rins compromete o débito urinário do indivíduo renal crônico (LUIZ et al., 2010).

Importante frisar que, no presente estudo, não foram pesquisados as comorbidades, porém, de acordo com a pesquisa, 85 (75,8%) entrevistados referiram diminuição da quantidade de urina diária, enquanto 35(25%) disseram que não.

6 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Como já descrito, o DE faz parte da segunda etapa do PE, o qual orienta o julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde reais ou potenciais dando suporte ao enfermeiro quanto à tomada de decisão (BARROS, 2009). Vale ressaltar que a identificação dos DE, orienta a realização do tratamento hemodialítico individual, uma vez que sua formulação adequada direciona o planejamento, a implementação e a evolução do cuidado (JUCHEM; ALMEIDA; LUCENA, 2010).

Dessa maneira, é importante que o enfermeiro assista o paciente de forma integral, a fim de prestar-lhe uma assistência de enfermagem com qualidade. Destaca-se que uma relação enfermeiro/paciente satisfatória é imprescindível para que ele aceite da melhor o seu novo estilo de vida e as mudanças que poderão ocorrer (SALES; AFONSO; SANTOS, 2008).

Nesse sentido, após a análise dos problemas encontrados no questionário sociodemográfico juntamente com as respostas referentes ao tempo de tratamento, fila de transplantes e atividades afetadas durante a cronicidade da doença, acopladas com os resultados significativos do SF-36®, foram elencados um total de 19 Diagnósticos de Enfermagem da NANDA (2013) -Taxonomia II, que são apresentados no Quadro 1:

Quadro 1: Diagnósticos de enfermagem para pessoas com DRC em tratamento dialítico, Campo Grande-MS/2013. (n=120)

Domínio 1: Promoção da saúde	f	%
Estilo de vida sedentário	100	88,3
Autocontrole ineficaz da saúde	32	26,7
Comportamento de saúde propenso a risco	32	26,7
Controle familiar ineficaz do regime terapêutico	32	26,7
Disposição para autocontrole de saúde melhorado	88	73,3
Proteção ineficaz	120	100
Domínio 2: Nutrição		
Risco de desequilíbrio de volume de líquido	120	100
Domínio 3: Eliminação e troca		
Eliminação urinária prejudicada	85	70,8
Domínio 4-Atividade/ Repouso		
Insônia	68	56,6
Fadiga	100	83,3
Intolerância à atividade	100	83,3
Domínio 6: Autopercepção		
Baixa autoestima situacional	88	73,3

Distúrbio na imagem corporal	88	73,3
Domínio 7: Papéis e Relacionamentos		
Interação Social Prejudicada	120	100
Domínio9: Enfrentamento/tolerância ao estresse		
Sentimento de impotência	120	100
Domínio 11:Segurança /proteção		
Integridade da pele prejudicada	120	100
Risco de infecção	120	100
Domínio12:Conforto		
Conforto prejudicado	120	100
Dor aguda	73	60,83

Fonte: Diagnóstico de Enfermagem NANDA, 2013.

6.1 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para facilitar a análise de dados utilizou-se a divisão em domínios e classes juntamente com as características definidoras e os fatores relacionados.

Importante ressaltar que as características definidoras, que fazem parte do DE, são indícios ou inferências que se agrupam como manifestações reais, ou seja, sinais e sintomas de uma doença ou estados de saúde de bem-estar (ROSENBERG, SMITH; 2010). Já os fatores relacionados de acordo com NANDA (2013) são fatores que parecem mostrar algum tipo de relação padronizada com o DE. Podem ser descritos como antecedentes de associados a, relacionados a, contribuintes para ou estimuladores. Apenas DE reais e síndromes possuem fatores relacionados.

Iniciando pelo domínio 1 - Promoção da Saúde, em relação à classe 1: Percepção da saúde foi encontrado o DE: Estilo de vida sedentário e na classe 2- Controle da saúde, encontraram-se cinco diagnósticos de enfermagem: Autocontrole ineficaz da saúde, Comportamento de saúde propenso a risco, Controle familiar ineficaz do regime terapêutico, Disposição para autocontrole de saúde melhorado, e Proteção ineficaz.

No Domínio 3-Eliminação e troca, foi encontrado um DE, em relação à classe 1-Função urinária: Eliminação urinária prejudicada, de acordo com o Quadro 2:

Quadro 2- Diagnósticos de Enfermagem e respectivas características definidoras e fatores relacionados com a qualidade de vida de acordo com os Domínios 1 e 3 para pessoas com DRC em tratamento dialítico, Campo Grande-MS/2013.

Diagnósticos de Enfermagem	Características Definidoras	Fatores Relacionados
1- Autocontrole ineficaz da saúde.	Expressa dificuldade com os regimes prescritos Falha em agir para reduzir fatores de risco	Complexidade do regime terapêutico Suscetibilidade percebida
2- Comportamento de saúde propenso a risco.	Demonstra a não aceitação da mudança no estado de saúde	Atitude negativa em relação aos cuidados de saúde
3- Controle familiar ineficaz do regime terapêutico	Verbaliza dificuldade com o regime terapêutico	Complexidade do regime terapêutico
4- Disposição para autocontrole de saúde melhorado	Expressa desejo de controlar a doença Expressa pouca dificuldade com regime de tratamento prescrito	Não se aplica
5- Estilo de vida sedentário	Verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico.	Falta de treino para fazer exercício físico Falta de motivação
6- Proteção ineficaz	Fadiga Fraqueza Insônia	Terapia com medicamentos (p.ex: anticoagulantes trombolíticos)
7- Eliminação urinária prejudicada	Frequência Hesitação urinária	Múltiplas causas

Fonte: Diagnóstico de Enfermagem NANDA, 2013.

Ressalta-se que os DE enumerados de 1 a 3 foram identificados mediante a resposta dos pesquisados com relação aos cuidados com a alimentação dentre os quais 32 (26,7%) informaram não terem cuidado na alimentação, o que demonstra a dificuldade da adesão ao novo estilo de vida. Situação à qual foi identificado o DE: Comportamento de saúde propenso á risco, o qual é definido como sendo a incapacidade de modificar o estilo de vida/comportamentos de forma compatível com as mudanças no estado de saúde (NANDA, 2013).

Segundo Leal et al (2008), a permanência no regime terapêutico é uma das grandes dificuldades das pessoas com DRC, em que os fatores socioeconômicos e o desconhecimento que o processo de deterioração renal acelera o curso da doença.

Tal fato também ocasiona a ocorrência do DE Autocontrole ineficaz da saúde e controle familiar ineficaz do regime terapêutico definido pela NANDA como sendo o padrão de regulação e integração aos processos familiares de um programa de tratamento de doenças e suas sequelas que é insatisfatório para atingir objetivos específicos de saúde.

Ramos et al. (2008) ressaltaram que, em alguns casos, a falta de apoio familiar para procurar assistência á saúde pode contribuir para a não aderência ao regime terapêutico.

Importante salientar que o enfermeiro deve buscar inserir a família do paciente e até mesmo seu grupo social no tratamento e assim ter uma importante fonte de apoio para que o doente alcance uma adequada adesão a terapêutica proposta. Desse modo, busca-se uma assistência mais humanizada ao doente renal crônico, fortalecendo vínculos, evitando também o isolamento social.

Já os sujeitos que disseram ter cuidado com a alimentação em uma proporção de 88 (73,3%) estão enquadrados no DE referente ao número 4-Disposição para autocontrole de saúde melhorado, que, segundo NANDA (2013), é definido como sendo padrão de regulação e integração à vida diária de um regime terapêutico para o tratamento de doenças e suas sequelas que é suficiente para alcançar os objetivos relacionados à saúde, e que pode ser fortalecido. Isso demonstra que houve desempenho dos indivíduos, com responsabilidade quanto a dieta alimentar e a restrição hídrica, além de buscarem o controle dos sintomas da doença dentro do limite esperado, a fim de reduzir os fatores de risco, de progressão da doença e suas sequelas (73,3%).

É propício ao enfermeiro organizar um plano assistencial cujas metas sejam a manutenção da ingestão nutricional adequada a fim de minimizar os sintomas urêmicos e os desequilíbrios hidroeletrólíticos. Promovendo a manutenção do estado nutricional por meio da ingestão adequada de proteínas, calorias, vitaminas e minerais; e a possibilidade de o paciente ingerir uma dieta saborosa e de seu agrado. O enfermeiro, ao agir como conselheiro alimentar e nutricional, contribui de forma única e permanente para a promoção da saúde e para a prevenção de doenças (MARTINS, 2011). Com ressalvas na restrição hídrica, na qual o acúmulo de líquido pode levar ao ganho de peso, à insuficiência cardíaca congestiva e ao edema pulmonar (SMELTZER; BARE, 2012). O objetivo de tais condutas minimiza o risco da ocorrência do DE: Risco de distúrbio eletrólítico.

O DE Eliminação urinária prejudicada é definido pelo distúrbio de eliminação da urina (NANDA, 2013). Esteve presente na amostra por meio de relatos verbais, em que 70,8% referiram de desconforto urinário. Visto que DRC é caracterizada pela rápida redução da função renal, tendo como resultado a diminuição da diurese e a perda da homeostase interna do organismo (GUYNTO; GUEDES, 2009).

Proteção ineficaz refere-se à diminuição na capacidade de proteger-se de ameaças internas ou externas, como doenças ou lesões (NANDA, 2013). Esse DE foi identificado em meio à vulnerabilidade existente aos pacientes portadores da DRC, sendo imperioso mencionar que perfis sanguíneos anormais (anemia e alterações na coagulação) e terapia com medicamentos/tratamento contribuem para o seu desenvolvimento.

Embora a ocorrência da anemia não tenha sido investigada neste estudo, é importante citá-la por ser uma das complicações da DRC, a qual se desenvolve em consequência da produção inadequada de eritropoietina e a carência de ferro, podendo suscetibilizar o paciente para o desenvolvimento de infecções. (SMELTZER; BARE, 2012).

A cada sessão de terapia hemodialítica, o paciente recebe fármacos de ação anticoagulante, e é de responsabilidade do enfermeiro atentar para o controle da anticoagulação a fim de prevenir complicações. Entre tais condutas incluem observar o sangramento em pacientes urêmicos que pode ocorrer nas regiões da venopunção das agulhas de diálise, ao redor do local de inserção do cateter venoso central e, espontaneamente, em órgãos internos alterados pela própria condição urêmica ou por comorbidade (SOUZA et al., 2008).

No domínio 4-Atividade/ Repouso relação à classe 1-Sono/Repouso, foi identificado o DE: Insônia em que 58 (56,6%) dos entrevistados relataram dificuldade para dormir, sendo necessário o uso de medicamentos. Na classe 3- Equilíbrio e energia, temos o DE: Fadiga que está de acordo com a resposta da questão nº 3 do instrumento de QV, SF-36[®], em que 40,8% da amostra responderam que atividades, tais como, correr, levantar objetos pesados, jogar bola, varrer a casa, subir lances de escada, ajoelhar-se e caminhar um quarteirão requeriam muita dificuldade na realização, apresentando desconforto aos esforços (dispneia e fadiga). Por fim, na classe 4-Respostas cardiovasculares/pulmonares, temos o DE: Intolerância à atividade, conforme Quadro 3:

Quadro 3. Diagnósticos de Enfermagem e respectivas características definidoras e fatores relacionados com a qualidade de vida dos Renais Crônicos de acordo com os Domínio 4 para pessoas com DRC em tratamento dialítico, Campo Grande-MS/2013.

Diagnósticos de Enfermagem	Características Definidoras	Fatores Relacionados
Insônia	Relato de dificuldade para adormecer	Dor Desconforto físico
Fadiga	Aumento das necessidades de repouso Falta de energia Relato de cansaço Relato de incapacidade de manter as rotinas habituais	Privação do sono Eventos negativos na vida
Intolerância à atividade	Dispneia aos esforços Desconforto aos esforços	Estilo de vida sedentário

Fonte: Diagnóstico de Enfermagem NANDA, 2013

O DE Insônia é definido como um distúrbio na quantidade e na qualidade do sono que prejudica o funcionamento normal de uma pessoa (NANDA, 2013). De acordo com Guyton e Hall (2009), o sono é um estado fisiológico em que há redução da resposta ao meio ambiente por repouso normal e periódico, caracterizado, tanto no ser humano como em outros animais superiores, pela suspensão temporária da atividade perceptivo-sensorial e motora voluntária.

A falta de sono não afeta diretamente as funções intrínsecas dos diferentes órgãos, mas pode desencadear distúrbios autonômicos graves e esses, por sua vez, causam perturbações gastrintestinais, perda do apetite e outros efeitos deletérios (SOUZA et al, 2009). Nos pacientes que apresentaram Insônia, foram evidenciadas características de insatisfação com o sono, dificuldade para permanecer dormindo e relato de falta de energia.

O DE Estilo de vida sedentário refere-se ao hábito de vida que se caracteriza por um baixo nível de atividade física, que foi identificado em 83,3% da amostra. Visto que a inatividade física e a baixa QV são situações frequentes entre os pacientes em hemodiálise, que podem ser explicadas por condições, como, idade avançada, tempo de hemodiálise, baixo condicionamento físico e anemia (PERES et al, 2009).

Tais ocorrências direcionam a ocorrência do diagnóstico “Intolerância à atividade”, o qual é caracterizado pela energia fisiológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas, caracterizado por desconforto aos esforços, dispneia aos esforços e relato verbal de fadiga ou fraqueza (NANDA, 2013).

Dessa maneira, seria propício um maior envolvimento social na prática de exercícios físicos por meio do sistema apoio-educação, entre o enfermeiro e o educador físico, visto que tais atividades contribuem para prevenção de várias morbidades, além do aumento na autoestima e redução da depressão e isolamento social (BEZERRA et al; 2012). Tais condutas contribuiriam para melhoria da qualidade de vida dos pacientes. Com ressalva de que tais atividades físicas devem ser realizadas de forma individual respeitando-se a capacidade de cada indivíduo. No domínio 5: Percepção/cognição não foram identificados DE.

Com relação ao domínio 6-Auto percepção foi encontrado na classe 2-Autoestima, o DE: Baixa autoestima situacional, onde 75 (80,8%) dos entrevistados relataram ter uma queda significativa na autoestima.

E na classe 3-Imagem corporal, temos o DE: Distúrbio na imagem Corporal. Referente ao Domínio 7-Papéis e Relacionamentos em relação à classe 3-Desempenho de papéis, temos o DE: Interação Social Prejudicada, conforme o Quadro 4:

Quadro 4: Diagnósticos de Enfermagem e respectivas características definidoras e fatores relacionados com a qualidade de vida dos Renais Crônicos de acordo com os Domínios 6 e 7 para pessoas com DRC em tratamento dialítico em Campo Grande-MS/2013.

Diagnósticos de Enfermagem	Características Definidoras	Fatores Relacionados
Baixa autoestima situacional	Relato de sentimento de inutilidade	Mudanças no papel social Prejuízo funcional
Distúrbio na imagem Corporal	Relato de sentimentos que refletem uma visão alterada do próprio corpo.	Tratamento de doenças Psicossociais
Interação Social Prejudicada	Desconforto em situações sociais Relato familiar de mudança de interação	Distúrbio no autoconceito Isolamento Terapêutico

Fonte: Diagnóstico de Enfermagem NANDA, 2013.

Salienta-se que, de certa forma, a noção de qualidade de vida dos pacientes em tratamento hemodialítico, se desestrutura ou rompe-se com a progressão da doença, que desencadeia uma baixa autoestima situacional definida como sendo o desenvolvimento de percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual (NANDA, 2013).

Afirmam Rodrigues, Botti (2009) que, diante dos aspectos fisiopatológicos, psicológicos e socioeconômicos que afetam o indivíduo com DRC, eles acabam desenvolvendo depressão, comportamento não cooperativo, disfunção sexual, dificuldades relacionadas à ocupação e reabilitação. Nesse sentido, a doença interfere negativamente na qualidade de vida comprometendo o bem-estar físico e social dessas pessoas.

Smeltzer e Bare (2012) identificaram que o diagnóstico Risco de baixa autoestima situacional pode estar relacionado ao distúrbio da imagem corporal ocasionado pela DRC em suas manifestações clínicas, tais como: “aspecto urêmico” em decorrência do depósito de cristais de ureia na pele, o prurido intenso, a anorexia, aneurisma de MMSS decorrente da fístula arteriovenosa, além da própria cicatriz ocasionada por esse acesso vascular.

Outro fator importante a ser discutido é a questão da autonomia, pois como já demonstrado a doença aumenta o absenteísmo, é responsável pelo isolamento social deixando de realizar atividades antes comuns como sair/visitar amigos, frequentar igreja, diminuindo a sua inserção na sociedade criando um sentimento de suporte reduzido que poderá afetar negativamente a sua saúde (RESENDE et al;2008).

Trata-se de uma realidade vivenciada na prática clínica onde os indivíduos renais crônicos quando convidados a participar do tratamento e estimulados ao autocuidado por meio da educação para a saúde, experimentam a sensação de maior autonomia, fato que pode colaborar com o sucesso do tratamento.

Nesse contexto, cabe aos enfermeiros desenvolverem atividades em grupos, com essas pessoas, para favorecer a expressão e interação com outros que se encontram em situação similar.

No domínio 8- Sexualidade, não foi encontrado DE, visto que 75 (62,5%) dos entrevistados relataram não terem ocorrido mudanças na vida sexual correspondente aos resultados obtidos. No domínio 9: Enfrentamento/tolerância ao estresse, na classe2: Respostas ao enfrentamento, foi identificado o DE: Sentimento de impotência o qual foi identificado mediante a resposta da questão nº 5 do SF-36 (anexo A) a qual investigou a queda da produtividade do desempenho profissional/atividades cotidianas, relatada por 74 (61,6%) dos entrevistados e manifestado pelo sentimento de impotência. Valores quais também obtidos no questionário sociodemográfico. No domínio10-Princípios da vida não foram encontrados DE.

No Domínio 11-Segurança /proteção: foi identificado o DE referente à Classe 1-Infecção: Integridade da pele prejudicada. No Domínio12-Conforto em relação à classe 1-Conforto físico foi encontrado o DE: Conforto prejudicado e Dor aguda, conforme o Quadro5:

Quadro 5: Diagnósticos de Enfermagem e respectivas características definidoras e fatores relacionados com a qualidade de vida dos Renais Crônicos de acordo com os Domínios 9,11 e 12 para pessoas com DRC em tratamento dialítico, Campo Grande-MS/2013.

Diagnósticos de Enfermagem	Características Definidoras	Fatores Relacionados
14-Sentimento de impotência	Relato de frustração quanto à incapacidade de realizar atividades anteriores	Regime relacionado á doença
15-Integridade da pele prejudicada	Rompimento da superfície da pele	Estado metabólico prejudicado
16- Conforto prejudicado	Sintomas relacionados á doença	Dor
17-Dor aguda	Distúrbios no padrão de sono	Relato verbal de dor

Fonte: Diagnóstico de Enfermagem NANDA, 2012-2014.

O DE Dor aguda é caracterizado basicamente pelo relato verbal de dor. Esse diagnóstico foi identificado por intermédio da questão n. 7 do questionário SF-36 (anexo) que investiga o limiar da dor nas últimas semanas, visto que a qualidade de vida do portador de DRC é altamente influenciada pelas sensações de dor. Neste estudo as queixas de dor foram mais referidas nos MMII acompanhados por câibras.

Para Terra et al. (2010), as câibras são complicação frequentes do procedimento hemodialítico, as quais predominam nos MMII e ocorrem, preferencialmente, na segunda metade da hemodiálise. Frequentemente são precedidas de hipotensão arterial.

Dentre as ações de enfermagem para minimizar os efeitos da dor ocasionada pela câibra, temos a aplicação de calor no músculo afetado, massagens, flexão dos dedos sobre o dorso do pé e pedir para o paciente fazer pressão sobre a planta do pé se a mesma estiver localizada em MMII.

Tais situações (dor, câibras) são contribuintes para o desenvolvimento do DE Conforto prejudicado, o qual é definido como sendo a falta percebida de sensação de conforto, alívio e transcendência, nas dimensões, física, psíquica, ambiental, social e cultural (NANDA, 2013).

A Integridade da pele prejudicada é descrita como “epiderme e/ou derme alteradas”, que está relacionada a fatores mecânicos como a própria incisão cirúrgica, em que há invasão de

estruturas do corpo e presença de cateteres. Fístulas que podem nem chegar a funcionar, cicatrizes nas FAV atuais e acessos que foram perdidos, são fatores reforçam, no presente estudo, os diagnósticos de enfermagem integridade da pele prejudicada, dada a necessidade de cuidados com o acesso.

É uma atribuição da equipe de enfermagem avaliar a integridade da pele dos pacientes e orientá-los ao uso de emolientes para emulsificação da pele assim como orientar quanto a banhos rápidos com água com temperatura ambiente. No domínio 13- Crescimento/desenvolvimento, não foi encontrado DE compatíveis aos resultados obtidos.

No presente estudo também foram identificados DE de Risco o qual é definido como sendo o julgamento clínico sobre experiências/respostas humanas e condições de saúde/processos vitais com elevada probabilidade de ocorrer em um indivíduo, família, grupo ou comunidade vulnerável (NANDA, 2013).

Tal definição é acoplada aos fatores de risco que seriam fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, família, grupo ou comunidade a um evento insalubre. Somente DE de Risco têm fatores de risco. Os encontrados neste estudo são apresentados no Quadro 6:

QUADRO 6: Diagnósticos de Enfermagem e respectivos fatores relacionados com a qualidade de vida dos Renais Crônicos de acordo com os Domínios 2 e 11 para pessoas com DRC em tratamento dialítico, Campo Grande-MS/2013.

Diagnósticos de enfermagem	Fatores de risco
Risco de desequilíbrio de volume de líquidos	Disfunção renal Disfunção endócrina
Risco de Infecção	Procedimentos invasivos

Fonte: Diagnóstico de Enfermagem NANDA, 2012-2014

O DE Risco de desequilíbrio do volume de líquidos pertence ao Domínio 2: Nutrição inserido na classe 5: Hidratação, o qual é definido como risco de diminuição, aumento ou rápida mudança de uma localização para outra do líquido intravascular, intersticial e/ou intracelular. Refere-se à perda, ao ganho, ou a ambos, dos líquidos corporais (NANDA, 2013). Está relacionado, similar ao que afirmam Smeltzer e Bare (2012), com o débito urinário diminuído, retenção de sódio e água, e sede excessiva do paciente portador da DRC.

É salutar destacar que o excesso de volume de líquidos nos pacientes com DRC em

hemodiálise pode acarretar intercorrências, como hipotensão e câibras devido à retirada do líquido e do eletrólito, assim como alterações cardiovasculares que poderão ser severas e irreversíveis (FONTENELE et al, 2008). Logo, a equipe de enfermagem deverá ter um olhar diferenciado para essa complicação.

Risco de infecção de acordo com NANDA (2013) é definido como o risco aumentado de um indivíduo ser invadido por organismos patogênicos. Pertence ao Domínio 11: Segurança e proteção inserido na classe 1: Infecção. Este diagnóstico foi confirmado através dos fatores de risco observados: doenças crônicas, defesas secundárias inadequadas e procedimentos invasivos. Leal, Leite e Mafra (2008) afirmaram que os estados metabólicos em constante alteração favorecem a instalação de infecções no portador de DRC.

Corroborando, Breitsameter, Thomé, Silveira (2008) afirmaram que depois dos problemas de ordem renal, as infecções caracterizam o principal motivo de internação dos pacientes renais crônicos, pois estes são imunodeprimidos, apresentando assim maior suscetibilidade a infecções, além de possuírem maior risco devido aos acessos venosos para hemodiálise (cateteres centrais ou FAV).

Importante ressaltar, que a fístula arteriovenosa é o principal acesso vascular para o paciente em tratamento hemodialítico. Embora não se possam evitar as múltiplas punções que aumentam o risco de infecção, a equipe de enfermagem deverá monitorar a integridade do acesso vascular, ficando atenta para possíveis sinais flogísticos, que indiquem uma infecção, assim como a presença de estenose, trombose, aneurisma e isquemia distal e preservar as condições de um acesso ideal como fluxo sanguíneo adequado para a prescrição da diálise (HOLANDA; SILVA, 2009).

Mediante as alterações ocasionadas pela DRC diagnosticados pelos enfermeiros é importante destacar que cada responde de maneira diferente a sua condição de doença crônica. Tal fato exige que o enfermeiro ofereça maior suporte emocional e esclarecimentos em relação a sua doença e indicando meios para que doente consiga manter um nível satisfatório de qualidade de vida (MALDANER et al; 2008).

Destaca-se que os DE aqui apresentados aproximam-se dos estudos citados sobre diagnósticos de enfermagem em pacientes renais crônicos (LATA; LEITE; MAFRA, 2008; COSTA et al;2010; ALVES et al; 2009; HOLANDA; SILVA, 2009).

7 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Sabe-se que a doença renal crônica gera limitações e dificuldades, principalmente relativas às mudanças nos hábitos de vida e, sobretudo, a doença contribui para a piora das condições do paciente (GRICIO, KUSUMOTA; CANDIDO, 2009).

Dessa forma, o tratamento da DRC deve ser conduzido por uma equipe multidisciplinar visando à integralidade no atendimento, usando uma linguagem acessível no entendimento aos pacientes para que eles promovam o autocuidado, compreendam as orientações e entendam a doença e os objetivos do tratamento (TRAVAGIM e KUSUMOTA, 2009).

Contudo para que as informações previstas no desenvolvimento do tratamento sejam efetivas faz-se necessária a adesão do paciente a terapêutica (WERNECK, 2008). De acordo com Assunção e Ursine, (2008) o processo de adesão ao tratamento de doença crônica compreende três estágios. Primeiramente é necessária a concordância do paciente com a proposta de tratamento, de acordo com as informações fornecidas pelos profissionais de saúde. Num segundo estágio, temos a transição entre os cuidados prestados pelos profissionais e o autocuidado, representando o momento em que o paciente continua o seu tratamento sob a supervisão do profissional, o que exige grande disciplina e participação de sua parte. No terceiro estágio do processo de adesão, tem-se a manutenção, ou seja, quando o paciente com supervisão parcial incorpora o tratamento ao seu estilo de vida, demonstrando mudança de comportamento.

Bastos e Kirsztajn (2011) ressaltaram que o modelo de atendimento interdisciplinar, ao oferecer os cuidados necessários, de forma abrangente e organizada, parece ser a melhor forma de tratar a DRC, embora mais estudos nessa área ainda sejam necessários.

O enfermeiro como membro de uma equipe multiprofissional, deve estar inserido principalmente no papel de cuidador e educador, desenvolvendo a promoção de saúde com melhora da qualidade de vida desses pacientes (TRAVAGIM; KUSUMOTA, 2009).

Partindo de tal pressuposto, a elaboração das IE foi realizada a partir das afirmativas de diagnósticos, considerando-se que eles constituem a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido.

Dessa maneira, para intervir nos DE encontrados, foram elaborados intervenções e resultados para serem alcançados, baseados na classificação de NIC as quais irão tratar os

fatores relacionados ou fatores de risco e as características definidoras (sinais e sintomas) do DE estabelecido (BAVARESCO; LUCENA, 2012), apresentados no Quadro 7:

Quadro 07. Diagnósticos de Enfermagem, Resultados e Intervenções de Enfermagem, baseados na classificação NIC (2010) para os RC.

Diagnóstico de enfermagem: Autocontrole ineficaz da saúde, Controle familiar ineficaz do regime Terapêutico e Comportamento de saúde propenso á risco.

Resultados: Mobilização Familiar, Melhora do enfrentamento, Aceitação do estado de saúde.

Intervenções:

Explicar ao paciente / família sua condição de saúde, prognóstico e medidas de tratamento, em linguagem acessível, de acordo com o grau de compreensão;

Ouvir atentamente o paciente/família, respeitando suas emoções (medo, insegurança, ansiedade) ;

Identificar os fatores causadores e relacionados que impedem o controle eficiente (por exemplo: falta de confiança, recursos insuficientes, conhecimento insuficiente);

Fornecer ao paciente e à família informações sobre como utilizar o sistema de saúde (marcação de consultas, atendimento de acompanhamento, recursos disponíveis, etc.);

Explicar ao paciente / família os benefícios de adquirir mudanças no estilo de vida: restrição alimentar (dieta com pouco sal e pouca gordura, dando preferência para as frutas não ácidas para o consumo: mamão, banana, manga e etc.) e da ingestão hídrica, atividades de lazer, aceitação do regime terapêutico (proporciona disposição, controla a doença, melhora autoestima e promove bem-estar);

Incentivar a prática de atividade como pintura, artesanato, jogo de cartas, leitura de livros/revistas, ouvir músicas do seu agrado;

Estimular o envolvimento dos familiares no cuidado, solicitando apoio higienizar-se e vestir-se, se necessário;

Explicar todo o procedimento hemodialítico ao paciente/família;

Dialogar e tranquilizar o paciente durante as sessões de hemodiálise;

Respeitar os hábitos espirituais e religiosos do paciente /família, evitando confronto de ideias quanto às suas crenças;

Encorajar o paciente para estabelecimento de metas realistas: possibilidade de trabalho, viagens; realização de projetos de vida;

Orientar os familiares a manifestarem apoio ao paciente, com elogios e incentivos ao autocuidado,

Solicitar se possível, uma maior união familiar, promovendo a participação na tomada de decisão sobre questões inerentes ao tratamento;

Manter o paciente sempre limpo, livre de odores desagradáveis e arrumado com roupas adequadas com a temperatura ambiente e fáceis de vestir.

Enfatizar a importância do controle de peso, elogiando quanto à manutenção do peso seco, ganho mínimo entre as sessões de diálise.

Pesar o paciente antes e após cada sessão de diálise.

Incentivar o paciente a realizar passeios ou caminhadas semanais de acordo com a sua limitação.

Estimular o paciente a manifestar suas emoções, respeitando as alterações de humor.

Elogiar paciente/família se houver progresso no cuidado.

Diagnóstico de enfermagem: - Risco de desequilíbrio de volume de líquido

Resultado: Equilíbrio Hídrico

Intervenções:

Investigar com o paciente / família se a dieta está apropriada (ingesta inadequada de proteínas, ingesta excessiva de sódio) e os hábitos alimentares que podem contribuir para retenção de líquido (aumento da ingesta – chá, suco, sopa, água, refrigerante, frutas como laranja, melancia- consumo excessivo de doces);

Orientar o paciente/família quanto à necessidade de reduzir o consumo diário do sal; evitar o consumo de alimentos industrializados, enlatados e congelados e dar preferência ao consumo de temperos caseiros (salsa, cebolinha, limão, orégano, alho e etc.);

Realizar exame físico dirigido, atentando para: edema palpebral, edema pendente nos tornozelos/pés se o paciente estiver andando ou sentado; no sacro e na parte posterior da coxa se estiver deitado), anasarca, temperatura de extremidades, hiperemia, ressecamento e/ou despigmentação da pele, ausculta pulmonar com presença de estertores/congestão, ausculta cardíaca com detecção de ritmo de galope ventricular de B3, distensão das veias jugulares/refluxo hepatojugular;

Manter a extremidade edemaciada elevada com auxílio de travesseiros ou cobertores, quando sentado ou deitado;

Orientar a evitar cruzar pernas e tornozelos, quando sentado ou deitado;

Incentivar o uso de roupas leves, não apertadas e de fácil colocação: com elástico na cintura, abertura frontal, de tecido de algodão, adequadas ao clima;

Manter o MMII aquecidos com meias frouxas, preferencialmente de algodão;

Reduzir a pressão sobre as áreas da pele (forrar cadeiras com lençol ou cobertor; providenciar apoio para os pés);

Pesar o paciente antes e após cada sessão de diálise e comparar os pesos obtidos;

Aferir os SSVV atentando para níveis pressóricos alterados;

Estimular o paciente a deambular com auxílio (acompanhante ou andador) de acordo com suas limitações;

Emulsificar a pele no mínimo duas vezes ao dia;

Massagear suavemente a pele, nos locais de hiperemia;

Registrar e comunicar a ocorrência de dispneia, relato de cansaço aos pequenos esforços, ansiedade, taquicardia;

Avaliar resultados de exames laboratoriais (hemograma, sódio, potássio, ureia, creatinina, plaquetas e proteínas);

Orientar o paciente/família a anotar em um diário, o número de micções diárias, observando a quantidade (grande, média, pequena), odor e a coloração da urina;

Anotar quantidade (copo, caneca, prato- grande, médio, pequeno) e tipo de líquido (suco, água, sopa, chá, leite etc) ingerido durante o dia;

Pesar o paciente antes e após a HD.

Diagnóstico de enfermagem: Fadiga, Intolerância á atividade, Estilo de vida sedentário

Resultado: Controle de energia e alimentação

Intervenções:

Ouvir atentamente o paciente permitindo que ele expresse seus sentimentos relacionados à fadiga (tristeza, desânimo, dor, cansaço);

Identificar junto ao paciente quais são as atividades difíceis de serem realizadas por ele e aquelas que ele necessita de auxílio;

Manter o paciente informado do seu estado de saúde, colaborando para diminuir a ansiedade associada ao desconhecido e estranho;

Auxiliar o paciente nas atividades de alimentação e higiene, locomoção e auxílio se necessário;

Encorajar a atividade diária com auxílio de acompanhante (por exemplo: deambulação ou desempenho de atividades do cotidiano, coerentes com os recursos energéticos do paciente);

Repousar em ambiente com pouco ruído, portas e janelas abertas, com luminosidade diminuída, sempre que possível;

Consumir dieta adequada e fracionada, conforme orientações médicas ou da nutricionista;

Manter contato com amigos e familiares se possível; (verificar a adequação desta intervenção para o DE)

Encorajar o paciente a repousar antes das tarefas difíceis e parar antes do aparecimento da fadiga;

Evitar circular em ambientes onde necessite subir ou descer escadas;

Ouvir músicas que lhe proporcionem o relaxamento (clássica, hinos, sertanejos e etc.); (verificar a adequação desta intervenção para o DE)

Manter casa/quarto limpo e arejado;

Ajustar a temperatura do quarto, obtendo a mais confortável possível;

Encorajar a manter pensamentos positivos em relação ao seu estado de saúde;

Dialogar com o paciente a respeito de seus medos e tranquilizá-lo;

Incentivar a realizar suas atividades cotidianas diárias dentro de suas limitações.

Diagnóstico de enfermagem: Insônia

Resultados: Melhora da qualidade do sono

Intervenções:

Dialogar com o paciente e identificar os fatores contribuintes: físicos (calor, frio, dor), estressores e psicológicos (medo, ansiedade, frustração) que estão interferindo no sono;
Orientar a evitar cochilos prolongados (acima de 90 minutos) durante a tarde;

Estimular cochilos curtos (20 minutos) pela manhã;

Ingerir refeição leve (sopa, salada) no início da noite, pelo menos duas horas antes do horário previsto para dormir;

Tomar banho morno antes de deitar-se, se possível e emulsificar a pele;

Realizar higiene oral e externa antes de deitar-se;

Usar camisolas, pijamas leves e confortáveis;

Ajustar a temperatura do ambiente (abrir /fechar janelas, ligar o ar condicionado), fechar a porta do quarto, puxar as cortinas e desligar o celular/telefone, diminuir ruídos e adequar a luminosidade;

Realizar atividades tranquilas como ler/ouvir músicas suaves ao anoitecer;

Estimular a realização de práticas/rituais religiosos antes de dormir, se ele desejar;

Fazer uso de medicamentos conforme prescrição médica;

Restringir o consumo de líquidos no período noturno;

Orientar os familiares a não interromper o sono.

Diagnóstico de enfermagem: Baixa autoestima situacional, Interação Social prejudicada, Sentimento de impotência e Distúrbio na imagem corporal.

Resultados: Melhora da imagem corporal, Adaptação Psicossocial: Mudança de vida, Aumento da socialização

Intervenções:

Ouvir atentamente o paciente;

Encorajar o paciente a expressar os sentimentos, especialmente sobre a maneira de como se sente, pensa ou vê a si mesma;

Encorajar a fazer perguntas sobre o problema de saúde, o tratamento, o progresso e o prognóstico;

Evitar crítica destrutiva;

Esclarecer as concepções errôneas que a pessoa tem de si mesmo;

Mostrar sua face diariamente no espelho (de rosto) incentivando o autocuidado e elogiando o paciente;

Incentivar a prática de atividade como pintura, artesanato, jogo de cartas, leitura de livros/revistas, jornais ouvir músicas do seu agrado;

Estimular paciente/família a estarem sempre juntos e na presença de amigos, se possível:

Estimular a realizar passeios com a presença de amigos/familiares (praças, casa de parentes, shoppings...)

Estimular a frequentar reuniões espirituais de acordo com sua crença;

Estimular o paciente a interagir com a internet (se informar das notícias mundiais) se possível;

Orientar a família a nunca deixar o paciente sozinho, mas, sim, estar sempre acompanhado;

Encorajá-lo a ter pensamentos positivos e abraçar seus familiares diariamente;

Orientar a família a apontar diariamente as qualidades do paciente e elogiá-lo;

Incentivar o paciente quanto á importância da continuidade do tratamento;

Promover durante as sessões de hemodiálise, relatos de vivencia (medos, dificuldade, superação) com os demais pacientes;

Ensinar quanto aos recursos comunitários disponíveis, se necessário (centros de saúde-mental, grupos de autoajuda);

Dialogar sempre com palavras positivas, promovendo a esperança;

Encorajar atividade que exercite músculos longos (Por ex.: nadar, pedalar, caminhar) dentro de suas limitações e se possível;

Auxiliar o paciente a aceitar tanto os sentimentos positivos, quanto os sentimentos negativos;

Ajudar a identificar como o estresse precipita os problemas;

Diagnóstico de enfermagem: Dor aguda, Conforto prejudicado, Integridade da pele prejudicada

Resultados: Controle da dor, Redução da ansiedade e Controle do ambiente: Conforto

Intervenções:

Ouvir atentamente o relato de dor do paciente;

Realizar um levantamento abrangente da dor de modo a incluir o local, as características, o início/duração, a frequência, a qualidade, a intensidade ou a gravidade da dor e os fatores precipitantes;

Determinar o impacto da experiência de dor sobre a qualidade de vida (por exemplo: sono, apetite, atividade, cognição, estado de ânimo, relacionamentos, desempenho profissional e responsabilidade dos papéis);

Controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto (por exemplo: temperatura ambiente, iluminação, ruído);

Avaliar com o paciente/ família a eficácia de medidas de controle da dor que tenham sido utilizadas (medicamentos, massagens, mudança de decúbito e compressas);

Encorajar o paciente a monitorar a própria dor e interferir adequadamente com medicação conforme prescrito pelo médico;

Estimular a ouvir músicas que lhe proporcionem o relaxamento e diminuam a ansiedade;

Repousar em ambiente limpo arejado, calmo, tranquilo e silencioso;

Identificar se o paciente é alérgico a álcool, iodo ou à fita adesiva;

Emulsificar a pele com creme/óleo (AGE) atentando para sensações de prurido;

Atentar para queixas de prurido do paciente e orientar a tomar banhos rápidos com água à temperatura ambiente, 2x ao dia;

Realizar massagens suaves nas costas/nuca após o banho, 2x ao dia;

Aplicar compressas mornas nos locais referidos de dor/câimbras seguido de massagens suaves;

Solicitar ao paciente se possível que faça pressão sobre a planta do pé se a câibra estiver localizada em membros inferiores;

Adequar posições confortáveis para alívio da dor (sentada, deitada com o auxílio de travesseiros/cobertores (forrar cadeira de fio ou poltronas com lençol de algodão e/ou cobertor),

Sentar em cadeira de fio/poltrona/sofá e elevar os MMI com o auxílio de uma banquetta de madeira, ou cadeira;

Manter MMII elevados com apoio de cobertores a altura de conforto, quando deitado;

Estimular o paciente a realizar hidroginástica, 2x por semana, se indicado;

Encorajar a manter pensamentos positivos em relação ao seu estado de saúde;
Utilizar roupas confortáveis diariamente.

Fazer uso de fármacos antieméticos e analgésicos de acordo com a prescrição médica em situações de náuseas e vômitos.

Orientar o paciente a não carregar peso com o membro superior que tiver a fistula.

Diagnóstico de enfermagem: Proteção ineficaz, Risco de infecção.

Resultados: Proteção contra infecção

Intervenções:

Identificar os indivíduos em risco de infecção hospitalar:

- DM, DRC, Obesidade, Anemia,
- Condições de doenças subjacentes (DPOC, discrasias sanguíneas cardiovasculares),
- Déficit de estado nutricional (ingesta menor do que a mínima diária exigida)
- Medicamentos (terapia antibiótica)
- Desnutrição, tabagismo.
- Infecção de incisão de cateter
- Hidratação Inadequada.

Instruir a equipe de enfermagem quanto:

- ✓ Higienização das mãos antes e depois da assistência direta ao paciente, manuseio e trocas de curativo (cateteres centrais ou FAVs) e contato com material;
- ✓ Avaliação todos os acessos invasivos durante as sessões de HD quanto a sinais flogísticos, permeabilidade, sensibilidade, sangramentos e sinais de bacteremia (calafrios e febre);
- ✓ Manter técnica asséptica rígida durante o manuseio dos cateteres;
- ✓ Utilizar precauções universais;
- ✓ Monitorar os SSVV durante as sessões de HD, atentando para a temperatura (<38,5°C);

Instruir o paciente e ao acompanhante a higienizar as mãos com água e sabão, ao chegar e ao sair da unidade onde será realizada a sessão de HD;

Orientar o paciente/acompanhante quanto aos sinais de infecção em local de inserção de cateteres centrais ou FAVs (dor, calor, rubor, edema);

Solicitar ao paciente a não tossir próximo a inserção do acesso (cateteres centrais ou FAVs);

Informar o paciente e a família quanto ao risco de desenvolvimento de infecções do trato urinário, atentando para manifestações clínicas de infecção (febre, urina turva, secreção purulenta);

Encorajar a ingestão de líquidos, quando apropriada;

Orientar o paciente submetido a terapia EV a não mexer no local da punção;

Encorajar o paciente/familiares a manter a dieta adequada conforme orientações nutricionais;

Diagnóstico de enfermagem: Eliminação urinária prejudicada

Resultados: Melhora da eliminação

Intervenções:

Orientar o paciente/família que a diminuição da diurese está relacionada com a cronicidade da doença;

Avaliar os possíveis fatores causadores e contribuintes, avaliando o grau de interferência/incapacitação, oferecendo auxílio no tratamento e promovendo o bem estar;

Estimular a ingesta hídrica quando apropriado;

Instruir o paciente/acompanhante a avaliar odor, coloração, frequência e aspecto da urina;

Estimular ato miccional abrindo a torneira e deixando a água correr para que o paciente ouça.

Diagnóstico de enfermagem: Disposição para autocontrole de saúde melhorado

Resultados: Educação e saúde

Intervenções:

Identificar o nível de conhecimento do paciente referente ao seu estado de saúde;

Identificar os fatores que contribuem para o aprendizado (percepção da seriedade, suscetibilidade a complicações, nível de ansiedade, prognóstico, situação financeira, estado físico e emocional, capacidade cognitiva);

Elogiar o paciente/familiares mediante as medidas por ele adotadas a fim de prevenir complicações;

Estimular o paciente a manter hábitos de vida saudável (dormir de 7 a 8 horas por dia, exercitar-se diariamente, ingerir alimentos ricos em fibras, consumir frutas e verduras, eliminar a ingesta de álcool, diminuir a ingesta de gordura e aumentar as práticas espirituais);

Promover educação e saúde relacionadas aos assuntos inerentes do problema identificado (condições clínicas, restrições alimentares e hídricas);

Promover o comportamento de saúde no paciente e na família (solicitar a expressão de sentimentos preocupações, perguntas da pessoa e da família);

Salientar a importância de iniciar lentamente qualquer atividade física;

Abordar os benefícios do programa regular de exercícios (controle do peso e da PA; melhora do estresse, aumento da autoestima, redução do nível de colesterol LDL, melhora da resistência cardiovascular);

Incentivar o paciente a manter expectativas realistas de si mesmo, estabelecer metas alcançáveis, reconhecer os pontos pessoais fortes;

Incentivar a construir relacionamentos com as pessoas e as famílias que compartilham interesses e valores comuns;

Recomendar o contato precoce com o profissional de saúde para possíveis mudanças no regime de controle;

Explicar e dialogar com o paciente/família:

- ✓ Processo da doença;
- ✓ Regime de tratamento (medicação, dieta, procedimentos, exercícios, uso de equipamentos);
- ✓ Mudanças necessárias no estilo de vida;
- ✓ Sinais e sintomas de complicações;
- ✓ Recursos e apoio disponível;
- ✓ Identificar os encaminhamentos ou os serviços comunitários necessários ao prosseguimento ao atendimento.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DRC ocasiona mudanças no estilo de vida, alterações corporais e comportamentais, provocando no indivíduo sentimentos e atitudes diversas, devido às modificações na capacidade física, na autoestima, na imagem corporal e na realização de suas atividades cotidianas.

No presente estudo, detectou-se que a descoberta da DRC e o início do tratamento dialítico ocorreram de forma repentina, inesperada e desconhecida, já necessitando de diálise, o que nos leva a perceber a real necessidade de atividades educativas voltadas para a prevenção da DRC, com o intuito de esclarecer as dúvidas e incertezas dos pacientes em relação a essa doença.

A enfermagem consciente deve atuar na prevenção e controle de complicações, desenvolvendo sua atuação de maneira mais eficiente com a implementação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em sua prática diária.

Este estudo aprofundou a compreensão e a discussão a respeito da QV da pessoa com DRC. Trouxe conteúdos inerentes às dimensões que englobam a vida do ser humano, além de elucidar aspectos que transcendem positiva ou negativamente na percepção única e pessoal do indivíduo renal crônico.

A maioria dos participantes são do sexo masculino; na faixa etária de 35 a 55 anos, residem em Campo Grande-MS, com o ensino fundamental; encontram-se aposentados ou em licença por motivo de doença; com tempo de tratamento predominante entre 3 e 4 anos, com renda familiar de 1 salário mínimo. A grande maioria dos entrevistados viviam com seus respectivos companheiros em união estável, o que foi apontado como um fator determinante para o melhor tratamento do paciente renal crônico.

Com relação à interferência da HD, 68 (56,6%) dos pacientes referiram sofrer de insônia, 88 (73,3%) apresentaram diminuição da autoestima, 44 (70,8%) referiram desconforto urinário e 76 (61,6%) tiveram queda no desempenho profissional ou atividades cotidianas. Grande parte da população estudada se sentia tranquila durante as sessões de HD.

A minoria dos participantes 55 (45,8%) estão inseridos na fila para transplante, situação a qual se torna a principal expectativa de vida para o futuro dos nefropatas crônicos submetido à HD.

Acrescentou, também, aspectos sobre o tema QV do DRC, discutidos de forma tão contraditória entre os autores em suas pesquisas. O estudo mostrou dados significativos, como: a presença de sintomas de depressão, interferência no sono, assim como problemas familiares, de alteração das relações sociais e de comportamento.

Evidenciou-se durante a pesquisa que a maneira como o paciente se relaciona com a DRC, é sempre único e pessoal.

Ao mensurar a QV dos participantes, foi-nos permitido observar que os sujeitos da pesquisa estão com maior comprometimento nos domínios Capacidade Funcional (média = 40,54) seguido de Aspectos Emocionais (média=41,17) e Limitação Aspectos físicos (média=43,08) e melhores no domínio Saúde Mental (média=67,17). O instrumento SF - 36[®] (*Medical Outcomes Study 36 -Item short- Form Health Survey*) mostrou-se eficaz para avaliar a QV de pacientes renais crônicos submetidos à HD, sendo confiável para essa medida.

Destacou-se também que uma melhor QV a esses pacientes é proporcionada por intervenções de enfermagem implementadas para os diagnósticos identificados, contribuindo para um melhor direcionamento da assistência de enfermagem.

Em relação à taxonomia da NANDA Internacional, foram encontrados 19 DE, dentre os quais, com maior frequência, destacam-se: Interação Social Prejudicada; Integridade da pele prejudicada, Conforto prejudicado, Proteção ineficaz, Risco de desequilíbrio de volume de líquidos, Sentimento de impotência, Risco de infecção, Estilo de vida sedentário, Fadiga, Intolerância à atividade, Baixa autoestima situacional, Distúrbio na imagem corporal, Disposição para autocontrole de saúde melhorado, Eliminação urinária prejudicada, Dor aguda, Insônia. Já os DE Autocontrole ineficaz da saúde, Comportamento de saúde propenso a risco e Controle familiar ineficaz do regime terapêutico encontraram-se em menor frequência.

A análise dos DE da NANDA Internacional aos pacientes renais crônicos em hemodiálise possibilitou um conhecimento aprofundado dos estímulos, comportamentos, fatores relacionados, fatores de risco e características definidoras diante do processo saúde/doença desta clientela. Tal conhecimento mostra-se relevante para a prática assistencial, uma vez que com os achados foram apresentados em um plano assistencial direcionado às

necessidades reais ou potenciais desses pacientes, possibilitando maior organização da assistência com cuidados mais precisos e eficientes, tanto na área da prevenção como no tratamento das complicações desse tratamento.

O estudo trouxe intervenções de enfermagem as quais foram construídas com intuito de promover a melhoria da qualidade de vida abrangendo aspectos emocionais e sociais na intenção de auxiliar o indivíduo a adaptar-se à nova vida com a obtenção de resultados tais como: Melhora do enfrentamento, Mobilização familiar, Aceitação do estado de saúde, Melhora da qualidade do sono, Melhora da imagem corporal, Aumento da socialização, Controle da dor, Redução da ansiedade, Promoção de conforto, Proteção contra infecção, Melhora da eliminação urinária e Educação em saúde.

Considerou-se ser a NIC importante recurso no sentido de favorecer a prática da enfermagem no ensino, pesquisa e assistência, além de oferecer novas possibilidades de investigação sobre sistemas de classificação, linguagens padronizadas em enfermagem, informática em enfermagem, espectro de atuação do enfermeiro, entre outras

Assim, o enfermeiro deve auxiliar o paciente a desenvolver uma autoimagem positiva, a descobrir maneiras novas de viver dentro de suas limitações, desenvolvendo um estilo de vida que lhe permita assumir a responsabilidade por seu tratamento e sua vida.

É fundamental a colaboração por parte dos familiares e da sociedade, de forma que esses indivíduos possam ser inseridos no mercado de trabalho mantendo-se ativo na sociedade onde vive.

A educação em saúde é uma estratégia de cuidado que também pode contribuir para melhorar a QV de pessoas submetidas à hemodiálise, uma vez que as orientações direcionadas a esses grupos podem trazer resultados efetivos na promoção da saúde, do bem-estar e do viver mais plenamente suas potencialidades.

Dessa maneira, a promoção da saúde, por meio de ações educativas, pode gerar autorresponsabilidade, adoção de um estilo de vida saudável, redução dos fatores de risco, redução dos sintomas da doença crônica e, conseqüentemente, melhoria da QV desses pacientes em terapia renal substitutiva.

Conclui-se que este estudo tem impacto relevante para a prática de enfermagem, haja vista que, a partir da identificação dos principais diagnósticos presentes na clientela ali assistida, ele permitirá o desenvolvimento de protocolos assistenciais, que favorecerão para a

assistência eficaz e, portanto, de qualidade. Como, também, contribuirá para a articulação do componente teórico com o componente prático, necessários à formação dos discentes que utilizam esses cenários para as atividades acadêmicas.

O enfermeiro, como coordenador da equipe, deve coordenar a assistência prestada, identificando as necessidades individuais de cada cliente, proporcionando meios de atendimento que visem uma melhor adequação do tratamento, garantindo, assim, uma melhoria na qualidade de vida.

9 REFERÊNCIAS

- ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: uma ferramenta para o pensamento crítico. Trad. Ana Maria Vasconcelos Thorell. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 303 p.
- ALMEIDA, M.A.B. et al. **Qualidade de vida**: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades– EACH/USP, 2012.
- ÁLVARES, J. et al. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.18, n.7, p. 1903-1910, 2013.
- ALVES, JS; SANTOS, EF; MOREIRA, AGE; POVEDA VB. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos ao tratamento de hemodiálise. XIV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e X Encontro Latino Americano de Pós-Graduação - Universidade do Vale do Paraíba- 2009, 6p.
- ASSUNÇÃO, Thaís Silva e URSINE, Priscila Guedes Santana. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. *Ciênc. Saúde coletiva*, v.13 s. 2 Rio de Janeiro dec. 2008. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000900024&lng=pt>. Acesso em: 14 julho. 2014.
- BACKES, D.S. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem como fenômeno interativo e multidimensional. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v. 16, n. 6, novembro-dezembro, 2008.
- BARBOSA, E.P. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: Dificuldades de implantação na visão do Enfermeiro. **Revista Perspectiva**. Erechim. v. 36, n.133, p.41-51, março/2012.
- BARRETO, Juliana Giglio Paes. **Avaliação do impacto de um programa de educação nutricional sobre a adesão à dieta hipoproteica em pacientes com doença renal crônica em tratamento conservador**. Dissertação - Programa de Pós-graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2011.
- BARRETO, M.S.; MARCON, S.S. Doença renal crônica: vivências e expectativas do cuidador. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, 2012 v. 20, n. 3, p. 374-9, jul/set, 2012.
- BARROS, A.L.B.L. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**. v. 22, p. 864-7, 2009.
- BARROS, A.L.B.L.; LOPES, J.L. A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Enfermagem em Foco**. v., n. 2, p. 63-65, 2010.
- BASTOS, M.G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Doença Renal Crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 56, n. 2, p. 248-253, 2010.
- BAVARESCO, T.; LUCENA, A. F. Intervenções da Classificação de Enfermagem NIC validadas para pacientes em risco de úlcera por pressão. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v. 20, n. 6, [08 telas] nov.-dez. 2012.

- BEZERRA, K.V; SANTOS, J.L.F. O cotidiano de pessoas com Insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 16, n. 4, Agosto 2008.
- BEZERRA, M. L. R.; RIBEIRO, P. R. S.; SOUSA, A. A.; COSTA, A. I. S.; BATISTA, T. S. Diagnósticos de enfermagem conforme a teoria do autocuidado de Orem para pacientes em tratamento hemodialítico. **Rev. Ciênc. Ext.** V. 8, n.1, p.60-81, 2012.
- BISCA, M.M; MARQUES, I.R. Perfil de diagnósticos de enfermagem antes de iniciar o tratamento hemodialítico. **Rev. bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 3, June 2010.
- BRAGA, S.F.M. et al. Fatores associados com a qualidade de vida relacionada à saúde de idosos em hemodiálise. **Revista de Saúde Pública**. v. 45, n.6, p. 1127-1136, 2011.
- BRASIL. Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 21 out. 2009. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/101249-2600.html>>. Acesso em: 04 out. 2013. Brasília, v. 61, n. 3, p. 312-318, maio/ jun. 2008.
- _____. PORTAL DA SAÚDE (2009). **Transplantes**. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1004>. Acesso em: 04 out. 2013.
- BREITSAMETER, G.; THOMÉ, E.G.R.; SILVEIRA, D.T. Complicações que levam o doente renal crônico a um serviço de emergência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 29, n.4, p. 543-550, dez, 2008.
- BRITO, D.M.S. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 933-940, abr, 2008.
- BRITTO, R.A.; OLIVEIRA, J.S. **As dificuldades de implantação e operacionalização da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE em unidades hospitalares do interior da Bahia**. 61º Congresso Brasileiro de enfermagem. Centro de Convenções do Ceará Fortaleza. 07 a 10 de dezembro de 2009.
- BROWN, E. A. Peritoneal dialysis for older people: overcoming the barriers. **Kidney Int Suppl** 2008; 108: S68-71. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ki.5002604>.
- BULECHEK, G.M; BUTCHER, H.K; DOCHTERMAN, J.M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem** (NIC / Tradução Soraya Imon de Oliveira et al - 5ª edição - Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 901 p.
- CARMO, L.L. et al. A identificação de diagnósticos de enfermagem em pacientes de uma unidade de clínica médica: fortalecendo práticas e definindo direções rumo à sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ**. Ano 10, Janeiro a Março de 2011.
- CARVALHO, E.C.; BACHION, M. M. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem – intenção de uso por profissionais de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** 2009;11(3):466. CASTRO, D.A.L.; CAIXETA, J.A. Sistematização da assistência de enfermagem: a importância do processo de implantação nos hospitais do Brasil.
- CAVALCANTE, MCV et al. **Fatores associados à qualidade de vida de adultos em hemodiálise em uma cidade do nordeste do Brasil**. *J. Bras. Nefrol.* [Online]. 2013, vol. 35, n.2, pp. 79-86.
- CENTENARO, G. A. A intervenção do serviço social ao paciente renal crônico e sua família. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2010; 15(Supl 1):1881-5.

CICONELLI, RM, FERRAZ, MB, SANTOS, W, et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36[®] (Brasil SF-36[®]). **Rev Bras Reumatol.** 2009; 39:143-50.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Decisão nº 272, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras, Rio de Janeiro, 2002.

COSTA, A.C.; BUSTAMANTE, I.M.R.; SILVA, J.V. Proposta de um instrumento para consulta de enfermagem. REAS, **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 5, n. 1, p. 372-389, 2013.

COUTINHO T., COUTINHO C. M., DUARTE AMBR, ZIMMERMANN J. B., COUTINHO L. M. Diabetes gestacional: como tratar? **Rev Femina**, v.38, n.10, p.519-528. 2010.

CROSSETTI, M.G.O et al. **Processo de Enfermagem na Prática Clínica:** estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Artmed, 2011. 319 p.

DALLÉ, J. **Diagnósticos e cuidados de enfermagem em pacientes submetidos à hemodiálise.** Porto Alegre, 2009. 55 f. Trabalhos de Conclusão de Curso - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

FERRAZ, C.C.B. et al. A participação dos enfermeiros da residência multiprofissional na implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem num Hospital Univesitário, Campo Grande/MS. **16º SENPE 2011.** 19 a 22 de junho de 2011.

FERRAZ, R.R.N.; DEUS, R.B. Incidência de insuficiência renal aguda na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital paulista. **Acta Paul Enferm.** 2009; 22(Especial-Nefrologia): 497-500.

FLECK, M.P.A. et al. **A avaliação de qualidade de vida:** guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed. 2008.

FONTENELE RM, CAVALCANTE TLB, ALBUQUERQUE JOL, FEITOSA LGGC. A percepção dos enfermeiros sobre ganho de peso interdialítico dos pacientes em hemodiálise. **Saúde Coletiva** [Internet].2011[cited 2012 Oct 4];8(51):155-9.

FRANCO, M.T.G.; AKEMI, E.N.; D'INOCENTO, M. Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes internados em unidade de clínica médica. **Revista Acta paulista de enfermagem.** v.25, n.2, p. 163-170, 2012.

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

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Escola Anna Nery. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 188-1, jan-mar, 2009.

GENTIL, A. C. et al. **Implantação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) no centro de terapia intensiva do hospital João XXIII.** UFMG, Belo horizonte, 2008.

- GOMES, L.A.; BRITO, D.S. Desafios na implantação da sistematização da assistência de enfermagem: uma revisão de literatura. **Revista Interdisciplinar UNINOVAFAPI**, Teresina. v.5, n.3, p.64-70, Jul-Ago-Set. 2012.
- GOULART, B.N.G.; CHIARI, B.M. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva**. v.15, n.1, p. 255-268, 2010.
- GRICIO TC, KUSUMOTA L, CÂNDIDO ML. Percepções e conhecimentos de pacientes com Doença Renal Crônica em tratamento conservador. *Rev. Eletr. Enf*, v. 11, n.4, p. 884-93, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a14.pdf> .Acesso em 13 julho. 2014.
- GRINCENKOV, F. R. S. et al. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes incidentes em diálise peritoneal no Brasil (BRAZPD). **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, SP, v. 33, n. 31, p. 38-44, jan./mar. 2011.
- GUEDES, KD; GUEDES, HMG. 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.
- GUYNTO, A. C.; HALL, J.E. **Tratado de fisiologia médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
- HIGA, K et al. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. **Acta paul. enferm.** [Online]. 2008, vol.21, n.spe, p. 203-206.
- HOLANDA, R.S; SILVA, V.M. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em tratamento hemodialítico. **Revista Rene**, Fortaleza: Ceará, 2009.
- INOUYE, K. Instrumentos específicos para mensurar a qualidade de vida na demência: levantamento, descrição, análise e comparação. **Revista Temas em Psicologia**. v. 17, n. 2, 541 – 552, 2009.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Estimativas de população [acesso em 01 out 2013]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
- JUCHEM, B.C; ALMEIDA, M.A; LUCENA, A.F. Novos diagnósticos de enfermagem em imagenologia: submissão à NANDA International. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 63, n. 3, June 2010.
- KIRCHNER, RM et al. Caracterização de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Revista Enfermagem da UFPE**. 199-204. 5(2). mar/abr 2011.
- KIRSZTAJN, GM; BASTOS, MARCUS, G; ANDRIOLO, A. Dia Mundial do Rim 2011 Proteinúria e creatinina sérica: testes essenciais para diagnóstico de doença renal crônica. *J. Bras. Patol. Med. Lab.*[online]. 2011, vol.47, n.2, p. 100-103.
- KLETEMBERG, D.F. et al. O processo de enfermagem e a lei do exercício profissional. **Revista brasileira de enfermagem**. v. 63, n.1, p. 26-32, 2010.
- KUSUMOTO L; MARQUES, S.; HAAS; VJ, RODRIGUES, RAP. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. **Acta Paul Enferm**, 2008; 21(núm. esp.):152-9.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São. Paulo: Atlas, 2009. 315p.

- LANDEIRO, G.M.B. et al. Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados SciELO. **Revista Ciência e saúde coletiva**. v.16, n.10, p. 4257-4266, 2011.
- LATA, A.G.B. et al. Diagnósticos de enfermagem em adultos em tratamento de hemodiálise. **Acta Paul Enferm**. V.21, n. especial, p.160-163, 2008.
- LEAL VO; LEITE JUNIOR M; MAFRA D. Acidose metabólica na Doença Renal Crônica: abordagem nutricional. **Rev. Nutrição**, 2008; 21(1): 93-103.
- LOPES, L.M.M.; SANTOS, S. M. P. Florence Nightingale – Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. **Revista de Enfermagem Referência**. III Série - n. 2 - Dez. 2010.
- LOPES et al. **Tratado de Clínica Médica**. 2.ed.- São Paulo: Rocca, 2009.
- LORENZINI, LM; COELHO AT. Rossini. Sono e atividade física: considerações atuais. In: Reimão R, organizador. **Distúrbios do sono**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina; 2008. p. 32-5.
- LUIZ F.F. *et al.* A sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da equipe de um hospital de ensino. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.12, n. 4, p. 655-9, out/dez, 2010.
- LUTZ, G. B.; MARCON, C.; SCAPINI, K. B.; MORTARI, D. M.; ROCKEMBACH, C. W. F.; LEGUISAMO, C. P. Qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. **Revista Digital**, Rio Grande do Sul, v.15, n.150, 2010.
- MACEDO, P. et al. As tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica fundamentadas pela teoria ambientalista de Florence Nightingale. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, v.12, n. 2, p. 341-7, jun, 2008.
- MACHADO, E.L. et al. Fatores associados ao tempo de espera e ao acesso ao transplante renal em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v.28, n.12, pp. 2315-2326, 2012.
- MADEIRO, A.C. et al. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**. v.23, n. 4, p. 546-51, 2010.
- MALDANER, Cláudia Regina; BEUTER, Margrid; BRONDANI, Cecília Maria; BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin; PAULETTO, Macilene Regina. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 4, n. 29, p.647-653, dez. 2008.
- MARTINS, Maria do Céu Antunes. A alimentação humana e a Enfermagem: em busca de uma dietética compreensiva. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. ser III, n. 4, jul. 2011. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 15 maio 2014.
- MASCARENHAS, CHM; REIS, LA; LYRA, JE; PEIXOTO, AV; TELES, MS. Insuficiência Renal Crônica: Caracterização Sociodemográfica e de Saúde de pacientes em tratamento Hemodialítico no município de Jequetibá (BA). **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 12, n. 1, p. 30-37, dez. 2010.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Coletiva, 2011. Rio de Janeiro, 19 (2): 232-9. 232.

- MONTEIRO R, et al. Qualidade de vida em foco. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**. v. 25, n. 4, p. 568-74, 2010.
- MORTARI, D. M. et al. Qualidade de vida de indivíduos com doença renal crônica terminal submetidos à hemodiálise. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 156-160, abr./jun. 2010.
- MORSCH, C; VERONESE, F.J.V. **Doença renal crônica**: definição e complicações. Rev. HCPA. Porto Alegre, v. 31, n. 1, 2011. 114-115 p.
- NANDA; Diagnóstico e Enfermagem da definições e classificação 2012-2014/NANDA International; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lúccia Botura Leite de Barros... et al - Porto Alegre: Artmed, 2013.
- NEVES, R.S.; SHIMIZU, H.E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 222-9, mar./abr. 2010.
- OLIVEIRA, C. M. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre a implementação do processo de enfermagem em uma unidade de um hospital universitário. **Reme – Revista Mineira de Enfermagem**. v. 16, n. 2, p. 258-263, abr./jun., 2012.
- OLIVEIRA, J.C. et al. Baixa estatura na doença renal crônica: fisiopatologia e tratamento com hormônio de crescimento. **Revista Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 52, n. 5, São Paulo, jul. 2008a.
- OLIVEIRA, S.M. et al. Elaboração de um instrumento da assistência de enfermagem na unidade de hemodiálise. **Revista Acta paulista de enfermagem**. v. 21, n.spe, p. 169-173, 2008b.
- OLIVEIRA, S.R.T et al. Pesquisa científica relacionando os cuidados de enfermagem nas infecções respiratórias nas crianças de zero a cinco anos de idade em publicações na Biblioteca Virtual em Saúde no período de 1998 a 2008. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**. v. 1, n. 1, p. 1-15, jan-jul, 2008c.
- OLIVEIRA, MP de et al. **Trabalho e qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em diálise peritoneal**. *Acta paul. enferm.* [Online]. 2012, vol.25, n.3, pp. 352-357.
- PANZINI, R.G. et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Revista da psiquiatria clínica**. 2007, v.34, suppl.1, p. 105-115, 2007.
- PAULA, E.S.; NASCIMENTO, L.C.; ROCHA, S. M. M. A influência do apoio social para o fortalecimento de famílias com crianças com insuficiência renal crônica. **Rev Latino de Enfermagem**. 2008; 16(4): 692-9.
- 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** 4(7):32-5, 2008.
- PERES, S.L.; FONSECA, B.C.R. **Pacientes renais crônicos**: principais emoções vivenciadas. Disponível em: <<http://psijung.blogspot.com.br/2011/06/pacientes-renais-chronicos-principais.html>> Acesso em: 20 agost. 2013.
- PERES CPA, DELFINO VDA, KOVELIS D, BRUNETTO AF. Efeitos de um programa de exercícios físicos em pacientes com doença renal crônica terminal em pacientes com doença renal crônica terminal em hemodiálise. **J Bras Nefrol**. 2009; 31(2): 105-13.

- POLIT, D.F.; BECK, C. T. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª ed. Porto alegre: Artmed, 2011.
- PONTES, A.C.; LEITÃO, I.M.T.A.; RAMOS, I.C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2008, maio-jun; 61(3): 312-8.
- QUEIROZ, M.V.O et al. Do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. **Revista Texto & Contexto de Enfermagem**, v. 17, n.1, 2008.
- RAMOS, I. C. et al. Portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise: significados da experiência vivida na implementação do cuidado. **Acta Scientiarum**. Health Sciences, Maringá, v. 30, n. 1, p. 73-9, 2008.
- RESENDE, Marineia Crosara; SANTOS, Francisco de Assis; SOUZA, Melissa Macedo; MARQUES, Thatiana Pereira. Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: em busca de ajustamento psicológico. *Psicologia clínica*, Rio de Janeiro; v. 19, n. 2, dez. 2008.
- RIBEIRO, RCHM et al. Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do Estado de São Paulo. **Acta paul. enferm.** [Online]. 2008, vol.21, n.spe, p. 207-211.
- RIBEIRO, R.C. H. M.; SANTIAGO E.; BERTOLIN D. C.; RIBEIRO, D. F.; CESARINO, C. B.; BURDMANN, E. A.; Depressão em idosos portadores de insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. **Acta Paul Enferm.**, v.22, p.505-8, 2009
- RODRIGUES, T.A.; BOTTI, N.C.L. Cuidar e o ser cuidado na hemodiálise. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**. v. 22(Especial-Nefrologia), p. 528-3, 2009.
- ROSENBERG, M. C.; SMITH, K.; Diagnóstico de enfermagem em educação. In: GARCEZ, R. M. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010. 452 p.
- SALES, L.M.; AFONSO, E.S.R.; SANTOS, T.V.C. Sistematização da assistência de enfermagem (SAE): uma pesquisa nas bases eletrônicas de dados. **Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde**. v. 3, n. 1, p. 197-207, 2008.
- SANDBERG K. Mechanisms underlying sex differences in progressive renal disease. **Gend Med** 2008; 5: 10–23.
- SANTANA, J.C.B. et al. Percepção dos enfermeiros acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem na atenção básica de Belo Horizonte. **Revista de Enfermagem**. v. 16. n. 01. jan./abr. 2013.
- SANTOS P. R; PONTES, L. R. S. K. Mudança do nível de qualidade de vida em portadores de insuficiência renal crônica terminal durante seguimento de 12 meses. *Rev. Assoc. Med. Bras.* V.53, n.4, p.329-340, 2007.
- SANTOS, A.L.A et al. Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em Pacientes com Câncer do Colo do Útero em Tratamento Radioterápico. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 58, n. 3, p. 507-515, 2012.
- SANTOS, I., ROCHA, R.P.F., BERARDINELLI, L.M.M. Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 335-42, mar-abr, 2011.

- SBN - Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo de Diálise 2012 [online]. [Acesso fev 14]. Disponível em: <http://www.sbn.org.br>.
- SERRANO, M.T.P.; COSTA, A.S.M.C.; COSTA, N.M.V.N. Cuidar em enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). **Revista de Enfermagem Referência** [Em linha]. Serie 3, nº 3, p. 15-23, 2011.
- SESSO R.C. Relatório do Censo Brasileiro de Diálise. **Revista Jornal Brasileiro de Nefrologia**. v. 30, n. 4, p. 233-8, 2008.
- SESSO, R.C. et al. Relatório do censo brasileiro de diálise de 2010. **Revista Jornal Brasileiro de Nefrologia**. v. 33, n. 4, p. 442-447, 2011.
- SILBIGER S, NEUGARTEN J. Gender and human chronic renal disease. **Gend Med** 2008;5 Suppl A:S. 3–10.
- SILVA, A.C.; COELHO, D.M.; DINIZ, G.C.L.M. Qualidade de vida dos pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise em um hospital público de Betim, Minas Gerais. **Revista Sinapse Múltipla**, v. 1, n. 2, p. 103-113, dez., 2012.
- SILVA, A.G.I. et al. Dificuldades dos estudantes de enfermagem na aprendizagem do diagnóstico de enfermagem, na perspectiva da metacognição. **Revista Escola Anna Nery** (impr.). v. 15, n. 3, p. 465-47, jul-set., 2011a.
- SILVA, G.E. et al. Qualidade de vida do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico em Dourados – MS. **Revista inFormação**, ano 15, n. 15, jan./dez. 2011b.
- SILVA, M.E.D.C. et al. A sistematização da assistência de enfermagem na ótica de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina. v.3, n.3, p.11-16, Jul-Ago-Set. 2010.
- SILVA, M.M.; MOREIRA, M.C. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**. v.24, n.2, p. 172-178, 2011.
- SILVA, R. S. **Proposta de instrumentos para Sistematização da Assistência de Enfermagem no atendimento ao paciente crítico**: avaliação da equipe de enfermagem. 10º SINADEN. Simpósio Nacional de Diagnóstico em Enfermagem. Trabalho 160. Disponível em: <<http://www.abeneventos.com.br/10sinaden/anais/files/0160.pdf>> Acesso em: 01 jan. 2013.
- SILVA MSJ, TEIXEIRA JB, NÓBREGA MFB, CARVALHO SMA. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes transplantados renais de um hospital de ensino. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009; 11(2):309-17. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a11.htm>.
- SILVEIRA, Cíntia Botelho et al. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise em um hospital público de Belém - Pará. **J. Bras. Nefrol.** [Online]. 2010, vol.32, n.1, p. 39-44.
- SMELTZER, S.C.; BARE, B.G., Brunner&Suddarth: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- SOUSA, H.C.X.S. et al. **Dificuldades de implantação da sistematização da assistência de enfermagem em um hospital público de Caxias – MA**. 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem. 07 a 10 de Dezembro 2009. Centro de Convenções do Ceará Fortaleza.

SOUZA, E.F.; MARTINO, MMF; LOPES, MHB. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com tratamento hemodialítico utilizando o modelo teórico de Imogene King. **Rev Esc Enferm USP** 2008; 41(4):629-35.

TAKEMOTO, AY; OKUBO, P.; BEDENDO, J.; CARREIRA, L. Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2011 jun;32(2):256-62.

TANNURE, M.C; GONÇALVES, A.M.P. SAE: **Sistematização da Assistência de Enfermagem**: Guia Prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 184 p

TAVARES, CD; NASCIMENTO, MSL. Análise da qualidade de vida de pacientes renais submetidos à hemodiálise. **Nova Fisio, Revista Digital**. Rio de Janeiro, Brasil, Ano 15, nº 88, Setembro/Outubro de 2012.

TERRA, F. S. et al. As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise. Minas Gerais: **Rev Bras Clin Med**, v. 8, n. 4, p. 306-310, 2010.

THOMÉ, E.G.R., LAUTERT, L. Enfermagem em Diálise. In: BORBA, Daniela C., UNICOVSKY, Margarita A. R. et al. **Perfil dos idosos com tratamento hemodialítico em uma clínica da cidade de Camaquã no RS**. 1. ed. Porto Alegre, RS: ABEN, 2009. p. 149-158.

TRAVAGIM, D. S. A.; KUSUMOTA, L. Atuação do enfermeiro na prevenção e progressão da doença renal crônica. **Revista enfermagem UERJ**, v.17 n.3, p.388-393, jul.set. 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a16.pdf> . Acesso em: 12 julho. 2014.

ZANINI, MC; CARIN, RK; LENZ, N. **Qualidade de vida em hemodiálise**. Disponível em: <www.uniandrade.edu.br/links/menu3/publicacoes/revista_enfermagem/artigo07>. Acesso em 03 out 2013.

WERNECK, C. F. J.; CARVALHO CAMPOS, H. B. Insuficiência renal crônica. In: WERNECK de CARVALHO, FRANCISCO JOSÉ (Ed.) **Nefrologia em Geriatria**. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2008.

APÊNDICE A**Questionário Sociodemográfico**

- 1- Data da entrevista: ___/___/_____
- 2- Idade: _____
- 3- Sexo: () M () F
- 4- Nacionalidade: _____
- 5- Procedência: _____
- 6- Grau de escolaridade: _____
- 7- Profissão: _____
- 8- Está Trabalhando () Sim () Não
- 9- Está aposentado () Sim () Não
- 10- Está afastado do trabalho/licença saúde? () Sim () Não
- 11- Possui união estável?
() Sim
() Não
- 12- Renda mensal:
() 1 salário mínimo
() mais que 1 salário mínimo

APÊNDICE B

Questionário de Investigação Clínica

1-Tempo de tratamento hemodialítico: _____

2-Ao longo do tempo com a evolução da doença, quais atividades abaixo foram afetadas em sua vida?

- a) () Insônia
- b) () Mudança nos hábitos alimentares
- c) () Mudanças nas Atividades de Lazer
- d) () Mudança na Atividade Sexual
- e) () Diminuição da Autoestima
- f) () Desconforto urinário
- g) () Queda no desempenho profissional ou atividades cotidianas.

3- Como se sente durante as sessões de hemodiálise:

- () Tranquilo
- () Nervoso

4-Está na fila para transplante?

- () Sim
- () Não

ANEXO A - Instrumento para a coleta de dados questionário de qualidade de vida - SF-36®

Instruções: Esta pesquisa o questiona sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados sobre como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda a cada questão, marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral você diria que sua saúde é:

(circule uma)	
Excelente	1
Muito bom	2
Bom	3
Ruim	4
Muito ruim	5

2. Comparada há um ano, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

(circule uma)	
Muito melhor agora do que há um ano atrás	1
Um pouco melhor agora que há um ano atrás	2
Quase a mesma de um ano atrás	3
Um pouco pior agora do que há um ano atrás	4
Muito pior agora que há um ano atrás	5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Nesse caso, quanto? (circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito.	Sim. Dificulta um pouco.	Não. Não dificulta de modo algum.
a. Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3

c. Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d. Subir vários lances de escada.	1	2	3
e. Subir um lance de escada.	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3
g. Andar mais de um quilômetro.	1	2	3
h. Andar vários quarteirões.	1	2	3
i. Andar um quarteirão.	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se.	1	2	3

4. Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física? (circule uma em cada linha).

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)? (circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas quatro semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo? (circule uma)

De forma nenhuma	1
Ligeiramente	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas quatro semanas?

(circule uma)

Nenhuma	1
Muito leve	2
Leve	3
Moderada	4
Grave	5
Muito grave	6

8. Durante as últimas quatro semanas, quanto à dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)? (circule uma)

De forma nenhuma	1
Um pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4

Extremamente

5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas quatro semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente em relação às últimas quatro semanas. (circule uma em cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido, que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas quatro semanas, em quanto do seu tempo a sua saúde física ou os problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)? (circule uma)

Todo tempo	1
A maior parte do tempo	2
Alguma parte do tempo	3
Uma pequena parte do tempo	4
Nenhuma parte do tempo	5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

	Definitivamente, verdadeiro	A maioria das vezes, verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes, falsa	Definitivamente, falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais fácil que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5