



## O ITINERÁRIO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA: DO PRENÚNCIO À DESCOBERTA

*THE CHRONIC RENAL DISEASE COURSE: FROM EARLY SYMPTOMS TO DISCOVERY*

*EL ITINERARIO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: DEL PRELUDIO AL DESCUBRIMIENTO*

Vera Lucia Fortunato Fortes<sup>1</sup>, Luiz Antonio Bettinelli<sup>2</sup>, Dalva Maria Pomatti<sup>3</sup>, Jordana Brock<sup>4</sup>, Taise Dobner<sup>5</sup>

Estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, com o objetivo de compreender o significado da descoberta da doença renal crônica e a necessidade da máquina de hemodiálise. Estudo realizado com vinte pacientes de dois serviços de hemodiálise de uma cidade do interior do RS. A coleta de dados ocorreu entre setembro e dezembro de 2007, mediante entrevista semi-estruturada. A análise temática originou as categorias: historiando a doença renal crônica; do silêncio da doença ao quadro clínico clássico; descoberta e seus efeitos imediatos; a vida depois da descoberta; aceitação da dependência de uma máquina. Conclui-se que há a necessidade de adaptação no cotidiano da vida do paciente renal crônico, pois a hemodiálise provoca alterações físicas e sociais, necessitando de apoio da equipe para o enfrentamento da doença. O profissional não deve abdicar do conhecimento, da segurança e da habilidade técnica, como condições indispensáveis ao cuidado.

**Descritores:** Doença Crônica; Falência Renal Crônica; Cuidados de Enfermagem; Educação em Saúde.

An exploratory and descriptive study with a qualitative approach aim at understanding the significance of the discovery of chronic kidney disease and the need for the hemodialysis machine. The research was made with twenty patients from two hemodialysis services of the city of RS. The data collection took place between September and December of 2007, throughout semi-structured interviews. The thematic analysis generated the following categories: history of chronic kidney disease, from the silence of the disease to the classical clinical symptoms; the discovery and its immediate effects; life after the discovery; acceptance of the dependence on a machine. We conclude that there is a need to adapt the daily life of patients with chronic kidney disease, because the hemodialysis causes physical and social changes, requiring support from health-team to manage the disease. The professional should not abdicate knowledge, safety and technical skill, as requirements to care.

**Descriptors:** Chronic Disease; Chronic Kidney Failure; Nursing Care; Health Education.

Estudio exploratorio, descriptivo, con enfoque cualitativo, cuyo objetivo fue comprender el significado del descubrimiento de la enfermedad renal crónica y la necesidad de la máquina de hemodiálisis. Estudio realizado con veinte pacientes de dos servicios de hemodiálisis de una ciudad del interior de RS, Brasil. La recolección de los datos ocurrió entre septiembre y diciembre de 2007, mediante entrevista semiestructurada. El análisis temático origino las categorías: historiando la enfermedad renal crónica; del silencio de la enfermedad al cuadro clínico clásico; descubrimiento y sus efectos inmediatos; la vida después del descubrimiento; aceptación de la dependencia de una máquina. Hay necesidad de adaptación en el cotidiano de la vida del paciente renal crónico, pues la hemodiálisis provoca alteraciones físicas y sociales, exigiendo apoyo del equipo para enfrentamiento de la enfermedad. El profesional no debe abdicar del conocimiento, seguridad y habilidades técnicas, como condiciones indispensables a la atención.

**Descritores:** Enfermedad Crónica; Fallo Renal Crónico; Atención de Enfermería; Educación en Salud.

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente da Fundação Universidade de Passo Fundo e Enfermeira do Hospital São Vicente de Paulo. Passo Fundo- RS, Brasil. E-mail vpfortes@via-rs.net.

<sup>2</sup> Enfermeiro. Pós Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professor da Universidade de Passo Fundo. Passo Fundo- RS, Brasil. E-mail bettinelli@upf.br

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestre em Assistência de Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora da Universidade de Passo Fundo. Passo Fundo – RS, Brasil. E-mail dalvamp@terra.com.br

<sup>4</sup> Enfermeira graduada pela Universidade de Passo Fundo. Passo Fundo – RS, Brasil. E-mail jordanabrock@yahoo.com.br

<sup>5</sup> Nutricionista. Mestranda bolsista CAPES/ Prosup do Programa de Mestrado em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo. Passo Fundo – RS, Brasil. E-mail nutri.taisedobner@gmail.com

## INTRODUÇÃO

A linha que separa a saúde e a doença por vezes é tênue e, em enfermidades silenciosas, a denúncia sintomática ocorre tardiamente. A doença renal crônica (DRC) possui estágios de evolução gradativa, só tendo seu diagnóstico geralmente em fase avançada, por conta de um quadro clínico praticamente oculto.

O caráter silencioso, a lenta progressão, as fragilidades na prevenção e as comorbidades da atualidade desvelam uma situação preocupante na saúde pública mundial, pois o número de doentes que iniciam diálise a cada ano é alarmante, sem contar que, no Brasil e em muitos países, existem casos subdiagnosticados e de óbitos antes mesmo de ser aventada a possibilidade de diálise.

A National Kidney Foundation<sup>(1)</sup> propôs um esquema de definição e classificação da DRC que se divide em 5 estágios: no primeiro a Taxa de Filtração Glomerular (TFG) é  $\geq 90$  ml/min/1,73m<sup>2</sup> já há presença de lesão renal porém pode não ter interferido na TFG; no estágio 2 a TFG é de 60 a 89, no estágio 3 a TFG é de 30 a 59, no estágio 4 é de 15 a 29 e no último estágio a TFG é  $< 15$  e indica falência renal.

Nas fases iniciais da DRC, as manifestações clínicas e laboratoriais são mínimas ou ausentes. À medida que progride, as consequências metabólicas do estado urêmico começam a se manifestar, pois substâncias não excretadas na urina ficam retidas na circulação, comprometendo os diversos sistemas e gerando alterações laboratoriais<sup>(2)</sup>.

Com a descoberta de uma enfermidade crônica, impõe-se a necessidade de mudar hábitos alimentares e atividades rotineiras pelo uso contínuo de medicações, dependência e convivência com outras pessoas, limitações físicas e sexuais e, ainda, a rotina da diálise. Somam-se a isso as preocupações com o futuro e a incerteza quanto aos problemas que poderão se agravar com o tempo<sup>(3)</sup>.

Assim, o doente renal que carrega os percalços da cronicidade pode sentir-se desesperançado; torna-se vulnerável às instabilidades da doença; têm obrigações e abnegações; demanda autocuidado; depende de cuidados de profissionais; revolta-se ou engaja-se no seu tratamento.

Considerando a necessidade de compreender esse ser humano dependente de uma máquina de hemodiálise e as repercussões do diagnóstico da doença no seu cotidiano focalizou-se como questão de pesquisa: quais os significados do diagnóstico da doença renal e as repercussões da dependência de uma máquina na vida do paciente?

Com o intuito de elucidar este questionamento o estudo teve como objetivo compreender o significado da descoberta da doença renal crônica em estágio terminal e da necessidade da máquina de hemodiálise.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo exploratório descritivo com abordagem qualitativa desenvolvido com vinte pacientes adultos de ambos os sexos com diagnóstico de DRC, que realizavam hemodiálise pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em dois serviços de nefrologia do município de Passo Fundo, RS. Foram convidados os pacientes que se submetiam às sessões de hemodiálise pela manhã.

A escolha dos participantes deu-se por sorteio de nomes de uma lista de todos os pacientes que realizavam sessões três vezes por semana no turno da manhã. Foram excluídos os pacientes com déficit auditivo significativo e os que não residiam no município de Passo Fundo. Os pacientes que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, realizada nos domicílios dos

pacientes após contato e agendamento prévio de setembro a dezembro de 2007. Na entrevista inquiriu-se o que os pacientes sentiam antes de descobrir que os rins haviam perdido sua função e o que significara essa descoberta, que revelara a dependência de uma máquina para a manutenção da vida. Sobre esses aspectos faziam-se duas indagações: "O que o Sr.(a) sentia até a descoberta da doença?" e "Como foi para o Sr. (a) descobrir a insuficiência renal e a dependência de uma máquina?".

Após a leitura das respostas dadas pelos sujeitos, os dados foram ordenados, classificados e analisados qualitativamente. Cada participante recebeu a numeração sequencial da entrevista realizada (e1; e2; e3) para preservar o seu anonimato e o sigilo dos dados. Para interpretá-los a técnica empregada foi a análise temática, agrupando-os em unidades temáticas que originaram categorias de significância, as quais foram analisadas à luz da literatura. Assim, o estudo abrangeu as diferentes fases propostas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação<sup>(4)</sup>.

Os pacientes sorteados do programa de hemodiálise foram convidados a participar do estudo. Destes, trinta e seis aceitaram participar do mesmo. Percebeu-se a saturação de dados, momento em que as respostas citadas pelos sujeitos de pesquisa, começaram a se repetir com frequência. Assim os pesquisadores decidiram finalizar a coleta de dados quando o vigésimo paciente foi entrevistado.

O projeto obteve a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Passo Fundo (registro nº 323/2006).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes do estudo eram na maioria do sexo masculino (n=12) e tinham idade mínima de 19 e máxima de 72 anos, e tempo de diálise que variou de

dois a 27 anos. Como causa da falência renal, a hipertensão arterial foi a mais encontrada, seguida do diabetes mellitus, doença renal policística e lúpus eritematoso sistêmico.

As categorias apresentadas trazem a história pregressa vivida até a doença, situação de dependência da máquina, o caminho desenhado entre o passado clínico silencioso ou comprometido e a oficialização do diagnóstico. Descrever-se-á as categorias, historiando a doença renal crônica; do silêncio da doença ao quadro clínico clássico; descoberta e seus efeitos imediatos; a vida depois da descoberta; aceitação da dependência de uma máquina.

### Historiando a doença renal crônica

Para alguns pacientes a causa da DRC foi anunciada cedo na vida, pois relataram que sua infância ou juventude foram marcadas por uma saúde frágil, com malformações, ou atingidos precocemente pelas comorbidades. Isso foi mencionado pelos participantes como segue: *...eu tinha hipertensão desde os 15 anos... (e1). Desde pequeno era doente, nasci com os pés para cima e a barriga caída. Sempre ia para o hospital, por causa dos meus problemas... passava sonda desde cedo para urinar (e7).*

A ausência de sintomas nos pacientes que se encontram nos estágios iniciais da DRC exige que os profissionais mantenham sempre um nível adequado de suspeição, especialmente naqueles pacientes com fatores de risco clínico ou sociodemográfico para desenvolver lesão renal. Como mencionado anteriormente, alterações funcionais, principalmente na TFG, são um importante componente no diagnóstico e classificação da DRC<sup>(5)</sup>.

A maioria dos pacientes sabia das causas que levaram à DRC e de sua associação com a necessidade de fazer diálise. Eles apontam morbidades prevalentes da atualidade, assim como outras doenças-base: *...estava com a pressão 290/240. Mandaram internar com urgência (e3). Lúpus pode dar doença renal, articular e no pulmão (e14). ...a gota demorou mais de 20 anos até ser descoberta.... (e19).*

A hipertensão arterial é a primeira causa de DRC, com 35,1% dos casos, seguidos do diabetes mellitus com 28,4% dos casos<sup>(6)</sup>. Hipertensos e diabéticos carecem de controle clínico efetivo dessas comorbidades, a educação em saúde é fundamental para adesão ao tratamento e controle da patologia<sup>(7)</sup>.

Etiologias menos prevalentes, mas não incomuns em nosso meio, podem fazer sucumbir a função renal. Entre essas, a gota que é um transtorno metabólico genético, caracterizado por depósito de ácido úrico, preferencialmente nas articulações. Quando acompanhada de insuficiência renal grave, pode ser vista, juntamente com outras patologias subjacentes, como litíase urinária, hipertensão e infecção urinária. A nefropatia gotosa é uma manifestação dependente do grau e da duração da hiperuricemia e geralmente acontece pela nefrolitíase<sup>(8)</sup>. O lúpus eritematoso sistêmico, frequentemente, provoca manifestações renais, nas quais há injúria glomerular pela deposição ou formação *in situ* de imunocomplexos, pois anticorpos anti-DNA são formados pela hiperatividade de linfócitos B<sup>(9)</sup>.

Devido à relevância da hipertensão e do diabetes como causadoras principais da DRC, a nefroproteção está pautada no comprometimento de profissionais de saúde, ao estabelecerem metas individualizadas; do próprio paciente, empenhando-se no tratamento instituído e; da família, coparticipando no alcance das mesmas, visando conjuntamente minimizar ou a adiar a evolução da doença<sup>(10)</sup>.

### **Do silêncio da doença ao quadro clínico clássico**

De caráter geralmente insidioso, a DRC conduz ao diagnóstico tardio quando da exacerbação dos sinais clássicos da uremia, acenando para a possibilidade de diálise em médio ou curto prazo. Os depoimentos que seguem revelam o ofuscamento dessa doença, denotando a invisibilidade de seus sintomas: *Fiquei sabendo quando restava apenas 38% da função renal...* (e1). *Eu*

*nunca tinha ido ao médico para nada. Como eu sentia muita dor de cabeça, comecei ficar inchada e não urinava mais fui ao posto consultar. Então de lá me mandaram para um nefro, que então descobriu que eu tinha que fazer hemodiálise... Eu não sentia nada, mas nada mesmo* (e2).

O processo mórbido desenvolve-se imperceptível e lentamente, ocultando a falência renal, os pacientes não perceberam a pré-existência do processo. Assim, a confirmação da DRC (Doença Renal Crônica) vem tardiamente, inviabilizando o tratamento conservador e exigindo a terapia renal imediata.

Medidas nefroprotetoras são instituídas aos pacientes que ainda possuem função renal residual, com o objetivo de retardar o início da terapia dialítica por meio de suporte de saúde multiprofissional e da adoção de uma proposta de autocuidado, mas os pacientes referem dificuldade no comparecimento em consultas e em seguir as orientações da dieta<sup>(11)</sup>. Um único depoimento revela a experiência do tratamento conservador: *... fui doar sangue e estava com a pressão alta, antes disso, sentia um calorão no rosto. Fui ao médico onde foi descoberto o problema renal, iniciando tratamento com dieta e remédios, sete anos depois iniciei a hemodiálise* (e15).

Alguns pacientes denunciaram descuido com sua saúde, pois, cientes ou não de seu problema, minimizaram as comorbidades, não atendendo às orientações ou, mesmo, negando o alerta de que o quadro era sério e poderia se agravar: *Eu não levei a pressão alta a sério. Sabia que tinha hipertensão, mas não me cuidava, bebia, tomava remédio só quando me lembrava . É por relaxamento que eu estou nessa situação. Eu poderia estar trabalhando* (e5).

Em face da DRC terminal, o quadro clínico revela-se mais claramente com os sintomas denunciando a uremia. No caso, os pacientes trouxeram à lembrança os desconfortos mais expressivos da uremia que revelaria o diagnóstico conclusivo da doença, como incômodos digestórios e a fadiga, lembrados por gerarem desconforto e sofrimento físico: *...não conseguia subir o primeiro andar, doía as pernas e as cadeiras, vomitava. Daí marquei consulta...* (e8). *Passei uma semana como estivesse gripado, uma*

*moleza no corpo inteiro. Não tinha jeito de comer, sentia aquele ferro no estômago, aquele amargor, medo, não conseguia dormir, vomitava muito* (e13).

As manifestações gastrointestinais mais comuns são a náusea, a epigastralgia, vômitos e disfagia<sup>(12)</sup>. Alguns se queixam de gosto metálico e apresentam hálito amoniacal que podem ser causados pela deficiência de zinco e distúrbio metabólico<sup>(13)</sup>.

Os sintomas cardiovasculares e pulmonares, com suas conseqüências, principalmente sobre a sobrecarga hídrica, dispnéia e edema, foram marcantes: *...os pés estavam sempre inchados, cada vez eu urinava menos, até que não vinha mais urina, estava com pressão alta... (e7)....me atacou o coração e comecei a inchar...* (e12).

A hipertensão arterial secundária ocorre nos estágios mais avançados da doença geralmente associada ao excesso de volume circulante, e poderia ser controlada com a redução da ingestão de sódio, uso de diuréticos e pela diálise. Numa minoria, a hipertensão não cede a tais medidas, respondendo às drogas anti-hipertensivas. É o principal fator de risco para o desenvolvimento de coronariopatia, insuficiência cardíaca e excesso de água e sal no organismo<sup>(14)</sup>.

As manifestações neurológicas que conduzem ao agravamento da DRC, coma urêmico e, necessidade de terapia intensiva foram assim identificadas: *...ficava tonto, não via direito, e tinha mal estar e tonturas. Pensei que era problema na pressão....um dia desmaiei. O médico disse que estava com problema na cabeça porque os rins tinham parado de funcionar* (e6).

O quadro neurológico da síndrome urêmica inclui fadiga, fraqueza muscular, insônia, asterixe, neuropatia periférica, irritabilidade, tremor, fasciculações, espasmos e o agravamento progressivo, letargia, estupor e coma. Os doentes mostram-se preocupados e apáticos, com alterações na concentração, memória, comportamento e humor.

Devido ao caráter sutil da doença, é importante conscientizar os usuários para que prestem atenção em desajustes orgânicos, e busquem o serviço de saúde;

quanto aos que prestam o atendimento, devem dar atenção às doenças crônicas adjacentes.

### **Descoberta e seus efeitos imediatos**

Sintomas marcantes ou algum episódio grave obrigaram os pacientes a buscar recurso hospitalar, geralmente em situação de emergência ou intensivismo. Dá-se, então, início a uma rotina própria de uma doença irreversível, mas com tratamento viável e duradouro. As falas ilustram a descoberta da doença e sua relação com mal-súbitos, consultas de urgência, internação: *Caí, me levaram para o hospital e viram que era problema de rim (e4)....eu tinha emagrecido demais...fui na emergência, chamaram médico (e8)....a uréia estava lá em cima. Daí já fizeram a fistula e comecei a hemodiálise* (e19).

Como se observa, a confirmação diagnóstica chegou tardiamente, não dando tempo para as medidas nefroprotetoras, além do que o paciente encontra-se debilitado física e psicologicamente. Nesse sentido a National Kidney Foundation<sup>(1)</sup> reitera que no quinto estágio da DRC, há urgência em optar por uma forma de terapia renal. Em razão do risco de coma urêmico, o paciente só percebe a dependência da máquina de diálise, quando recobra a consciência.

A dificuldade de aceitação foi ocorrência marcante. Ao deparar-se com o diagnóstico conclusivo da DRC, houve um grande padecimento pessoal e gerador de sofrimento para a maioria dos pacientes: *Falaram que ia para o mesmo caminho da finada mãe (e7). Não queria aceitar, fiquei apavorada...Perguntei por que, vou morrer?*(e8). *É um susto...falta de divulgação da hemodiálise...*(e11).

Ser informado de um diagnóstico irreversível e da necessidade de um tratamento que necessita de uma máquina faz aflorar sentimentos negativos nos doentes. Além disso, nesse momento vem a descoberta de que a vida precisa ser reestruturada, assim como, existe a necessidade de alterar hábitos e estilo de vida, como uso de dieta com várias restrições calóricas e ingestão de água, utilização de medicações. Outro fator de impacto

é a rotina de ser submetido a três sessões de hemodiálise por semana.

Também as alterações corporais relacionadas à doença ou aos acessos para hemodiálise abateram o físico e o emocional dos pacientes: *No começo eu estava muito doente... Começaram a cortar meus braços, minhas mãos. Eu era muito vaidosa... (e17)...a fístula funciona bem, só que vai engrossando (e13).*

O doente renal crônico apresenta preocupações com a autoimagem, mencionando as alterações corporais que se associam ao uso do cateter, sensação de desvalia e o receio de ser interpretado como portador de doença contagiosa, o que lhe desencadeia sentimentos de angústia, com consequente isolamento<sup>(3)</sup>.

Diante disso é fundamental que o enfermeiro utilize a comunicação empática<sup>(14)</sup>, pois, além das alterações fisiopatológicas, o paciente tem sua autoimagem alterada pela confecção de uma fístula arteriovenosa ou pela inserção de um cateter. Na prática, pelo que se observa com pacientes, a fístula torna-se objeto de rechaço, que muitos preferem esconder, pois sentem desconforto com olhares ou questionamentos de curiosos.

Durante os primeiros tempos da diálise, o acúmulo e a complexidade das informações interferem na compreensão do paciente. A irreversibilidade pode tornar-se assustadora, sendo provável que esse temor se acentue quando as informações não são repassadas ou compreendidas. As falas transcritas expõem o medo: *Eu costumava ir na hemodiálise para espiar, conhecer, mas não conseguia olhar ou entrar lá dentro. Eu não tinha forças, tinha muito medo das agulhas (e1). Comecei a pensar na mãe que faleceu... (e7).*

O temor deflagrado pela hemodiálise é expresso em decorrência da máquina e equipamentos, procedimentos de rotina, efeitos colaterais do tratamento e cobranças da equipe de saúde. O medo também emerge pela incerteza do amanhã e pela possibilidade de morte. Assim, muitos pacientes sentem-

se desesperançosos perante a vida e ameaçados pela finitude<sup>(15)</sup>.

O paciente precisa contar com o acolhimento da equipe de saúde em todos os momentos e principalmente nas primeiras sessões de hemodiálise. Esse apoio multiprofissional fortalecerá o paciente a encontrar ações e estratégias para conviver com a doença e assimilar a dependência da máquina de hemodiálise.

### **A vida depois da descoberta**

A diálise não é mais novidade e ocorre certo "enlutamento" aos pacientes, em razão das sucessivas perdas ou renúncias que decorrem da doença. Os sentimentos negativos devem-se mais à impossibilidade de trabalhar, aos prejuízos financeiros e às sequelas físicas no que se refere à libido sexual, traduzidos nessas frases: *A minha mulher começou a trabalhar e eu me aposentei (e12). Não gosto de estar em casa sem fazer nada... (e19). A vida íntima diminuiu. A minha esposa, no início, achava que eu tinha outra, mas agora ela compreende. Diminui muito a relação da gente (e12).*

A incapacidade de manter vínculos empregatícios decorrentes do absenteísmo ou pelas limitações físicas decorrentes da doença provoca diminuição da autoestima dos indivíduos. Consequentemente, a responsabilidade de manter a família é repassada a outra pessoa. Possíveis alternativas seriam os vínculos informais e o trabalho autônomo<sup>(16)</sup>, pois poderiam minimizar a dor e o ressentimento pela suspensão das atividades que realizavam.

A diminuição da atividade sexual é multifatorial, envolvendo fatores psicológicos, neurológicos, hematológicos, bioquímicos, farmacológicos e endócrinos<sup>(17)</sup>. É importante o paciente compreender esta consequência e buscar um diálogo com o(a) parceiro(a) na busca de alternativas e melhor compreensão do problema, abolindo o uso de remédios, chás ou fórmulas para melhorar seu desempenho

sexual, pois não proporcionarão o efeito desejado e poderão trazer-lhes consequências graves.

As sessões obrigatórias de hemodiálise geram uma sensação de aprisionamento com o tratamento, por não permitir viagens ou passeios mais longos e a restrição da ingestão de água ou líquidos em geral exacerba esse infortúnio: *...pensei: a minha vida vai mudar...não ia mais poder tomar água e nem chimarrão, que não ia mais poder passear e viajar (e7). Tomava bastante suco, uns dois litros por dia, agora tenho que tomar meio copo de água e só (e19).*

Proposições educativas para o controle hídrico<sup>(18)</sup> são importantes, pois grande parte dos pacientes tem dificuldade em seguir a restrição hídrica que retira deles uma fonte de prazer e satisfação. Por isso contam com o acompanhamento nutricional e equipe multidisciplinar no sentido de conscientizá-los sobre a importância da euvolemia.

As restrições nutricionais e a ingestão de líquidos controlada representam a parte mais difícil do tratamento, exigindo mudanças dos hábitos dos doentes. Desse modo a utilização de dieta é importante para controlar a proteinúria, glicemia, hiperlipidemia e a obesidade e outras complicações cardiovasculares<sup>(11)</sup>.

### **Aceitação da dependência de uma máquina**

Com o passar do tempo em diálise, cria-se uma relação mais amistosa com a obrigatoriedade das sessões. Por sua vez, também o aparato técnico aprimorado e o progresso farmacológico mantêm as pessoas por um longo tempo em tratamento, mostrando que a evolução tecnocientífica atenua os impactos causados pela doença, assim como facilita o tratamento. As falas a seguir confirmam essa adaptação: *...nos conformamos que existe uma máquina para prorrogar as nossas vidas (e11). Agora eu penso que eu não sou doente, eu só tenho um problema (e17).*

Pesquisa com renais crônicos<sup>(19)</sup> revela que passados os episódios nebulosos do início da doença, ocorre o amadurecimento da condição de doente crônico; alguns pacientes sentem-se gratos por estarem

vivos e assimilaram com maior tranquilidade a dependência da máquina.

Dentro dessa perspectiva com o tempo os pacientes de um modo geral assimilam suas fragilidades e mudanças na sua rotina diária. O acompanhamento pelos profissionais fortalece o equilíbrio mental e poderá proporcionar uma melhor qualidade de vida, dentro das limitações de cada um dos pacientes submetidos à hemodiálise. Esse apoio facilitará a adaptação psicológica, que ocorre em doentes crônicos em geral, por utilizarem estratégias para o enfrentamento da doença e acabam valorizando a vida cotidiana mesmo com limitações<sup>(20)</sup>.

Ao buscar significados da hemodiálise com pacientes renais<sup>(21)</sup>, ficou evidenciado que a conformidade com este tratamento e a sua auto-responsabilização pelo seu cuidado possibilitará uma melhor qualidade de vida. Estes aspectos estão relacionados com a sua participação ativa no cuidado, entendendo sua situação e buscando diminuir as consequências de ser portador de uma doença crônica. Evidentemente que ele não pode negar que sua doença é irreversível, estando dependente de uma máquina, equipamento este que lhe proporciona a manutenção de sua vida.

A aceitação da doença é tida como fator primordial para a adesão ao tratamento; por isso, é importante que o enfermeiro esteja motivado e estimule constantemente o paciente e lhe proporcione alternativas que favoreçam um enfrentamento positivo da doença. Por sua vez a criação de vínculos com o paciente e sua família favorece o tratamento, podendo diminuir a demonstração de sentimentos negativos, como, revolta, agressividade, tristeza e desespero. Esse vínculo poderá promover a aceitação, a esperança de continuar lutando com todas as forças e quem sabe ter um futuro melhor, dentro das limitações de cada um<sup>(15)</sup>.

Este estudo permitiu analisar as angústias das pessoas que vai além de uma máquina, das perdas de volume durante as sessões ou cumprimento dos horários estipulados no tratamento hemodialítico. Por isso o profissional precisa ampliar sua atenção, seu olhar e sua escuta na relação do cuidado. O cuidado extrapola a fronteira da sofisticação tecnológica, do aparato instrumental que, mesmo sendo importantes e indispensáveis no tratamento hemodialítico, são insuficientes para suprir as necessidades de uma pessoa com DRC.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

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

O objetivo do estudo foi atingido, pois permitiu compreender o significado para um grupo de doentes renais crônicos a repercussão da descoberta dessa patologia e a dependência da hemodiálise, ficando mais evidentes os acontecimentos que antecederam a esse diagnóstico. Posteriormente à descoberta, foi marcante a repercussão das fragilidades físicas e emocionais no cotidiano da vida dessas pessoas.

A DRC desestabiliza seu portador, em virtude de tê-la permanente e indesejadamente no seu viver cotidiano. Instabilidades clínicas e intercorrências relacionadas à diálise de maior ou menor gravidade, podem acompanhar o decurso da terapia, levando muitas vezes o paciente a sentir-se inseguro, ameaçado e, sabedor de sua irreversibilidade. Perante a irreversibilidade da falência renal, todas as motivações, são focadas para um futuro transplante.

Dentro dessa perspectiva, o doente renal crônico necessita de permanente apoio para adaptar-se às situações decorrentes de seu problema de saúde e qualidade de vida limitada. Nesse contexto, o vínculo com a equipe e o apoio contínuo é um compromisso ético social de cada profissional. Além do mais, há a necessidade de um processo educativo permanente para o autocuidado com o objetivo de prepará-lo a desenvolver habilidades para lidar com essa nova condição de vida.

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

Tentar mudar o foco de atenção do paciente pode ser um grande aliado na aceitação, como também possibilitará que o mesmo encontre estratégias de enfrentamento tanto em relação aos aspectos biológicos, emocionais e estéticos.

Tentar estimular o paciente, mesmo na adversidade, para que possa encontrar novos caminhos é o desafio para todos os envolvidos no cuidado a essas pessoas submetidas à hemodiálise. Quem sabe buscar motivações e novos significados na vida possa ser um desafio dos pacientes e uma estratégia útil utilizada pelos profissionais.

Dentro dessa perspectiva, é mister pensar em ações e estratégias que possam dar um suporte para o doente renal crônico, tendo motivação, esperança e auto-responsabilização no enfrentamento de sua condição crônica.

Enfim, os resultados do estudo oportunizaram discussões entre os envolvidos, que o cuidado



humanizado vai além do desempenho técnico e instrumental. O profissional que atua no ambiente de hemodiálise não deve abdicar do conhecimento, da segurança e da habilidade técnica, como condições indispensáveis ao cuidado, mas também demonstrar uma atitude ética, estando atento a multidimensionalidade da vida desse ser humano.

## REFERÊNCIAS

1. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. *Am J Kidney Dis.* 2002; 39(Suppl 1):1-246.
2. Goraya N, Wesson DE. Acid-base status and progression of chronic kidney disease. *Curr Opin Nephrol Hypertens.* 2012; 21(5):552-6.
3. Silva AS, Silveira RS, Fernandes GFM, Lunardi VL, Backes VMS. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos a hemodiálise. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64(5):839-44.
4. Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* 29ª ed. Petrópolis: Vozes; 2011. p.67-80.
5. Bastos MG, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *J Bras Nefrol.* 2011; 33(1):93-108.
6. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo de diálise 2011 [Internet]. [citado 2012 nov 1]. Disponível em: [http://www.sbn.org.br/pdf/censo\\_2011\\_publico.pdf](http://www.sbn.org.br/pdf/censo_2011_publico.pdf).
7. Reiners AAO, Azevedo RCS, Vieira MA, Arruda ALG. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008; 13(Sup 2):2299-306.
8. Miguel C, Mediavilla MJ. Abordagem actual da gota. *Acta Med Port.* 2011; 24(5):791-8.
9. Moon SJ, Kwok SK, Ju JH, Park KS, Park SH, Cho CS, et al. Predictors of chronic kidney disease in Korean patients with lupus nephritis. *J Rheumatol.* 2011; 38(12):2588-97.
10. Schneider CF, Corso D, Pedro, HA, Fortes VLFF. Proteção renal em pacientes hipertensos e diabéticos. In: Corso D, Bettinelli LA, Fortes VLF, Matte MM. *Doenças crônicas: evidências e demandas.* 6ª ed. Passo Fundo: Berthier; 2012. p. 47-60.
11. Medeiros MCWC, Sá MPC. Adesão dos portadores de doença renal crônica ao tratamento conservador. *Rev Rene.* 2011; 12(1):65-72.
12. Chacaltana A, Velarde H, Espinoza J. Lesiones endoscópicas del tracto digestivo alto en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Rev Gastroenterol.* 2007; 27(3):246-52.
13. Lobo JC, Aranha LN, Moraes C, Brito LC, Mafra D. Linking zinc and leptin in chronic kidney disease: future directions. *Biol Trace Elem Res.* 2012; 146(1):1-5.
14. Bortolo LA. Hipertensão arterial e doença renal crônica. *Rev Bras Hipertens.* 2008; 15(3):152-5.
15. Maldaner CR, Beuter M, Brondani CM, Budó MLD, Pauletto MR. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. *Rev Gaúcha Enferm.* 2008; 29(4):647-53.
16. Reis CK, Girardello EB, Campos CJG. O indivíduo renal crônico e as demandas de atenção. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(3):336-41.
17. Navaneethan SD, Vecchio M, Johnson DW, Saglimbene V, Graziano G, Pellegrini F. Prevalence and correlates of self-reported sexual dysfunction in CKD: a meta-analysis of observational studies. *Am J Kidney Dis.* 2010; 56(4):670-85.
18. Denhaerynck K, Manhaeve D, Dobbels F, Garzoni D, Nolte C, De Geest S. Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens. *Am J Crit Care.* 2007; 16(3):222-36.

19. Kunh GO, Fortes VLF, Portella MR. Quando uma máquina conduz a vida: percepção de pacientes em tratamento hemodialítico. *Enferm Atual*. 2008; 8(45):14-7.
20. Santos PR, Pontes LRSK. Mudança do nível de qualidade de vida em portadores de insuficiência renal

crônica terminal durante seguimento de 12 meses. *Rev Assoc Med Bras*. 2007; 53(4):329-34.

21. Guzzon R, Caregnato RCA. Insuficiência renal crônica: significado atribuído pelo paciente à doença e à hemodiálise. *Enferm Atual*. 2008; 8(43):29-33.

Recebido: 30/10/2012  
Aceito: 25/03/2013