

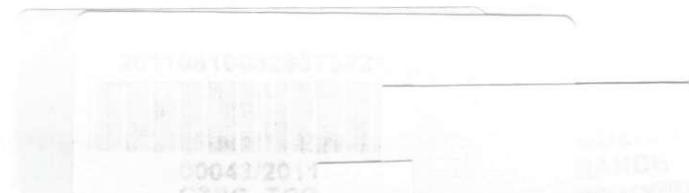


Universidade Federal
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CONCEPÇÃO DO PACIENTE RENAL EM TRATAMENTO DIALÍTICO E A
INFLUÊNCIA DA AFETIVIDADE FAMILIAR NO PROCESSO TERAPÊUTICO: Uma
revisão teórica**

RANNIELE ÉLIDA FERREIRA SOBREIRA



CAJAZEIRAS – PB

2009

RANNIELE ÉLIDA FERREIRA SOBREIRA

**CONCEPÇÃO DO PACIENTE RENAL EM TRATAMENTO DIALÍTICO E A
INFLUÊNCIA DA AFETIVIDADE FAMILIAR NO PROCESSO TERAPÊUTICO: Uma
revisão teórica**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em enfermagem.

Orientadora: Prof. Ms. Célia Maria Cruz Marques Chaves

Co-Orientadora: Prof. Maria Berenice Gomes N. Pinheiro

**CAJAZEIRAS – PB
2009**



5677c Sobreira, Ranniele Élide Ferreira.
Concepção do paciente renal em tratamento dialítico e a influência da efetividade familiar no processo terapêutico: uma revisão teórica / Ranniele Élide Ferreira Sobreira. - Cajazeiras, 2009.
58f. : il.color.

Não disponível em CD.
Monografia(Bacharelado em Enfermagem)-Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, 2009.
Contem Bibliografia.

1. Hemodiálise. 2. Tratamento dialítico. I. Chaves, Célia Maria Cruz Marques. II. Pinheiro, Maria Berenice Gomes N. III. Universidade Federal de Campina Grande. IV. Centro de Formação de Professores. V. Título

CDU 616.61-78

RANNIELE ÉLIDA FERREIRA SOBREIRA

**CONCEPÇÃO DO PACIENTE RENAL EM TRATAMENTO DIALÍTICO: E A
INFLUÊNCIA DA AFETIVIDADE FAMILIAR NO PROCESSO TERAPÊUTICO: Uma
revisão teórica**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em enfermagem.

Aprovada em 11/12/2009.

Banca Examinadora:

**Prof^a. MS. Célia Maria Cruz Marques Chaves - Orientadora
(MEMBRO – UAE/ UFCG)**

**Prof^a. Maria Berenice Gomes N. Pinheiro – Co-orientadora
(MEMBRO – UACV/ UFCG)**

**Prof^a. Ms Zildene Francisca Pereira
(MEMBRO – UAE/UFCG)**

A Deus pelo dom da vida, amor, escuta e por proporcionar mais uma vitória em minha vida. A minha família, que é a razão da minha vida, pela força, dedicação e amor incondicional

Dedico.

AGRADECIMENTOS

Sempre e Primeiramente a **Deus**, por estar comigo sempre me dando saúde, força, sabedoria e coragem para vencer cada obstáculo imposto pela vida e alcançar mais uma conquista.

Aos meus pais, **Joaquim** (in memorian) e **Creuza**, que não me conceberam do fruto do seu amor, mas me criaram com todo amor dos seus corações, e por constituir a parte mais bonita que há em mim.

A **minha família, meus irmãos, tios, tias, primos, primas, sobrinhos**, por estarem presentes em minha vida e torcendo por mim. Em especial aos meus tios **Eliene e Givanildo**, minha irmã **Rannileide**, meus primos **Ricardo, Rosália, Bruna e Juliana** e a minha sobrinha **Brenda**, por se fazerem presentes em todo o meu processo de formação acadêmica e estarem sempre ao meu lado. **AMO VOCÊS!**

Ao **meu noivo Manoel**, pelo amor, paciência, dedicação, força e se fazer presente em todos os momentos. Você foi o presente de Deus na minha vida. **AMO-TE MUITO!**

Aos funcionários do Hospital Santa Terezinha em particular **aos meus colegas de trabalho** do Centro de Hemodiálise Dr. Chico Coréa, pelo apoio e pelas trocas **LOUCAS** de plantão para que eu pudesse concluir meu curso. **A TODOS VOCÊS MEU MUITO OBRIGADA!**

Aos pacientes que me acompanharam e me apoiaram, torcendo sempre por minha vitória. **VALEU GALERINHA!** Em especial a **JOSUÉ**, pela grande ajuda concedida na construção desse trabalho e pela grande amizade construída nesse tempo, **OBRIGADA MEU MENINO LINDO!**

A **minha turma** que é pra lá de **ESPECIAL**, foi um prazer conhecê-los e desfrutar de tão agradáveis e sofridos anos na companhia de todos vocês. **Vocês foram maravilhosos!**

Aos professores que se fizeram presentes e **aos amigos conquistados** nesse tempo. Em especial aos meus grandes e eternos amigos **HERMERSON E FABRÍCIA**, pela amizade, pela escuta, pela paciência que tiveram comigo. **AMO VOCÊS!**

A **minha orientadora Célia**, pela paciência, por aceitar trabalhar comigo, por contribuir e ajudar na realização deste trabalho e pela nova amizade construída. E a minha **co-orientadora Berenice, tia berê**, por toda a força dedicada não apenas nesse trabalho, mas na minha vida. Agradeço a vocês por toda atenção e interesse para que eu conseguisse a oportunidade tão desejada.

A **instituição UFCG** e a todos que a compõe, pela realização de um grande sonho.

Enfim, **a todos os amigos** que de alguma forma, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

A TODOS VOCÊS O MEU MUITÍSSIMO OBRIGADA!

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

“De tudo ficaram três coisas: a certeza de que estava sempre começando, a certeza de que era preciso continuar e a certeza de que seria interrompido antes de terminar. Fazer da interrupção um caminho novo, fazer da queda, um passo de dança, do medo uma escada, do sonho uma ponte, da procura um encontro.”

(Fernando Sabino)

RESUMO

SOBREIRA, Ranniele Élide Ferreira. Concepção do Paciente Renal em Tratamento Dialítico e a Influência da Afetividade Familiar no Processo Terapêutico: uma revisão teórica. Trabalho de Conclusão de Curso Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras – PB, 2009. 58p.

A insuficiência renal é uma doença onde ocorre a perda funcional dos rins de forma lenta e gradual, que pode acometer qualquer indivíduo, podendo ser aguda (IRA) ou crônica (IRC) e, considerada um importante problema de saúde pública. Dentre as terapias de substituição renal o destaque é a hemodiálise, um tratamento eficaz no controle da doença permitindo uma melhora no seu estilo de vida. O presente trabalho tem como objetivo apresentar um levantamento bibliográfico a respeito do significado da hemodiálise e o impacto desta modalidade terapêutica na vida de pacientes renais e do apoio afetivo dos familiares no processo de tratamento. Foi realizada uma revisão teórica relacionando os construtores afetividade, hemodiálise e paciente, consultando livros e revistas, disponíveis em bibliotecas da área. Os resultados apontam que o impacto da doença e do tratamento não é apenas físico, mas também psicológico, social e emocional, oferecendo dimensões positivas (vida) e negativas (limitações e sofrimentos), estabelecendo formas de enfrentamento para que aconteça à adesão e a aceitação da terapia e a nova condição de existência. Evidenciando a afetividade familiar como um alicerce e importante recurso nesse processo de adaptação. Percebeu-se que apesar de todas as limitações e sofrimentos vivenciadas pelo paciente renal, a possibilidade de um modo sadio de existir prevalece. Constatamos através deste estudo que são inúmeros as modificações no cotidiano de paciente submetido à terapia renal, e que estes apresentam desconhecimento acerca do tema e estão sujeitos a situações estressantes diariamente e, o quanto é valioso a participação do familiar nesse processo de reestruturação e adaptação a nova vida. Remetendo-nos a valorização da pesquisa na aquisição de novos conhecimentos que possam proporcionar mudanças significativas no campo da saúde.

Palavras-chave: Afetividade. Hemodiálise. Paciente

ABSTRACT

SOBREIRA, Ranniele Élide Ferreira. **Design of Renal Patients on Dialysis and the influence of affection in the family therapy process: a theoretical review.** Conclusion Course Bachelor of Nursing. Federal University of Campina Grande. Cajazeiras – PB, 2009. 58p.

Kidney failure is a disease where there is loss of kidney function slowly and gradually, which can affect anyone and can be acute (ARF) or chronic (CRF) and is considered an important public health problem. Among the renal replacement therapy the focus is on hemodialysis, a treatment effective in controlling the disease allowing an improvement in their lifestyle. This paper aims to present a literature about the meaning of hemodialysis and the impact of this therapeutic modality in the lives of renal patients and the caring support of family in the treatment process. We performed a theoretical review relating manufacturers affection, and hemodialysis patients, consulting books and journals available in libraries in the area. The results show that the impact of disease and treatment is not only physical but also psychological, social and emotional, providing positive dimensions (life) and negative (limitations and suffering), and establishes a confrontation to happen for membership and acceptance of therapy and new condition of existence. Showing affection to family as a foundation and an important resource in this process of adaptation. It was noticed that despite all the limitations and sufferings experienced by renal patients, the possibility of a failsafe there prevails. We found through this study are numerous changes in the daily patient who underwent renal therapy, and that they have knowledge about the issue and are subject to daily stressful situations, and how valuable is the participation of the family in the process of restructuring and adaptation to new life. Referring us to appreciation of research in the acquisition of new knowledge that can provide significant changes in the health field.

Keywords: Affectivity. Hemodialysis. Patient.

LISTA DE SIGLAS

- AINES,s** – Agentes Inflamatórios não-esteroidais
- DP** – Diálise Peritoneal
- DPA** – Diálise Peritoneal Automatizada
- DPAC ou CAPD** – Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua
- DPI** – Diálise Peritoneal Intermitente
- DRC** – Doença Renal Crônica
- DRET** – Doença Renal em Estágio Terminal
- ECA** – Enzima Conversora da Angiotensina
- FAV** – Fístula Arterio-venosa.
- FG** – Filtração Glomerular
- HD** – Hemodiálise
- ICC** – Insuficiência Cardíaca Congestiva
- IR** – Insuficiência Renal
- IRA** – Insuficiência Renal Aguda
- IRC** – Insuficiência Renal Crônica
- SBN** – Sociedade Brasileira de Nefrologia
- SUS** – Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Sistema Urinário.....	19
Figura 2 – 1ª Máquina de Hemodiálise.....	29
Figura 3 – Willem Kolff.....	29
Figura 4 – Fístula Arteriovenosa.....	29
Figura 5 – Acesso Vascular por FAV.....	29
Figura 6 – Máquina de Hemodiálise.....	32
Figura 7 – Diálise Peritoneal.....	34
Figura 8 – Transplante Renal.....	35
Figura 9 – Família, uma solução afetiva.....	38

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Causas da Insuficiência Renal Aguda.....	22
------------------------------------------------------------	-----------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estadiamento e Classificação da Doença Renal Crônica..... 25

Tabela 2 – Total de Pacientes em Tratamento Dialítico por Ano..... 27

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	16
2.1. Objetivo Geral	17
2.2. Objetivos Específicos	17
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
3.2. Insuficiência Renal	21
3.3. Modalidades Terapêuticas	27
3.4. Afetividade: uma visão geral	36
3.5. Afetividade familiar no tratamento da insuficiência renal	38
4. ASPECTOS METODOLÓGICOS	42
4.1. Tipo de Estudo	43
4.2. Análise dos Dados	43
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
7. REFERÊNCIAS	53

O sistema renal ou urinário é constituído pelos os rins, os ureteres, a bexiga e a uretra, cuja função é a produção e eliminação de urina, excreção de hormônios e manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico. Um bom funcionamento dos rins é de fundamental importância para nossa vida e saúde, evitando assim, danos ao organismo por vezes irreversíveis.

A Insuficiência Renal (IR) é a perda funcional dos rins, devido a vários fatores como, hipertensão arterial, diabetes e outras nefropatias, podendo classificar-se em Insuficiência Renal Aguda (IRA), onde ocorre a perda funcional do rim de forma reversível, em alguns casos; e Insuficiência Renal Crônica (IRC), que seria a perda irreversível da funcionalidade. A IRA pode evoluir para uma IRC, tornando-se um quadro de doença progressiva, debilitante e irreversível, tendo como formas de tratamento a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal (COSTA; YU, 2006).

De acordo com o mesmo autor, a hemodiálise é um tratamento que consiste de um filtro dialisador que deve ser conectado a uma máquina de diálise, também chamada de rim artificial, para promover a purificação do sangue, enquanto que a diálise peritoneal utiliza-se da membrana peritoneal que reveste todo o abdômen do nosso corpo para realizar a filtração, podendo essa ser realizada sob três modalidades: Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC), Diálise Peritoneal Ambulatorial Automatizada (DPA) e Diálise Peritoneal Intermitente (DPI), essas escolhidas conforme a necessidade do paciente e pelo nefrologista, proporcionando ao paciente uma estabilidade hemodinâmica e funcional; já o transplante renal é a forma mais complexa e efetiva de substituição da função renal, não-dependente de uma máquina, promovendo uma melhor qualidade de vida aos seus usuários.

O indivíduo com IRC submetido à hemodiálise convive com o fato de realizar um tratamento duradouro, dispendioso e impactante em sua vida e na de seus familiares, causando-lhe limitações e desordens tanto fisiológicas quanto patológicas e psicológicas. Sendo uma doença que acomete pessoas em suas diversas faixas etárias, independentemente de sexo, raça e cor.

Segundo Kusumoto et al (2008,p.153) “A progressão da IRC e o tratamento por hemodiálise causam restrições e prejuízos nos estados de saúde física, mental, funcional, bem-estar geral, interação social e satisfação de pacientes[...].”

A doença renal surge atualmente no Brasil como um grave problema de saúde pública, devido ao grande número de pessoas acometidas por ela anualmente, e por diversos motivos (ROMÃO, 2003).

O paciente portador de tal doença e tendo que se submeter a um tratamento doloroso e dispendioso como é a terapia renal, vivencia mudanças impactantes no seu modo de viver e conviver com as demais pessoas, especialmente com a família. Corroborando com Martins, Cesarino (2005, apud RESENDE, et al, 2007, p.89):

[...] o tratamento hemodialítico é responsável por um cotidiano monótono e restrito, e as atividades desses indivíduos são limitadas após o início do mesmo, favorecendo o sedentarismo e a deficiência funcional, fatores que se refletem na vida diária do paciente.

Ao tratar a complexidade que envolve a doença renal e a hemodiálise em todo seu contexto na vida das pessoas, o presente trabalho pretende instigar a compreensão por meio de uma revisão literária, do significado dessa doença, da modalidade terapêutica, e na concepção da afetividade familiar, em situações significativas vivenciadas pelo paciente renal e sua família em um novo contexto após inserção em um programa de hemodiálise. Com isso gerar meios informativos que assegurem a uma melhor adaptação e manejo da doença como forma de reorganização de uma vida normal.

Sendo que o motivo real na escolha do tema está no interesse pessoal da pesquisadora, que é uma técnica em enfermagem, cuja prática hospitalar já faz parte do cotidiano, tornando-se a temática bastante pertinente a aquisição de novos conhecimentos e aprimoramento da prática. Para com isso obter informações precisas e necessárias que norteiam essa terapia, e desenvolver estratégias efetivas que garantam um bem estar bio-psico-social, fortalecendo, assim os laços familiares e com a equipe que o acompanha.

Para acompanhamento da pesquisa, a mesma estará estruturada da seguinte forma: em princípio vem à introdução; seguida dos objetivos geral e específicos; a fundamentação teórica discorrendo sobre a função renal, a insuficiência renal, as modalidades terapêuticas existentes na terapia e a questão da afetividade familiar no tratamento da insuficiência renal. Prosseguindo teremos o percurso metodológico que designará o desenvolvimento da pesquisa, finalizando com os resultados e discussões e considerações finais.

2.1. Objetivo Geral

- ❖ Realizar um levantamento bibliográfico a respeito do significado da hemodiálise e do impacto desta modalidade terapêutica na vida de pacientes renais bem como do apoio afetivo dos familiares no processo de tratamento.

2.2. Objetivos Específicos

- ❖ Verificar a concepção dos pacientes dialíticos, em pesquisas bibliográficas, sobre: saúde, doença e tratamento;
- ❖ Averiguar o significado da hemodiálise para os pacientes em tratamento em diferentes contextos regionais do Brasil;
- ❖ Elencar as principais mudanças relatadas desta modalidade terapêutica na vida de pacientes renais;
- ❖ Apontar a importância do apoio familiar nos casos de pacientes em tratamento dialítico;
- ❖ Analisar em que medida a presença do apoio afetivo da família contribui para o tratamento do paciente dialítico, no levantamento bibliográfico realizado.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

3.1. Os Rins: uma visão geral

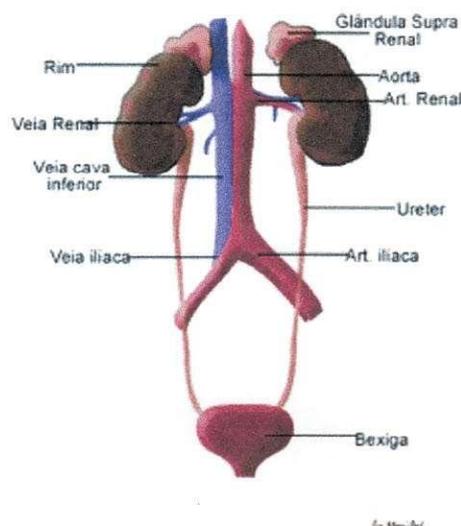


Figura 1 – Sistema Urinário

Todo material tóxico e em excesso devem ser removidos e excretados pelo corpo, promovendo assim, uma adequada homeostasia. E tal contexto acontece mediante o bom funcionamento de um complexo sistema denominado Sistema Renal ou Urinário que compreende as seguintes estruturas: rins, ureteres, bexiga e uretra (SMELTZER; BARE, 2005).

Os rins, em uma descrição macroscópica, são em número de dois, cuja forma lembra a de um “grão de feijão”, com coloração marron-avermelhada, situadas no espaço retroperitoneal, disposto um de cada lado da coluna vertebral, sobre o músculo psoas maior ao nível da vértebra T12 e L3. Cada rim de um indivíduo adulto mede cerca de 11 a 13 cm de comprimento, 5 a 7,5 cm de largura e 2,5 a 3 cm de espessura, pesando entre 125 e 170 gramas no homem, e 115 e 155 gramas na mulher. Sendo o rim esquerdo ligeiramente maior e mais alto, cerca de 1 cm, que o direito (RIELLA; MOURA; RIELLA, 2008).

Ele apresenta uma parte convexa voltada para fora, onde encontramos a cápsula renal que é um tecido fibroso fino que envolve o rim; e a parte côncava, a face interna voltada para a linha mediana, compreendendo a artéria e a veia renal,

vasos linfáticos, plexos nervosos e pelve renal, formando o hilo renal que é a porta de entrada e saída dessas estruturas (SOUZA, 2005)

Segundo Riella, Moura, Riella (2008), o rim possui uma porção cortical de cor avermelhada, contendo glomérulos, túbulos contorcidos proximais e distais; e uma porção medular de cor amarelo-pálida, onde se encontram as pirâmides renais e túbulos coletores. Os túbulos se unem para formarem ductos coletores, onde a urina que daí drena, cai num recipiente chamado cálice menor. E esses cálices unem-se para formar os cálices maiores, apresentados em número de 2 a 4, e que por sua vez une-se para formar a pelve renal que se curva para torna-se o ureter, um tubo que se estende da pelve renal à bexiga urinária.

Conforme os mesmos autores, o rim contém uma estrutura responsável pela formação da urina denominada a unidade funcional do rim, o néfron. Há aproximadamente 1 milhão de néfrons em cada rim. Cada unidade é formada pelo corpúsculo renal (representado pelo glomérulo envolto por uma cápsula, denominada cápsula de Bowman e pelas arteríolas aferentes e eferentes), pelos túbulos (proximal e distal), pela alça de Helen e pelo ducto coletor.

A urina é formada a partir do sangue, por meio dos néfrons. O líquido é filtrado no glomérulo, através dos capilares presentes, fluindo para o túbulo proximal e em seguida passa pela alça de Helen, túbulo distal e por último para o tubo coletor, escoando para a pelve renal. À medida que o líquido percorre esse caminho acontece à reabsorção de maior parte de água e dos eletrólitos para o sangue, mas quase todos os produtos finais do metabolismo são eliminados na urina (GUYTON, 1988).

Corroborando com Gartner; Hiatt (2003, apud FERREIRA, 2008, p.18):

Os rins desempenham papel de órgãos reguladores e mantenedores do equilíbrio hidroeletrolítico corporais. São responsáveis pela eliminação de substâncias indesejáveis, conservação de elementos indispensáveis ao organismo, controle da pressão osmótica, equilíbrio ácido-básico e regulação da pressão arterial. Além dessas funções, os rins atuam também na produção e excreção de alguns hormônios, como eritropoietina, renina, prostaglandina e calcitriol.

Os rins são estruturas de fundamental importância, principalmente devido à capacidade de manter a quantidade de volume e a composição química dos líquidos corporais em níveis desejáveis. A sua parada ou o seu mau funcionamento colocará

em risco a vida das pessoas, pois todas as outras estruturas do corpo dependem de sua regularidade.

3.2. Insuficiência Renal

A disfunção renal pode acometer qualquer pessoa e sob qualquer circunstância, em diversa faixa etária. A doença surge de forma lenta, porém gradual gerando um quadro clínico bastante variado, proveniente do desequilíbrio interno devido o mau funcionamento do rim (SILVA; SILVA, 2003).

Um bom funcionamento dos rins é de fundamental importância para a nossa vida e saúde, evitando assim, danos ao organismo por vezes irreversíveis. E o fato deles não funcionarem adequadamente ocasiona a denominada Doença Renal.

Segundo Smeltzer; Bare (2005, p.1398):

A insuficiência Renal é uma condição na qual os rins não conseguem remover os resíduos metabólicos do corpo nem realizar as funções reguladoras, ou seja, não consegue mais excretar os produtos de eliminação, urina concentrada, e manter um equilíbrio hidroeletrolítico. Sendo assim, as substâncias normalmente eliminadas na urina acumulam-se nos líquidos corporais em consequência da excreção prejudicada, causando distúrbios hídricos, eletrolíticos e ácido-básicos.

Para Guyton; Hall (1996, apud FERREIRA, 2008), várias situações lesam o rim agudamente ou o tornam incapacitante gradativamente, sendo pouco perceptível de imediato. Dentre essas alterações podemos relatar as mais comuns como: imunológicos (glomerulonefrites, poliartrite nodosa, lúpus eritematoso sistêmico); metabólicos (diabetes mellitus, cimiloidose); vasculares renais (arteriosclerose e nefrosclerose); infecções (pielonefrite, tuberculose); distúrbios tubulares primários causados pelas nefrotoxinas; litíase; hipertrofia prostática ou estenose uretral; doenças policísticas; ausência congênita de distúrbio renal; hiperplasia renal; hipertensão arterial; obesidade e sobrepeso ao nascer.

De acordo com o grau de acometimento a Insuficiência Renal se subdivide em: Insuficiência Renal Aguda (IRA) e Insuficiência Renal Crônica (IRC).

A IRA segundo Cavalcante et al (2007, p.483) “é definida como uma deteriorização da função renal em um período de horas a semanas, resultando na perda da capacidade do rim em excretar escórias nitrogenadas e manter a homeostase hidroelétrica”.

Segundo Smeltzer e Bare (2005) as causas da IRA procedem de três categorias: pré-renal (hipoperfusão renal), intra-renal (lesão renal propriamente dita) e pós-renal (obstrução do fluxo urinário). O quadro a seguir expõe as causas que acometem o rim em suas três fases.

QUADRO 1 – Causas Da Insuficiência Renal Aguda	
CATEGORIAS	CAUSAS
Insuficiência Pré-Renal	<p>Depleção de volume decorrente de:</p> <ul style="list-style-type: none"> -hemorragia -perdas renais (diurético, diurese osmótica) -perdas gastrintestinais (vômitos, diarreia, aspiração nasogástrica) <p>Eficiência cardíaca prejudicada:</p> <ul style="list-style-type: none"> -infarto do miocárdio -insuficiência cardíaca -disritmias -choque cardiogênico <p>Vasodilatação decorrente de:</p> <ul style="list-style-type: none"> -sepsse -anafilaxia -medicamentos anti-hipertensivos ou outros medicamentos que provocam vasodilatação.
Insuficiência Intra-Renal	<p>Isquemia renal prolongada resultante de:</p> <ul style="list-style-type: none"> -nefropatia por pigmento (associada à clivagem de eritrócitos contendo pigmentos que, por sua vez, ocluem as estruturas renais) -mioglobínúria (trauma, lesões por esmagamento, queimaduras) -hemoglobínúria (reação transfusional, anemia hemolítica) <p>Agentes nefrotóxicos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> -antibióticos aminoglicosídeos (gentamicina, tobramicina) -contrastos radiopacos -metais pesados (chumbo, mercúrio) -solventes e substâncias químicas (etileno glicol, tetracloreto de carbono, arsênico) -agentes antiinflamatórios não-esteroidais (AINE's) -inibidores da enzima conversora da angiotensina (inibidores da ECA) <p>Processos infecciosos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> -pielonefrite aguda -glomerulonefrite aguda
Insuficiência Pós-Renal	<p>Obstrução do trato urinário, incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -cálculos (litíase) -tumores -hiperplasia benigna da próstata -estenoses -coágulos sanguíneos

Fonte: Smeltzer, Bare, (2005)

Embora se acredite que a IRA seja um problema que normalmente acomete pacientes hospitalizados, estudos vêm mostrando que pacientes fora de instituições médicas também são acometidos pela doença (BRUNNER, SUDDARTH, 2005).

Corroborando com Santos (1992, p.21) quando diz que:

Considera como insuficiência renal aguda (IRA) a síndrome caracterizada pela supressão aguda das funções renais em que, geralmente, se instala oligúria (menos de 400 ml/1,73m²/24horas), embora tal não seja obrigatório e em que ocorre conspícua redução da taxa de filtração glomerular (FG), resultando retenção das escórias nitrogenadas, que persiste ou aumenta depois de corrigido o evento precipitador, causando caracteristicamente com importantes modificações qualitativas na urina produzida.

A IRA manifesta-se clinicamente através de náuseas persistentes, vômitos, diarréia, letargia, convulsão, oligúria, anúria, agitação, tremor, desidratação, halitose (hálito com odor de urina), sonolência, cefaléia, contratura muscular, edema, hipertensão arterial, anorexia, entre outros. E laboratorialmente através de alterações na urina, alteração no contorno renal, níveis aumentados de uréia e creatinina (azotemia), hipercalemia, acidose metabólica, anormalidades do cálcio e fósforo e anemia (SMELTZER, BARE, 2005).

Com relação ao tratamento da IRA Fermi (2003, apud Ferreira, 2008, p.19) discorre que:

O tratamento da insuficiência renal aguda é bastante complexo e, por tanto, depende do agente causador e da extensão da lesão. O tratamento inclui a manutenção da homeostase hídrica, para corrigir a desidratação; a administração de antibióticos para tratar as infecções; correção cirúrgica, no caso de obstrução de tumores ou cálculos e/ou realização da diálise para suprimir a uremia e evitar complicações.

Mesmo se tratando de um tratamento complexo que proporciona bons resultados, a IRA ainda é uma doença de grande relevância para a saúde pública no Brasil, correspondendo a um alto grau de morbi-mortalidade, sendo a prevenção ainda um fator primordial para a mesma.

No Brasil estima-se que 1,4 milhões de pessoas possuam ou venham a possuir alguma disfunção renal, alertando o sistema de saúde pública quanto à importância na elaboração de estratégias que visem à prevenção da doença, reduzindo assim, a sua incidência (SILVA et al,2008).

Segundo Fava et al (2006,p.146) “as repercussões do desenvolvimento científico e tecnológico nas condições de vida da população têm levado ao aumento da expectativa de vida, expondo a população a um maior risco de desenvolver doenças crônico degenerativas”.

A IRA trata-se então, de uma patologia de surgimento súbito, todavia com percurso temporário, podendo ser reversível, se tratada de imediato e adequadamente, ou irreversível, evoluindo para uma IRC.

A doença renal crônica (DRC) é caracterizada pela lesão renal irreversível e progressiva das funções glomerular, tubular e endócrina dos rins, promovendo o desequilíbrio homeostático, ocasionando a necessidade de uma terapia renal substitutiva para o seu controle devido e a manutenção de uma vida (FERNANDES, CAVALCANTE, 2007).

A insuficiência renal crônica, ou DRET, é uma deterioração progressiva e irreversível da função renal, na qual fracassa a capacidade do corpo para manter o equilíbrio metabólico e hidroeletrolítico, resultando em uremia ou azotemia (retenção de uréia e outros resíduos nitrogenados no sangue) (SMELTZER; BARE, 2005, p. 1403).

A IRC pode surgir de uma evolução da IRA, ou simplesmente em um processo lento e contínuo de uma doença pré-instalada, de condição irreversível, levando o paciente a realizar uma terapia de escolha de substituição renal brusca.

De acordo com Titan; Absensur (2006), as principais causas de progressão pra IRC são o diabetes mellitus, hipertensão arterial, glomerulopatias, pielonefrites crônicas e doença dos rins policísticos. E diferente da IRA a perda da funcionalidade não acontece de imediato, e sim nos estágios avançados da doença.

A DRC envolve três estágios de acordo com a funcionalidade renal: o primeiro estágio é a reserva renal diminuída, caracterizada pela perda de 40 a 75% de sua função e por não apresentar sintomatologia aparente, já que os néfrons remanescentes executam as tarefas normais do rim; o segundo estágio é a insuficiência renal propriamente dita, onde a perda é de 75 a 90% da funcionalidade do néfron, ocasionando o aumento na creatinina e uréia, desenvolvendo uma incapacidade em concentrar a urina e presença de anemia, poliúria e nictúria; o terceiro estágio é a doença renal em estágio terminal (DRET), como o próprio nome diz é a fase do estágio final da doença onde menos de 10% dos néfrons estão funcionando adequadamente, e todas as funções estão bastante prejudicadas, evidenciada pelo elevado nível de uréia, creatinina e um grave desequilíbrio eletrolítico, onde a solução e a reversibilidade dos sintomas se darão através da terapia dialítica (SMELTZER, BARE, 2005).

Em relação à sintomatologia da doença Titan, Abensur (2006) discorrem que um dos sintomas precoces é a noctúria, devido à incapacidade de concentração urinária, evoluindo em complicações urêmicas como: fadiga, perda de apetite, náuseas, vômitos, soluços, sinais de desnutrição, sonolência, redução da atenção e de capacidade cognitiva, alterações de memória, lentificação, mioclonias (contração involuntária de músculo), convulsões, confusão mental, coma, síndrome das pernas inquietas, pericardite, tamponamento pericárdico, parotidite e disfunção plaquetária. Outras complicações poderão surgir como, impotência, redução de libido, alteração de ciclo menstrual, dislipidemias, intolerância a glicose, alteração no metabolismo ósseo, anemia, hiponatremia, hipercalemia, hipocalcemia, hiperfosforemia, hipermagnesemia, acidose metabólica, edema, anasarca, hipertensão arterial, cardiomiopatia urêmica (apresentando dispnéia e edema agudo do pulmão).

De acordo com Fernandes, Cavalcante (2007), a DRC possui seis estágios que vão de acordo com o grau de funcionamento renal. A tabela mostra esse estadiamento.

Tabela 1 – Estadiamento e classificação da doença renal crônica

Estágio	Filtração glomerular (ml/min)	Grau de insuficiência renal
0	>90	Grupos de risco para DRC Ausência de lesão renal
1	>90	Lesão renal com função renal normal
2	60 – 89	IR leve ou funcional
3	30 – 59	IR moderada ou laboratorial
4	15 – 29	IR severa ou clínica
5	<15	IR terminal ou dialítica

IR= Insuficiência renal; DRC= doença renal crônica.

Fonte: JUNIOR, J. E. R., (2004).

Corroborando com os mesmos e com base nessas informações, as diretrizes brasileiras julgam para fins de tratamento apenas os estágios II a V, acreditando num diagnóstico positivo quando detectada em sua fase inicial da doença.

Em função da diminuição e perda funcional de néfrons acontece um aumento no trabalho dos néfrons remanescentes, gerando uma nova adaptação do rim doente a essa nova condição; e a esse evento que surge de forma assintomática e evoluindo de forma gradual a fase terminal da doença denominamos de DRC (RODRIGUES, 2005).

O diagnóstico da IRC depende de dados obtidos através da anamnese, grau de evolução da doença, exames laboratoriais e radiológicos que confirmem a perda da função renal. Dentre os exames úteis na investigação diagnóstica destacamos: exame de urina; proteinúria de 24h; eletroforese de proteínas séricas e imunoeletroforese de proteínas no sangue e na urina; fundoscopia para avaliação de retinoscopia; eletrocardiograma, radiografia torácica e ecodopplercardiograma na avaliação de órgãos-alvo; ultra-sonografia de vias urinárias; sorologias para hepatites B, C e HIV e pesquisa de auto-anticorpos na suspeita de doenças auto-imunes (TITAN, ABENSUR, 2006).

Contudo uma boa, cuidadosa e meticulosa investigação acerca das causas da nefropatia crônica são de fundamental importância para a detecção precoce da doença e aplicabilidade de um tratamento hábil e a tempo; em muitos casos, em estabilizar ou até mesmo suplantam a perda total da função renal (SILVA et al, 2008).

Por se tratar de uma doença crônica o seu tratamento almeja manter a função renal e a homeostasia em níveis satisfatórios. É realizado então o tratamento farmacológico por meio de medicamentos tais como, anti-hipertensivos, eritropoietina (Epogen), suplementos de ferro, agentes de ligação de fosfato e suplementos de cálcio; a terapia com dieta através da regulação cuidadosa na ingestão protéica, ingestão hídrica, ingestão de sódio, além da restrição de potássio, entretanto a ingestão calórica e de vitaminas devem ser asseguradas já que ocorre a perda gradual dos mesmos; e por fim a terapia dialítica, indicada quando a terapia conservadora foi falha, impedindo assim, uma vida estável (SMELTZER, BARE, 2005).

Alguns sinais e sintomas são poucos evidentes quando a falência renal é mínima, entretanto, quando a redução torna-se maior provocará inúmeros sinais, sintomas e determinadas complicações que senão tratadas podem levar a óbito. Salientando que a ocorrência e a intensidade dos mesmos dependerão do grau de comprometimento renal e de outras condições subjacentes, como a presença de doenças sistêmicas.

Os rins são estruturas corporais fundamentais para a manutenção da vida. E com a sua disfunção se faz necessário a escolha de uma terapia para promover a continuidade funcional dos mesmos.

3.3. Modalidades Terapêuticas

Segundo Bastos et al (2004), a terapia renal substitutiva é indicada quando, comprovadamente, detecta-se a falência renal, evidenciada pela perda de suas funções vitais.

E essa indicação é realizada pelo médico nefrologista, através da análise clínica e laboratorial, seguida da orientação a respeito da doença renal crônica e das modalidades terapêuticas existentes (RODRIGUES, 2005). Os métodos de substituição renal estão evoluindo a cada ano, proporcionando uma terapia de qualidade e possibilitando uma estabilidade hemodinâmica (ALMEIDA, 1999).

O número de pacientes em tratamento dialítico vem crescendo gradativamente de acordo com censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), que em março de 2008 registrou um número estimado de 87.044 pacientes dialisando, dentro de uma população geral de 186.113.880 habitantes (IBGE, 2008). Desse valor 87,2% correspondem ao SUS e 12,7% a outros convênios. Dentre as modalidades 89,4% é do tipo hemodiálise; 5,3% por Diálise Peritoneal ambulatorial contínua (CAPD ou DPAC); 4,9% por Diálise Peritoneal Automatizada (DPA) e 0,4% por Diálise Peritoneal Intermitente (DPI). E o índice de mortalidade passou de 14% referente ao ano de 2007 para 15% no decorrente ano (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2008).

Tabela 2 - Total de Pacientes em Tratamento Dialítico por Ano

MÊS/ANO	Nº PACIENTE
JAN./2000	42.695
JAN./2001	46.557
JAN./2002	48.806
JAN./2003	54.523
JAN./2004	59.153
JAN./2005	65.121
JAN./2006	70.872
JAN./2007	73.605
JAN./2008	87.044*

FONTE: SBN - MARÇO, 2008

* Estimado

Segundo Romão Júnior (2006), tem-se paciente com mais de vinte anos em terapia renal, tornando o custo desse tratamento extremamente elevado e dispendioso, visto que mais de 90% do tratamento é custeado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Para a realização da diálise existem algumas indicações, tais como: hiperpotassemia, hipervolemia, uremia, acidose metabólica, hipo ou hipernatremia, hipo ou hipercalcemia, hiperuricemia, hipermagnesemia, hemorragias, ICC (Insuficiência Cardíaca Congestiva), hipotermia e intoxicação exógena (CAVALCANTE et.al, 2007).

Os conceitos de hemodiálise surgiram com os experimentos de Thomas Graham em 1830 separando dois líquidos e estabelecendo trocas entre eles, denominando esse fenômeno de “diálise”. Entretanto os primeiros ensaios clínicos como tratamento utilizando essa técnica teve início em 1913 nos Estados Unidos. Nesse mesmo ano John Abel idealizou a primeiro “rim artificial” utilizado em cães sem rins, contudo surgiram vários problemas técnicos desmotivando a experiência. Em 1917 na 1ª Guerra Mundial, o alemão Georg Laas alterou o protótipo do rim artificial de John Abel acrescentando a ele a técnica de esterilização. Mas a experiência com seres humanos só aconteceu em 1926, contudo sem resultados positivos. Melhorias foram surgindo, entretanto só em meados de 1936 houve segurança na técnica. Durante a 2ª Guerra Mundial (1940) o holandês Kolff, considerado o pai da hemodiálise, trouxe mudanças significativas e pela primeira vez utilizou-se a técnica em pacientes com IRA, antes utilizada somente em pacientes urêmicos. O ano de 1945 foi o marco, pois retrata a sobrevivência do primeiro paciente em terapia renal, sendo ainda contra-indicada no tratamento da IRC (Associação dos Doentes Renais do Norte de Portugal, 2006).

Nas figuras abaixo podemos observar, respectivamente, a máquina de Kolff e seu idealizador.



Figura 2 - Willem Kolff

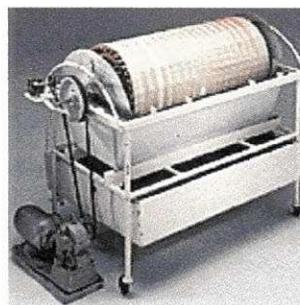


Figura 3 - 1ª Máquina de Hemodiálise

Outro marco na história aconteceu em 1960 com Scribner e Quinton na confecção de um acesso para a terapia denominada "SHUNT", uma prótese vascular externa permanente, para o tratamento da IRC. E em 1966 foi dado outro passo, criando-se a FAV (fístula arterio-venosa), arterialização de uma veia ligando-a a uma artéria, em substituição do SHUNT, e assim as novas técnicas foram surgindo para a melhoria da terapia e sobrevida do paciente renal.

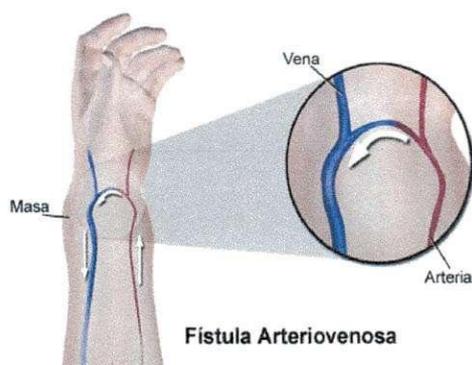


Figura 4 – Fístula Arteriovenosa



Figura 5 – Acesso vascular por FAV

No Brasil a realização da primeira hemodiálise aconteceu no ano de 1949 em pacientes com IRA, e somente em 1960 os pacientes portadores de IRC puderam se submeter à mesma, graças à evolução tecno-científica, proporcionando acessos, equipamentos e materiais mais eficientes e adequados (ROMÃO JÚNIOR, 2006).

A hemodiálise é um procedimento contínuo responsável pela filtração do sangue, dele removendo substâncias indesejáveis, que em excesso no organismo acarretam prejuízos ao corpo. Segundo Rodrigues (2005, p.139):

Diálise consiste na depuração sanguínea através de membranas semipermeável natural (peritônio) ou extracorpórea (filtros de hemodiálise/hemofiltração) aplicada à substituição da função renal. A diálise permite a remoção de substâncias tóxicas e de fluídos (ultrafiltrado), a fim de manter o equilíbrio ácido-básico, eletrolítico e volêmico. A remoção das toxinas e fluídos se faz por difusão e/ou por convecção.

Os objetivos da hemodiálise estão na remoção de substâncias tóxicas do sangue e do excesso de água. E esses objetivos fundamentam nos princípios de difusão, osmose e ultrafiltração. O processo de difusão acontece quando as toxinas movimentam-se de uma área de maior concentração, para uma de menor concentração; a osmose acontece quando o excesso de água se move de uma área de maior concentração para uma de menor concentração; já a ultrafiltração, considerada mais eficiente que a osmose, acontece quando a água sob pressão se movimenta para uma área de menor pressão (SMELTEZER, BARE, 2005).

Segundo Romão Júnior (2006), a hemodiálise acontece diante do deslocamento de solutos e líquidos do meio mais concentrado para o menos concentrado, através de uma membrana semipermeável presente no hemodialisador (capilar), que promove a separação do compartimento sanguíneo e da solução de banho de diálise. Essa membrana impede a passagem de solutos maiores (proteína, vírus, bactérias etc.), todavia permiti a passagem de moléculas de menor peso (uréia, creatinina, potássio etc.).

A diálise realiza inicialmente a função de filtração, purificando o sangue, removendo dele além de toxinas, o excesso de líquido cumulativo no corpo, não interferindo nas funções metabólicas e endócrinas renais. Cada sessão pode durar de três a quatro horas, dependendo da necessidade do paciente, num período de três vezes por semana em dias alternados (SANTORO et al, 2009).

Para a realização da terapia dialítica é necessário um acesso vascular provisório e/ou permanente, tais como: cateter venoso, como acesso provisório, utilizando-se da punção das veias subclávia, femoral ou jugular, possibilitando iniciar o tratamento logo após a sua inserção; shunt artero-venoso é uma forma antiga de enxerto, de curso temporário, consistindo na união entre uma artéria e uma veia por

meio de um tubo plástico (Teflon ou Silicone); fístula artero-venosa (FAV), o de melhor escolha por garantir um acesso permanente, por meio da anastomose entre uma artéria e uma veia, permitindo punções sucessivas por agulhas; enxerto artero-venoso, utilizado quando não for possível a utilização da FAV, sendo confeccionada por meio da ligação de uma artéria e uma veia com a inserção de uma prótese (biológica, semi-biológica ou sintética) (SILVA et al, 2006).

Esses acessos devem ser estabelecidos para que o sangue seja removido, limpo e devolvido purificado ao paciente. Todavia os acessos envolvem algumas complicações e riscos. Os cateteres (subclávio, femoral e jugular interno) correm o risco de hematoma, pneumotórax, infecção, trombose da veia subclávia e fluxo inadequado; a fístula corre o risco de hematoma, infecção, trombose, tromboflebite, fluxo inadequado e parada súbita de funcionamento; enquanto ao enxerto as complicações mais comuns são a infecção e a trombose (SMELTZER, BARE, 2005).

Um aspecto relevante na terapia dialítica está relacionado à coagulação do sangue circulante na máquina, e a prevenção da mesma acontece através da devida heparinização do sistema onde circula o sangue, salvo alguns casos, como nos pacientes com risco de sangramento, optando-se pela não utilização da heparina. A dosagem do medicamento varia de acordo com o tipo de paciente e sua história clínica (ROMÃO JÚNIOR, 2006).

Um fator bastante importante nesse tratamento e requer atenção é a máquina de diálise. Ela é constituída por uma bomba que impulsiona o sangue em seu percurso paciente-máquina-paciente, com um sistema de liberação de solução de diálise e monitores para a segurança do paciente (detector de ar, monitor de pressão, sensores de condutividade e temperatura da solução, válvula de bypass, detector de perda sanguínea, entre outros) (DAUGIRDAS; STONE; BOAG, 2003). A figura a seguir mostra a máquina de hemodiálise em funcionamento.

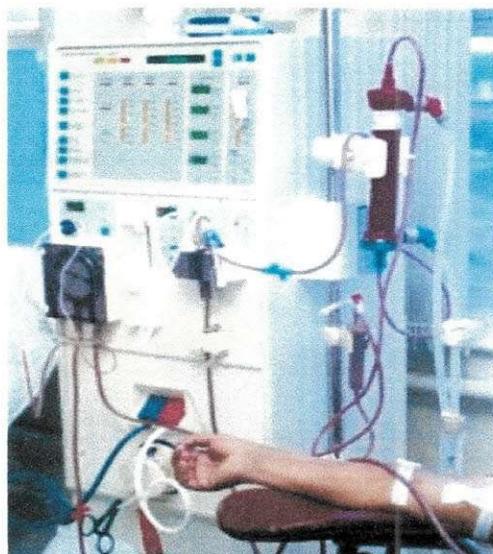


Figura 6 – Máquina de Hemodiálise

Salientamos ainda, a importância na qualidade da água utilizada no tratamento, exigindo do profissional técnico responsável pelo mesmo, o seguimento correto de todas as etapas do processo. Com isso:

O equipamento para o tratamento de água para a hemodiálise merece atenção especial, uma vez que os pacientes em hemodiálise expõem seu sangue, através da membrana do dialisador, acerca de 120 litros de água por sessão. A possibilidade de absorção de substâncias tóxicas em solução é muito maior que a de pessoas normais, por ingestão ao longo da vida (MORSCH; PROENÇA, 2006, P.503).

O tratamento hemodialítico traz consigo uma série de complicações para o paciente renal, dentre elas, hipotensão, hipertensão, arritmias, edema agudo de pulmão, dor lombar, infecções, reações pirogênicas, sangramento, anemia, convulsões, embolia gasosa, hemólise, rupturas de fibras do dialisador e/ ou das linhas, coagulação do sistema, câimbras, exsanguinação, dor torácica, entre outras (THOMÉ et al, 1999).

A hemodiálise deixa então de ser um tratamento experimental para se tornar uma realidade, restituindo assim vidas e proporcionando uma nova linha de pesquisa da ciência que busca não apenas da vida, mas oferecer uma melhor qualidade de vida.

Entretanto, Machado, Car (2003) relatam estudos mostrando que a condição crônica e o tratamento hemodialítico acarretam algumas desvantagens para o paciente como: dependência de uma máquina, obrigatoriedade de estar presente no

centro três dias por semana, abandono de uma vida dita “normal”, impossibilidade de passeios e viagens, perda da autonomia, alteração corporal, sentimento ambíguo entre viver e morrer e com poucas ou nenhuma expectativa de vida. O paciente portador de IRC além de conviver com as limitações físicas e sócias, ainda permeiam as limitações emocionais, gerando assim, grande fragilidade e desestruturação da vida diária, traçando uma trajetória de perdas não apenas funcional, mas de cunho sentimental (BEZERRA, SANTOS, 2008).

Mesmo assim, a hemodiálise constitui hoje o tratamento de primeira escolha dentre as outras terapias substitutivas, submetendo a diálise peritoneal, por exemplo, apenas em situações especiais como na ausência de um acesso vascular ou no desgaste físico apresentado pelo paciente (SILVA, SILVA, 2003).

Outra especialidade de terapia renal denomina-se Diálise Peritoneal (DP), cuja funcionalidade baseia-se também na filtração do sangue, promovendo a remoção de substâncias tóxicas e o líquido em excesso, diferindo da HD por ser uma técnica intracorpórea, utilizando o revestimento interior do abdômen, designada de membrana peritoneal, para a realização da filtração (SANTORO et al, 2009).

Para realizar a terapia é necessária a implantação de um cateter (TENCKHOFF) na cavidade abdominal e só após dez dias iniciar a terapia, que consiste na infusão da solução de diálise, deixando-a na cavidade por um período, determinado pelo médico, para posterior drenagem ocorrendo assim, as trocas. A cada nova troca realizada, a remoção de toxinas no sangue acontece, ocorrendo assim, à filtração (DAUGIRDAS, 2003).

A DP é utilizada em paciente com DRC, no entanto estabelece-se como prioritário o atendimento nesta modalidade, às crianças, os idosos, paciente com dificuldade no acesso vascular, ou que residem distante o centro e pacientes com distúrbio hemodinâmico provocado pela HD. A vantagem desta modalidade é a sua rápida e fácil instalação e efetivação, proporcionando um maior conforto para o paciente e seus familiares; as desvantagens englobam a ineficácia na remoção adequada de solutos, comparada com HD, e pelo alto custo na manutenção, a nível Brasil (ROMÃO JÚNIOR, 2006).

Segundo Smeltzer, Bare (2005) a DP é realizada em pacientes doentes agudamente, por um curto prazo de tempo, para corrigir o distúrbio hidroeletrólítico ou em portadores de IRC em tratamento contínuo. A figura abaixo demonstra uma das formas de diálise peritoneal.

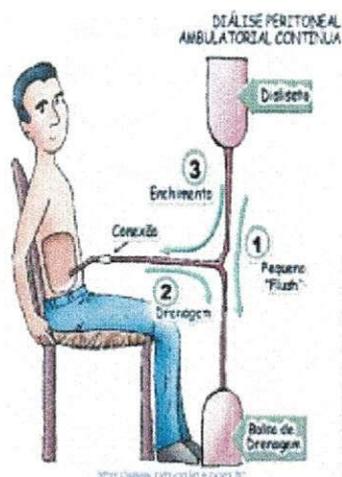


Figura 7 – Diálise Peritoneal

É uma forma de tratamento que pode ser realizada no próprio domicílio do paciente, desde que esse esteja preparado, providenciando um local limpo e bem iluminado e que o responsável pelas trocas esteja apto a realizá-la.

Segundo Romão Júnior (2006), ela pode classificar-se em três modalidades: Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD ou DPAC), Diálise Peritoneal Intermitente (DPI) e Diálise Peritoneal Automática (DPA). A CAPD é um método de depuração contínua e manual, realizada pelo próprio paciente ou familiar, devidamente treinado e habilitado, cuja técnica consiste na introdução da solução de diálise, e a cada quatro a oito horas realizar a sua troca, promovendo de três a cinco trocas diárias; a DPI é um dos métodos mais antigos, realizado na própria clínica pelo profissional responsável, diferenciando da CAPD por se tratar de um tratamento de vinte quatro a trinta e seis horas seguidas com a utilização de um cateter provisório, podendo ser realizado através de uma máquina, automaticamente, ou de forma manual; a DPA é semelhante à CAPD, diferenciando-se da mesma pela utilização de uma máquina cicladora automática, realizando as trocas normalmente durante a noite, sem interrupções, por um período estipulado pelo médico.

Ainda de acordo com o mesmo autor, as principais complicações encontradas nessa terapia são: dores abdominais e torácicas, constipação, sangramentos, peritonite, hipovolemia, hiper-hidratação, extravasamento de líquido, problemas respiratórios; embora não sejam considerados problemas graves quando diagnosticados previamente, tornando-se algo evitável, desde que haja o conhecimento precoce de cada uma delas pelo paciente.

Outro recurso em terapia renal é o transplante, indicado a todos os pacientes renais crônicos. De acordo com Silva et al (2009, p.105): “é um procedimento no qual se coloca no corpo de um indivíduo um rim saudável vindo de outra pessoa. Este novo e único rim deve substituir totalmente os dois rins que pararam de funcionar”.

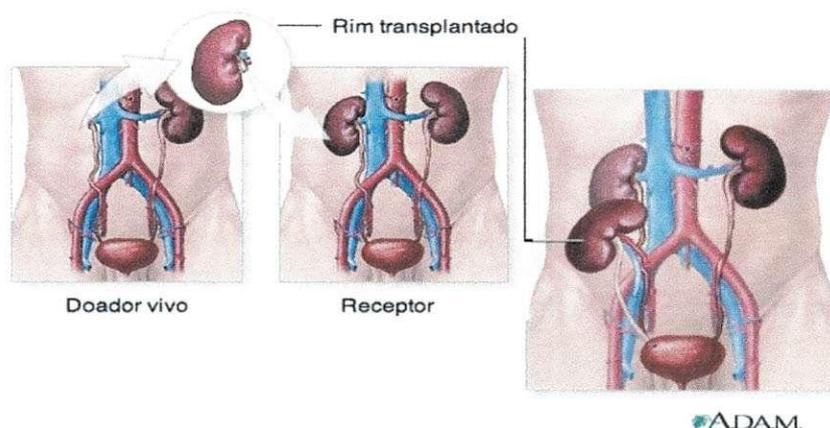


Figura 8 – Transplante Renal

O transplante sempre foi uma das grandes aspirações médica, que no caso do rim, somente após 1955 passou-se a tornar realidade. E hoje é a terapêutica de maior aceitação, devido à necessidade do paciente e a evolução da técnica que se tornou mais segura, e realizada com êxito no tratamento da IRC (ROMÃO JÚNIOR, 2006).

O rim a ser transplantado pode vir de duas formas: através de um doador vivo (parentes e/ou pessoas sem nenhum vínculo familiar) ou de um doador cadáver (pessoa falecida e/ou desconhecida).

Para Smeltzer; Bare (2005) o transplante realizado com doador vivo responde melhor e proporciona um prolongamento de vida mais satisfatório, do que aquele recebido de um doador cadáver. E em alguns casos será necessária a retirada dos rins acometidos pela doença antes do transplante. Sendo o melhor doador aquele com maior grau de compatibilidade sanguínea com o receptor.

Em alguns casos pode acontecer o que chamamos de rejeição do órgão transplantado, ou seja, o corpo, por algum motivo, não aceita o novo órgão, obrigando o paciente a retornar a diálise e aguardar uma nova cirurgia.

O transplante de um rim não é uma forma de cura, mas um tipo de tratamento, cujo êxito proporcionará uma melhor qualidade de vida ao paciente, a normalização de suas funções, antes perdida pela doença, concedendo ainda, certo

grau de independência e autonomia, com relação às limitações anteriormente impostas, como nas restrições alimentares, nos passeios, exercícios físicos, ingestão de líquidos; todavia, por se tratar de uma terapia, ainda requer do paciente o devido acompanhamento médico rotineiro e o uso constante das medicações imunossupressoras, para evitar a rejeição.

Pesquisas ressaltam que o transplante renal surge como uma forma mediadora de se obter uma nova vida, trazendo consigo novas esperanças, sendo a melhor opção em substituição renal tanto clinicamente, quanto emocionalmente e economicamente (TERRA, COSTA, 2007). Entretanto alguns pacientes ainda relutam na escolha dessa terapia. Segundo os mesmos autores o motivo encontra-se no medo da cirurgia e suas complicações, na rejeição, no receio de prejudicar a saúde e a vida do doador (parentes) e no caso de pacientes em idade avançada que relatam não ser compensatório tal recurso.

3.4. Afetividade: uma visão geral

O que é afetividade? Essa é uma questão que pode ser respondida de acordo com diferentes autores (ABREU, 2005; BESSA, 2006; BOWLBY, 1984/2002; DALBEM e DELL'AGLIO, 2005; GALVÃO, 1993; 1995; 2003; LA TAILLE, OLIVEIRA e DANTAS, 1992). Ribeiro, Jutras e Louis (2005, p. 32) ao tentar apresentar uma definição para o domínio da afetividade, se depararam com uma diversidade de vocábulos comumente utilizados, a saber: "atitudes e valores, comportamento moral e ético, desenvolvimento pessoal, desenvolvimento social, motivação, interesse e atribuição, ternura, inter-relação, empatia, sentimentos e emoções".

No âmbito do discurso científico, pode-se encontrar, por exemplo, na Psicologia e Educação, diferentes teóricos que se debruçam no estudo de tal temática. Nas áreas ora citadas Henri Wallon (1975; 1950; 1987; 1989) representa uma contribuição expressiva e significativa, e no presente trabalho, optou-se por apresentar algumas das principais considerações deste autor no que concerne a definição e entendimento de tal vocábulo. Adotando uma perspectiva holística da pessoa, ele considera que além dos fatores cognitivos os processos orgânicos, sociais, emocionais afetivos e motores deveriam ser estudados pela Psicologia e Educação.

Wallon propõe que, ao nascer, o bebê encontra-se sincreticamente imbuído em diferentes campos funcionais: *cognição, emoção, movimento e contexto social* e conforme vai se relacionando e interagindo socialmente, ocorre paulatinamente à diferenciação entre tais campos.

No que se refere ao campo funcional da emoção, Wallon defende que esta deve ser compreendida a partir da relação do homem com o seu meio. Assim, procura entendê-la como o processo que está entre o orgânico e o psíquico. Dito mais claramente, para Wallon, a emoção é mediada pelo Sistema Nervoso Central (SNC). É o processo orgânico que leva a alteração do processo psíquico. Ela faz a relação, a passagem do meio corporal, biológico, para o meio social.

Desta forma, pode-se verificar que desde muito cedo as emoções desempenham um papel de suma importância para garantir nossa sobrevivência e segurança física, psíquica e social. No bebê recém-nascido, por exemplo, as expressões emocionais são produzidas, pelo sistema nervoso central como uma resposta àquilo que ele vivencia e experimenta logo nos primeiros dias de vida. Essas emoções vão desembocar na produção de uma ação no meio em que o bebê está inserido e esta resposta provoca uma interação. Diante disto, as emoções tornam-se mediadoras da relação entre o orgânico e o psíquico.

Mas emoção é o mesmo que afeto? Para Wallon esses conceitos são de fato diferentes! A emoção é, para ele, como pontuada acima, uma reação orgânica, mediada pelo SNC e a afetividade não é uma resposta orgânica, biológica, mas uma construção social. Todas as impressões que se têm das pessoas ao redor, são impressões afetivas, ou seja, a afetividade é assim um conjunto de emoções e de impressões do meio enquanto que as emoções referem-se a respostas fisiológicas como de alegria, tristeza e medo (BESSA, 2006).

Emoção e processo de socialização estão diretamente relacionados. A família tem um papel importantíssimo nesse processo, porque é ela que traz as primeiras impressões psíquicas para a criança. A emoção capta o meio para a criança e a partir dessa captação traz a atenção dos outros indivíduos para a criança, para as necessidades da criança e junto com essas necessidades vêm também impressões que vão sendo construídas dialeticamente e dialogicamente.

E quando adultos, também precisamos das emoções e afetos? A seguir apresenta-se a importância da afetividade no contexto familiar para pacientes adultos em processo de tratamento da insuficiência renal.

3.5. Afetividade Familiar no Tratamento da Insuficiência Renal



Figura 9 – Família, uma solução afetiva

A afetividade é entendida como o englobamento de fatos e acontecimentos que surgem sob a forma de sentimentos e emoções, representadas através das nossas vivências e que interferem de fato em nosso comportamento (BALLONE, 2000). Assim é o paciente renal que diante do processo de adoecer vivencia uma situação inesperada, assustadora e conflitante em sua vida, elencando situações estressantes, obrigando-o a valorizar e aceitar a nova realidade.

O processo de adoecer acontece quando por algum motivo o organismo não está exercendo a sua função regularmente, promovendo um desequilíbrio ou até mesmo a perda da funcionalidade, como é o caso da doença renal crônica.

Segundo Cavalcante (2004, p.32), na visão da psicologia:

O adoecimento é uma situação única e inesperada em que o indivíduo não está preparado, uma vez que não se escolhe adoecer. É conforme este ponto de vista que advém o sofrimento psíquico, que necessita ser trabalhado frente à doença. Para que este sofrimento exista é necessário que haja condições em que ocorram situações desagradáveis e dor física e incerteza sobre o futuro, fatos estes desencadeados com o adoecer.

A pessoa quando é informada que é portadora de uma doença crônica, sem expectativas de cura, e que se submeterá a um tratamento contínuo, desgastante e doloroso em todos os seus aspectos, apresentará não apenas um desgaste físico, como também um grande desgaste mental e emocional (RESENDE et al, 2007).

Segundo os autores ora citados, quando a doença aparece traz consigo as limitações, restrições, perdas, a obrigatoriedade e o compromisso com o tratamento, obrigando o paciente a ter que conviver e adaptar-se a uma nova vida, permeada de

percalços, medos, ansiedade, angústia, dependência, dor, sofrimento, agressividade, passividade, depressão e negação.

Daugirdas (1996, apud MEIRELES, GOES, DIAS, 2004) afirma que “os pacientes em diálise levam uma vida altamente anormal, dependente de uma máquina, de uma equipe, além de uma exposição a outros fatores estressantes [...]”.

De acordo com Machado e Car (2003), a falência renal e o tratamento dialítico geram situações desagradáveis e constrangedoras como a reclusão social, mudança corporal, restrição dietética, perda da autonomia, dependência financeira e familiar e medo de viver condicionado a uma máquina e ao mesmo tempo de morrer, transformando o tratamento numa tarefa difícil e árdua, porém necessária.

Corroborando com Mariano (2004, apud REZENDE, 2006, p.28):

A diálise “modifica” a vida que salva. Cria problemas na medida em que prolonga a vida, já que os meios utilizados são psiquicamente: fragmentadores de corpo, excludentes do afetivo e essencialmente provocadores da dor. [...] os pacientes, temendo a vida, tornam-se homens marginais. O homem marginal está suspenso entre o mundo dos doentes e o mundo dos sãos, sem pertencer a nenhum deles e fazendo parte, ao mesmo tempo, de ambos. Ele parece bem, mas sente-se mal, espera e deseja atingir a normalidade, mas não é capaz de fazê-lo.

Outra questão importante está no desconhecimento da doença, da terapia e dos procedimentos executados no centro de HD por parte dos pacientes, retratados em alguns estudos recentes, como fator condicionante para a não adesão dos mesmos ao seu tratamento, gerando conflitos de interação social e familiar, e sentimentos conflitantes, tornando o início da terapia o mais terrível e árduo de todo esse processo (QUEIROZ et al, 2008).

Haja vista toda a complexidade em que o paciente renal está envolvido relacionado à doença e ao tratamento, ele ainda apresenta uma problemática emocional diversificada. Uma pessoa acometida por uma doença incapacita e debilita seu estado psicoemocional. Em pessoas portadoras de doença renal é comum sentimentos de raiva, ansiedade, medo, estresse e depressão, que são sentidas diferentemente por cada indivíduo. (MEIRELES, GOES, DIAS, 2004).

Rosa e Nogueira (1990, apud COSTA, 2007) discorrem que os pacientes renais, como forma de enfrentamento utilizam-se de mecanismos de defesas, como meio de adaptação e manejo da nova condição de vida, suplantando assim, toda a carga de emocional advinda do processo de adoecimento

Klüber-Ross (1989, apud COSTA, 2007) propõe cinco estágios, como atitudes impostas pelo paciente em contraposição à doença e ao tratamento, e diante da morte. Sendo elas a seguinte:

- 1º estágio: negação
- 2º estágio: raiva
- 3º estágio: barganha
- 4º estágio: depressão
- 5º estágio: aceitação

Segundo os mesmo autores cada fase acaba se tornando reações comuns à doença. A negação representa o estágio inicial, sendo relatada como temporária, todavia pode-se apresentar em fases posteriores, como negar-se que é portador de uma doença incurável. A raiva geralmente é uma resposta a negação, que pode ser representada através da revolta, pela incerteza de seu prognóstico, ou por procedimentos dolorosos. A barganha em sua maioria é efetuada em consonância com o ser supremo, DEUS, e quase nunca é relatada pelos mesmos. Quando a perda se torna real, e não se pode mais negá-la, surge à depressão e seus efeitos. E quando não se encontra formas para lutar contra, surge à aceitação.

Ciconelli (1981, apud LIMA, GUALDA, 2001, P.239) enfatiza que “algumas pessoas são incapazes de encontrar qualquer finalidade ou sentido em suas vidas e o medo de viver uma vida insatisfatória lhes parece tão intolerável quanto o medo da morte iminente.”

Outra preocupação importante inerente a problemática saúde-doença diz respeito à ameaça iminente de morte, que diferentemente de outras patologias, o paciente renal é obrigado a conviver com essa ameaça. Segundo Rezende (2006) os mecanismos de defesa em relação a essa temática tornam-se ineficazes, por exemplo, quando acontece a morte de um colega em terapia, e nesse momento advém à desesperança, a desconfiança no tratamento como mantenedor de vida e a desarmonia entre paciente/profissional de saúde e paciente/família.

Walace (2003, apud DYNIEWICK, ZANELLA, KOBUS, 2004, P.205) Salienta que:

[...] O hemodialisador representa a limitação da própria vida, acrescido dos receios e ansiedades de problemas que possa haver com a máquina, trazendo conseqüências ao tratamento e preocupações com a continuidade da terapia [...].

A doença e a terapia não apenas afetam e interferem na vida das pessoas acometidas por ela, mas também a dos seus familiares que adoecem juntos, vivenciando todo esse processo impondo-lhes condições de adaptação a um novo estilo de vida.

A família vive uma batalha constante de sentimentos e reações. Inicialmente pela confusão e caos em que se encontram, surgindo os sentimentos de desespero, angústia, medo, insatisfação, culpa e inutilidade perante a situação; e posteriormente o período de aceitação e compreensão acerca de sua participação nesse contexto, buscando formas de reestruturação e enfrentamento dessa nova vida. E a experiência do adoecer gera fortes ligações familiares, uma vez que ela faz parte desse contexto.

A participação da família oferecendo o apoio afetivo adequado é de extrema importância nesse processo paciente/doença crônica/tratamento renal, pois o paciente necessitará de todo apoio na adaptação e manuseio da doença crônica e no tratamento, na tentativa de reconstruir uma vida normal.

O papel da família nesse processo é realmente fundamental. Entretanto, segundo Meireles, Goes, Dias (2004) nem todas elas atuam dessa forma; muitas não suportam e nem se sentem preparadas para essa batalha e acabam abandonando os pacientes no momento mais frágil de suas vidas.

Entretanto ela não deixa de ser um referencial forte para o paciente e, a sua presença nesse processo é de grande e relevante importância, pois será ela quem vai influenciar na decisão do paciente na adesão e aceitação da terapia e da nova condição existencial de vida.

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE**
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

4.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de revisão de literatura realizada a partir da coleta e leitura de diferentes fontes de dados, incluindo livros, capítulos de livros, monografia, dissertação de mestrado, pesquisas ou revisões publicadas em periódicos e artigos de fonte on-line datadas no período de 1999 a 2009. Utilizando-se os seguintes descritores: “afetividade”, “hemodiálise”, “paciente” (em inglês “affectivity”, “hemodialysis”, “patient”).

O estudo inclui artigos que reportam sobre o paciente renal em tratamento dialítico e a questão da afetividade familiar nesse processo.

Do resultado do processo de pesquisa junto às bases de dados e no acervo da biblioteca foram selecionadas 53 publicações devidamente analisadas e avaliadas quanto a sua relevância e contribuição para o objetivo da presente pesquisa.

4.2. Análise dos Dados

Para a análise dos dados e síntese dos artigos foram contemplados alguns aspectos como: a leitura inicial do material para saber do que se tratava, seguida da seleção quanto à pertinência e relevância para o estudo, excluindo-se os que não eram pertinentes ao tema de interesse. Por fim buscou-se as definições conceituais sobre a concepção de saúde, doença e tratamento, o significado da terapia renal para o paciente, as modalidades terapêuticas existentes e o apoio afetivo recebido da família durante esse processo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAÍBA

Como visto a Insuficiência Renal Crônica é uma doença que vem acometendo uma grande parcela de pessoas anualmente e mundialmente, representando um importante e grave problema de saúde pública devido ao número crescente de indivíduos acometidos e submetidos à terapia.

A falência renal acomete indivíduos em qualquer fase de sua vida. É uma doença de evolução lenta e gradual, resultando na incapacidade do rim em promover a homeostasia, obrigando o paciente a submeter-se ao tratamento dialítico.

Nesta pesquisa foi possível constatar, mediante ao levantamento bibliográfico realizado, que a concepção que os pacientes possuem acerca dos conceitos saúde, doença e tratamento limita-se ao que vivenciaram após inserção em programa dialítico. Segundo Reis, Guirardello, Campos (2008, p.340) “o acúmulo e a complexidade de informações interferem na compreensão do paciente quanto ao seu problema de saúde e tratamento.”

Cabe aos profissionais de saúde e órgãos competentes a abordagem correta sobre essa temática, utilizando-se de termos claros, linguagem acessível e coerente com o tipo de pessoa a quem irá se portar e conduzir as informações, haja vista que uma informação inadequada pode resultar no abandono do paciente a terapia, pelo simples fato do medo do desconhecido.

O significado dado a essa máquina pelos pacientes em pesquisa realizada, resume-se a sentimentos ambíguos, representado como algo que dá a vida e ao mesmo tempo tira-a. Ou seja, é um sentimento de amor e ódio ao mesmo tempo, e que gera conflitos, pois ao mesmo tempo em que dependem de uma máquina para dar-lhe vida, por outro lado existe o rancor pelas restrições e as limitações impostas pelo tratamento. Diniz, Romano, Canziane (2006, p.35) também relata em seus achados que “[...] os pacientes, ao mesmo tempo em que possuíam sentimentos de gratidão por reconhecerem que a máquina substituía a função renal, permitindo sua sobrevivência, sentiam também raiva por se perceberem em situação de objeto submetido ao sujeito [...]”

Antes da instalação da doença o ser humano deve ter cuidado com a saúde, mas não é bem isso que acontece, principalmente quando se fala de doença renal. Trata-se de uma doença silenciosa e quando sua sintomatologia surge e o paciente procura auxílio médico, a doença já está instalada de forma brusca e em muitos casos de forma irreversível, sem perspectiva de cura. Corroborando com Paiva

(2007, p.100) “a cura, então, pode ser entendida como cuidado e como resultado desse cuidado, a recuperação da saúde.” Ou seja, a doença não se instala quando os cuidados como alimentação adequada, repouso, cuidados higiênicos, entre outros, são prestados à saúde.

É um momento bem difícil e uma travessia bastante assustadora saber que é portador de uma doença crônica, sem cura e que a única alternativa é realizar uma terapia que maltrata e consome todo o tempo livre, sendo pouco conhecida pela grande maioria da população e que é a única forma de se manter vivo. Contudo é essa a trajetória a ser percorrida por um paciente renal, que muitas vezes sem informação alguma acaba desistindo daquilo que mais precioso tinha, a vida.

A doença e o tratamento geram situações conflituosas que perturbam e comprometem a vida e a rotina do paciente, que necessita se adaptar as novas mudanças. Essas alterações na concepção dos pacientes são particularmente desagradáveis, incômodas e sem fim.

Uma das principais mudanças está relacionada à dependência de uma máquina de hemodiálise e uma equipe de saúde, que se torna agora uma constante em sua vida; surgindo com isso, a obrigatoriedade do comparecimento ao centro três vezes na semana para dar continuidade ao tratamento, o que limita o paciente em suas atividades, tirando sua liberdade de ir e vir, já que possui o compromisso da terapia para manter-se vivo. Seguir esse esquema terapêutico requer do paciente disponibilidade, obrigando-o a minimizar ou até abandonar sua atividade de vida diária, seu emprego, sua vida “normal” e até sua família em casos mais drásticos, pelo próprio paciente.

A expressão “vida normal” relatada na pesquisa é um tema bastante complexo e controverso porque ele vai de acordo com cada pessoa que a vivencia, sua cultura, suas crenças e seu estilo de vida. Segundo Hegenberg (1998, p.52) “uma pessoa pode mostrar ser “normal” de acordo com uma das normas, porém, “anormal” de acordo com outras.”

Além da dependência física, a máquina também provoca alterações psicológicas que repercutirá por toda sua vida. Normalmente o paciente apresentasse triste, desanimado, desencorajado e desesperado diante da situação em que se encontra. Vivenciando um momento em que ao mesmo tempo em que se sente e se torna dependente de uma máquina, necessita ser independente desse tratamento, dando prosseguimento a sua vida.

Outra questão diz respeito à alteração corporal, o paciente neste caso sente-se inferiorizado, principalmente devido ao implante do cateter no início do tratamento e, posteriormente, na questão do acesso vascular que é perceptível em seu membro e cuja aparência permanecerá por todo o decorrer de sua vida, relatando insatisfação e desconforto com o mesmo. Ramos et al (2008,p.76) descreve a FAV para o paciente dizendo que:

Com fluxo sanguíneo e com o uso regular para hemodiálise, ela (FAV) tende a dilatar-se suportando as punções necessárias ao tratamento hemodialítico. Assim, tanto pode ser facilmente percebida por outras pessoas como sentida pelo paciente, a hipertrofia dos vasos e o frêmito, respectivamente.

Outro grande problema enfrentado pelo paciente é no campo financeiro. Além do sofrimento acarretado pela doença crônica, ainda têm que conviver com a carência de recursos para suas necessidades básicas. Mesmo recebendo o benefício da aposentadoria estudos remota ao fato de não ser suficiente, pois existem as despesas com o transporte, muitos precisam se deslocar de sua cidade para o referido centro de diálise, as despesas médicas e as alimentares, pois carecem tanto de medicamentos para complementar o tratamento quanto de uma dieta adequada. E ainda o fato de dependerem financeiramente não mais do seu trabalho, mas de um sistema, reportando ao fato de mais uma perda.

Corroborando com Costa (2007, p.79), “o impacto do tratamento configura-se de certa forma, como um constrangimento pelas dificuldades advindas das restrições impostas quanto à alimentação e as atividades de vida em geral.”

Os discursos mostram mudanças significativas no estilo de vida dessas pessoas em decorrência da doença e do tratamento em si. A perda da autonomia, as limitações impostas, a reclusão social e familiar, a impossibilidade de viagens, passeios, trabalho, festas, restrição alimentar e de líquidos, dependência financeira e familiar e adaptação de uma nova vida, são fatores preponderantes no estilo de vida perdido de um paciente renal.

Diante da notícia da doença e do impacto do tratamento, algumas reações são então manifestadas por eles, por uma descarga de sentimentos como medo, raiva, revolta, preocupação, insatisfação, desesperança e desejo de morrer. E toda essa baixa culmina com o surgimento de alguns mecanismos de defesas, que segundo Klüber-Ross (1989, apud COSTA, 2007) é o comportamento que as

peças apresentam diante de uma situação alarmante, como: negação, em não aceitar a sua condição; isolamento afastar-se de tudo e de todos, pois a condição de doente o submete a necessidade de ajuda do outro, e o coloca sob o olhar indiferente dos demais; raiva, que é o ressentimento pela condição em que se encontra e porque ter sido escolhido; depressão, por não saber lidar com toda a descarga emocional advinda da nova imposição; e por fim a aceitação, que não quer falar em conformismo, pois muitos aceitam porque sabem que necessitam, todavia não se conformam com todo o acontecido.

As mudanças provenientes da doença renal e do tratamento dialítico não afligem apenas o portador dela, mas todos aqueles que compõem sua rede social, em especial sua família. Conduzindo-o a uma nova dependência, a familiar.

As famílias de indivíduos portadores de IRC são submetidas a intensas mudanças. Sua rotina e sua atenção é agora toda voltada para um dos seus membros doente. Ela sofre um processo de desajuste organizacional, funcional e emocional, pois terá que se adaptar às novas necessidades e atividades relacionadas ao tratamento e, ser o apoio que o indivíduo doente necessita.

Elas desempenham um importante papel frente essa doença, seja acompanhando o paciente nas suas sessões de hemodiálise, seja realizando a troca das bolsas da diálise peritoneal em seu domicílio, exercendo assim, o seu papel de cuidador.

Essas mudanças fazem com que o paciente passe a expressar sentimentos de inutilidade, desvalorização e a sensação em se considerar um peso morto, um fardo para sua família. Segundo Carreira, Marcon (2003, p.829) “[...] a forma como as pessoas reagiram frente aos problemas e os mecanismos dos quais se utilizarão para enfrentá-los, estão relacionados às suas crenças e valores e ao apoio que recebem de seus entes queridos.”

A literatura é bastante pertinente quando refere à família como o maior e principal ponto de apoio para o paciente, entretanto em alguns casos ela é criticada em decorrência de sua omissão. Estudos mostram que temos dois tipos de família: um tipo que acompanha seu familiar e participa do seu processo de doença e tratamento, e outro tipo que ignora e acredita que a responsabilidade por seu ente é dos profissionais da clínica e do Sistema Único de Saúde (SUS), fugindo de suas obrigações e responsabilidades.

Entretanto aspectos positivos são relatados ante a tanta mudança no seio familiar, dentre a mais importante foi o laço de união entre seus membros. Após todo processo adaptativo sentiram-se mais presente na vida do outro como jamais estiveram.

Diante da impossibilidade de retomar às suas condições anteriores o paciente dialítico é obrigado a conviver e tolerar a doença e o tratamento, não como escolha, mas como uma forma de continuar vivo. Ciconelli (1981, apud LIMA, GUALDA, 2001, p.239) enfatiza que algumas pessoas são incapazes de encontrar qualquer finalidade ou sentido em suas vidas e o medo de viver uma vida insatisfatória lhes parece tão intolerável quanto o medo da morte iminente.

Todavia considera-se que os objetivos do presente estudo tenham sido alcançados e que a compreensão sobre o impacto desta modalidade terapêutica e do apoio afetivo familiar durante esse processo representam informações valiosas que auxiliaram no planejamento do cuidar destes pacientes, providenciando orientação e cuidados adequados aquele grupo em especial, capacitando à equipe de saúde e preparando os familiares para as novas mudanças e, conseqüentemente obter uma melhor adaptação destes pacientes a doença e ao tratamento e a nova fase da vida.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na presente revisão teórica considerou-se o significado e o impacto da terapia renal em pacientes portadores de doença renal e o apoio afetivo dos familiares dispensados a esses pacientes como forma de se adquirir embasamento teórico e, com isso tentar elencar formas de compreensão e enfrentamento acerca da doença e do tratamento para o paciente renal frente a sua condição. Conceituou-se paciente renal crônico como aquele que perdeu de forma definitiva a funcionalidade de seu rim e deverá se submeter à hemodiálise. E definiu-se hemodiálise como o tratamento de escolha para a substituição da função perdida pelo paciente com IRC.

A literatura evidenciou que nos últimos anos houve uma grande demanda de pessoas acometidas por tal doença, considerada um importante problema de saúde pública, o que nos leva a pensar na condição crônica de doença.

Vivemos num mundo desconhecido e que nos limita. Não temos conhecimento acerca de tudo que nos cerca e dos quais necessitamos para viver. O que se torna frustrante, como no caso da descoberta da doença renal e a submissão a uma terapia antes imaginada, que carrega grandes conseqüências, sejam físicas, sociais, emocionais e psicológicas.

As mudanças decorrentes de tal evento requerem uma reestruturação e adaptação a esta nova fase. Vimos que o tratamento impõe duas dimensões, uma positiva, aquela que proporciona a vida, e uma negativa, quando reporta ao fato da dependência da máquina e dos outros, e ainda a imposição de limites, as restrições dietéticas, perda da autonomia e a falta de liberdade. O desconhecimento das possíveis causas da doença acarreta dificuldades acerca da aceitação e do compromisso ao tratamento e reorganização da vida depois do diagnóstico.

Ainda reportamos ao fato do suporte social e familiar que se evidenciou como importante recurso na terapia da doença crônica, predispondo a uma qualidade de vida adequada, a uma melhor adaptação e manejo da doença e tratamento, reduzindo às angústias, os medos e a ansiedade que acompanha essas pessoas.

E que apesar da IRC suplantar uma vida cheia de projetos e planos, impondo limites de uma vida "normal", e apesar do sofrimento e da dor impostas, não se perdeu a capacidade de querer viver. O transplante foi uma das formas encontrada para dar novo significado a vida, mesmo não sendo uma forma de cura, é capaz de gerar esperanças e expectativas aos pacientes.

Almejamos uma inovação na ciência e na tecnologia acerca de novos meios de terapia que sejam menos dolorosos e proporcione independência, ou até mesmo

a cura das doenças crônicas, promovendo aos seus usuários o bem estar físico, social e emocional e, ainda o retorno a uma vida sem tantas restrições e maior liberdade.

É necessário e desejável que pesquisa de campo nessa natureza seja executada como forma de adquirir e ampliar o conhecimento e que mudanças incidam sobre os usuários de terapia dialítica. Que os profissionais de saúde valorizem esse tipo de trabalho e possam compreender o paciente em todos os seus aspectos bio-psico-social frente às diferentes situações vivenciadas em sua trajetória de vida.

ABREU, C. N. de. **Teoria do apego. Fundamentos, pesquisas e implicações clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

_____. Expressividade e emoções segundo a perspectiva de Wallon. In V. A. Arantes & J. G. Aquino (Eds.); **Afetividade na escola. Alternativas teóricas e práticas** (pp. 71-88). São Paulo: Summus, 2003.

_____. **Wallon: uma concepção dialética do desenvolvimento infantil**, Petrópolis: Ed Vozes, 1995.

A Diálise e os seus pioneiros. Associação dos doentes renais do norte de Portugal, 2006. Disponível em: <http://www.adrnp.centrosocial.org.pt>. Acesso em: 20-09-2009.

ALMEIDA, E.; MOREIRA, P. M.; PÓVOA, P. Sobrevida em Diálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. 1999, p.1-2.

BALLONE, G. J. Afetividade – IN: **Psiquweb Psiquiatria Geral**. 2000. Disponível em: <http://www.paiqweb.med.br/afeto.html>. Acesso em: 20-09-2009.

BASTOS, M. et al. Doença Renal Crônica : problemas e soluções. **J. Bras. Nefrol.** São Paulo, v.26, n.4, p.202-215, dez. 2004. Disponível em: <http://www.jbn.org.br>. Acesso em: 20-10-2009.

BESSA, Valéria da Hora. A teoria de Henri Wallon. IN: BESSA, Valéria da Hora, **Teorias da Aprendizagem**. Curitiba: IESDE, 2006.

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, jul./agos. 2008. P.1-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_06.pdf. Acesso em: 20-10-2009.

BOWLBY, J. **Apego: a natureza do vínculo**. (Tradução Álvaro Cabral). São Paulo: Martins Fontes. Volume 1, 1984/2002.

CARREIRA, L.; MARCON, S.S. Cotidiano e Trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. **Rev. Latino-Am.** São Paulo, v.11, n.6, Nov./dez. 2003, p.823-831. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br>. Acesso em: 20-10-2009.

CAVALCANTE, R. et al. Insuficiência Renal Aguda. IN: FILGUEIRA, N. A. et al. **Condutas em Clínica Médica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, cap. 34, p.483-490.

CAVALCANTE, T. E. **Insuficiência Renal Crônica e Hemodiálise: em busca de uma diálise psíquica**. 2004. 71f. Trabalho de Conclusão do Curso (Especialização em Psicologia Hospitalar) – Centro de Psicologia Hospitalar e Domiciliar do Nordeste – CPHD, Recife, 2004.

COSTA, M. C.; YU, L. Insuficiência Renal Aguda. IN: LOPES, A. C. **Tratado de Clínica Médica**. V.2. São Paulo: ed. Roca, 2006, p.2795-2804.

COSTA, M. S. et al. Família em situação de risco: modelo de cuidado focalizando educação em saúde. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, v.28, n.1, p.45-51, 2007. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article>. Acesso em: 20-10-2009.

DALBEM, J. X.; DELL'AGLIO, D. D. Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, 57, 1, 12-24, 2005.

DAUGIRDAS, J. T.; VANSTONE, J. C.; BOAG, J. T. Aparelho de hemodiálise. IN: _____. **Manual de Diálise**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2003.

DINIZ, D. P.; ROMANO, B. W.; CANZIANE, M. E. F. Dinâmica da personalidade de crianças e adolescentes portadores de insuficiência renais crônicas submetidos à hemodiálise. **J. Bras. Nefro**. V.28, n. 1, março, 2006, p.31-38. Disponível em: <http://www.sbn.org.br>. Acesso em: 20-10-2009.

DYNIWICZ; Ana Maria; ZANELLA; Eloísa; KOBUS; Luciana Schleder Gonçalves. Narrativa de uma cliente com insuficiência renal crônica: a história oral como estratégia de pesquisa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, p. 199-212, 2004. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br>. Acesso em: 20-10-2009.

FAVA, S.M.C.L. et al. Complicações mais freqüentes relacionadas aos pacientes em tratamento dialítico. **REME – Rev. Min. Enf**. V.10, n.2, abr./jun., 2006, p.145-150. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 15-11-2009.

FERMI, M. R. V. **Manual de Diálise para Enfermagem**. 1. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

FERNANDES, G. V.; CAVALCANTE, S. A. Doença renal Crônica. IN: FILGUEIRA, N. A. et al. **Condutas em Clínica Médica**. 4. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, cap.35, p.491-500.

FERREIRA, J. J. **Importância do Autocuidado no Contexto da Insuficiência Renal Crônica**. 2008. 52f. Trabalho de Conclusão do Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, 2008.

GALVÃO, Izabel. Uma reflexão sobre o pensamento pedagógico de Henri Wallon. **Cadernos Idéias, construtivismo em revista**. São Paulo, FDE 1993.

GUYTON, A. C. A Função Renal e a Excreção de Urina. IN: _____. **Fisiologia Humana**. 6. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

HEGENBERG, L. **Doença: um estado filosófico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

JÚNIOR, J. E. R. Tratamento de Substituição da Insuficiência Renal Crônica. IN: LOPES, A. C. **Tratado de Clínica Médica**. v.2. São Paulo: ed. Roca, 2006.

LA TAYLLE, Yves de; DANTAS, Heloisa; OLIVEIRA, Marta Kohl. Três Perguntas a Vygotskianos, Wallonianos e Piagetianos. In: LA TAYLLE, Yves de. **Piaget, Vygotsky, Wallon: Teorias Psicogenéticas em discussão**. São Paulo: Summus, 1992.

LIMA, A. F. C.; GUALDA, D. M. R. História oral de vida: buscando o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico. **Rev. Esc. Enferm**, USP. São Paulo, v.35, n.3, 2001, p. 235-241. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n3/v35n3a05.pdf>. Acesso em: 15-11-1009.

MACHADO, L. R. C.; CAR, M. R. A. **A Dialética da Vida Cotidiana de Doentes com Insuficiência Renal Crônica**: entre o inevitável e o casual. Dissertação de Mestrado. São Paulo: USP (EEUSP), 2001. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2003, v. 37, n.3, p.27-35.

MEIRELES, V. C.; GOES, H. L. F.; DIAS, T. A. Vivências do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico: subsídios para o profissional enfermeiro. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v.3, n.2, mai./ago., 2004, p.169-178. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/.../3475>. Acesso em: 15-11-1009.

MORSCH, C.; PROENÇA, M. C. Estrutura Física e Funcional de uma Unidade de Hemodiálise. IN: BARROS, E. et al. **Nefrologia**: rotinas, diagnóstico e tratamento. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, p.503.

PAIVA, G. J. Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v.24, n.1, janeiro-março, 2007, p.99-104. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n1/v24n1a11.pdf>. Acesso em: 10-11-2009.

QUEIROZ, et al. Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis. V.17, n.1, jan./mar., 2008, p.55-63. Disponível em: <http://www.scientificcircle.com/pt>. Acesso em: 12-09-2009.

RAMOS, I. C. et al. Portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise: significados da experiência vivida na implementação do cuidado. **Acta Sci. Health Sci**. Maringá, v.30, n.1, 2008, p.71-79. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br>. Acesso em: 12-09-2009.

REIS, C. K; GUIRARDELLO, E. B.; CAMPOS, C. J. G. O indivíduo renal crônico e as demandas de atenção. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v.61, n.3, maio/jun., 2008, p.336-341. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 12-09-2009.

REZENDE, M. A. Z. **Tentando Compreender o Significado da Hemodiálise para o Paciente Renal Crônico a partir da Fenomenologia Existencial**. 2006. 53f. Trabalho de Conclusão do Curso (Especialização em Psicologia Hospitalar) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

RIBEIRO, Marinalva Lopes; JUTRAS, France e LOUIS, Roland. Análises das Representações sociais de afetividade na relação educativa. **Psicologia da Educação**. São Paulo, v 20, n 1 p 31-54, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/psie/v20/v20a03.pdf> Acesso em: 15-11-2009.

RIELLA, L.V.; MOURA, L. A. R. de; RIELLA, M.C. Anatomia Renal. IN: RIELLA, M.C. **Princípios de Nefrologia e Distúrbios hidroeletrólíticos**. 4. ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2008.

RODRIGUES, M. C. S. A Atuação do Enfermeiro no Cuidado ao Portador de Insuficiência Renal Crônica no Contexto Biotecnológico da Hemodiálise. **Revista Nursing**. São Paulo, v.82, n.8, março, 2005, p.153-142. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 20-09-2009.

ROMÃO JÚNIOR, J. E. Doença Renal Crônica: definição, epidemiologia e classificação. **J. Bras. Nefrol**. São Paulo, v.26, n.3, supl. 1, p.1-3, Agosto, 2004. Disponível em: <http://www.jbn.org.br>. Acesso em: 15-09-2009.

ROMÃO JÚNIOR, J. E. Tratamento da substituição da Insuficiência Renal Crônica. IN: LOPES, A. C. **Tratado de Clínica Médica**. V.2. Rio de Janeiro: Editora Roca, 2006, p.2810-2820.

SANTORO, D. et al.**Quimo nos Concursos: Enfermagem**. 2.ed. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2009.

SANTOS, O. R. **Insuficiência Renal Aguda**. Rio de Janeiro: Revinter, 1992.

SILVA, F.V.C. et al.Tratamento da Doença Renal Crônica: estratégias para o maior envolvimento do paciente em seu Auto-cuidado. **J. Bras. Nefrol**. V.30, n.2, 2008, p.83-87. Disponível em: <http://www.jbn.org.br>. Acesso em: 20-09-2009.

SILVA, H.G.; SILVA, M.J. Motivações do paciente renal para a escolha a diálise peritoneal ambulatorial contínua. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. V.5, n.1, 2003, p.10-14. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br>. Acesso em: 22-09-2009.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. v.3, 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, cap.45, p.1398-1406.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo**. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/censo/dadosconsolidados.doc>. Acesso em: 20-09-2009.

SOUZA, C. A. M. Noções de Anatomia e Fisiologia. IN: PORTO, C. C. **Semiologia Médica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p.789-796.

TERRA, F.S.; COSTA, A.M.D.D. Expectativa de vida de clientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v.15, n.4, out./dez., 2007, p. 533-537. Disponível em: <http://www.uerj.br>. Acesso em: 25-09-2009.

THOMÉ, F. S.; BARROS, E. Prevenção das Doenças Renais. IN: BARROS, E. et al. **Nefrologia: rotinas, diagnósticos e tratamento**. 2. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

TITAN, S.; ABENSUR, H. Insuficiência Renal Crônica. IN: LOPES, A. C. **Tratado de Clínica Médica**. v.2. São Paulo: ed. Roca, 2006.

WALLON, Henri. **Les Origines du caractere chez l'enfant**. Paris, PUF, 1987.