



## Mudanças na vida cotidiana de pacientes em terapia renal substitutiva

Bruno Majevski De Assis<sup>1</sup>, Camila Da Silva Monteiro<sup>1</sup>, Chelley Faria Tonini<sup>1</sup>,  
Nídia Costa Dos Santos<sup>1</sup>, Viviane De Melo<sup>1</sup>, Wesley Pereira Rogério<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduandos em Enfermagem (FAESA), e-mails: brunomajevski02@hotmail.com, milamonteiro\_20@hotmail.com, chelleyfariat@gmail.com, nidia.costa@faesa.br, melo.viviane@r7.com

<sup>2</sup> Enfermeiro Mestre em Saúde Coletiva, professor do Curso de Enfermagem (FAESA), e-mail: wesleypr.pcs@gmail.com

**Resumo:** Este é um estudo descritivo-qualitativo, que objetivou conhecer as mudanças na vida de cinco pacientes portadores de insuficiência renal crônica (IRC) em terapia renal substitutiva. Os dados foram coletados no período de junho de 2016, por meio de entrevista não estruturada. Os resultados revelam que, apesar da mudança na rotina cotidiana e da sistematização do tratamento, os pacientes percebem uma melhora na qualidade de vida com o seguimento do tratamento imposto, além do melhoramento no convívio com a família e também entendimento aprimorado quanto à doença. Conclui-se que o tratamento, apesar de resultar, de uma forma geral, no melhoramento na qualidade de vida, traz limitações importantes. Portanto há necessidade de uma equipe multiprofissional, destacada neste estudo, como apoiadores e facilitadores durante todo o processo de tratamento pelo qual o portador de IRC passa.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida. Insuficiência renal crônica. Autocuidado.

**Abstract:** This is a study descriptive and qualitative aimed to know the changes in the life of 5 patients bearer of chronic renal failure (CRF) under renal replacement therapies. Data were collected from June 2016 through unstructured interview. The results show that despite the change in daily routine and systematization of treatment the patients perceive an improvement in quality of life following presented treatment, besides the improvement in living with the family and also improve understanding about the disease. It is concluded that treatment although result in general improvement in quality of life, brings important limitations. Therefore the need for professional nurses detached in this study, as backer and facilitator throughout the treatment process to which passes chronic renal failure.

**Keywords:** Quality of life. Renal insufficiency chronic. Self care.

### INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) afeta 5-10% da população mundial e sua incidência no Brasil tem aumentado devido ao número crescente de pacientes diagnosticados, principalmente os portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial, bem como pelo aumento da longevidade da população (SBN, 2013).

Segundo o censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia, em 2013 existiam 50.961 pacientes em clínicas de hemodiálise. A estimativa é que a enfermidade afete um em cada cinco homens e uma em cada quatro mulheres com idade entre 65 e 74 anos, além de que metade da população com 75 anos ou mais sofre algum grau da doença. Os números mostram ainda que 70% dos pacientes que fazem diálise descobrem a doença tardiamente

e que a taxa de mortalidade para quem enfrenta o tratamento é 15%.

O uso das terapias de substituição renal torna-se necessário quando os rins não são mais capazes de remover produtos de degradação, manter os eletrólitos e regular o balanço hídrico. Esse processo pode ocorrer rapidamente ou estender-se por um longo período de tempo, e a necessidade de terapia de substituição pode ser aguda (em curto prazo) ou crônica (em longo prazo). As principais terapias de substituição renal incluem os vários tipos de diálise e o transplante renal (SMELTZER et al., 2014).

Nas doenças crônicas, o sucesso do tratamento depende fortemente da participação e do envolvimento do usuário enquanto sujeito ativo de seu tratamento.

Uma atitude de autocuidado que leve a estilos e práticas de vida mais saudáveis, assim como a adesão ao tratamento, não depende apenas de uma prescrição profissional, mas de uma conscientização do usuário sobre sua condição de saúde e a relação dela com suas práticas (BRASIL, 2013).

Para Santos (2006, p. 10 apud Devens e Rangel, 2007), o impacto da insuficiência renal crônica (IRC) sobre a qualidade de vida decorre de vários fatores: convívio com a doença irreversível, esquema terapêutico rigoroso, provocando alterações alimentares, de hábitos, das atividades sociais e de trabalho, utilização de vários medicamentos e dependência de uma máquina.

Segundo Meleti (2003, p. 17 apud Campos, 2008), esses sujeitos, quando em tratamento por hemodiálise,

[...] são caracterizados pela dependência total e real da máquina, conjuntamente com alteração em seu estado de saúde, com distúrbios somáticos, doenças secundárias e restrições das mais variadas.

Portanto, identificar o nível de conhecimento que o paciente em tratamento tem acerca da terapia substitutiva e como ele lida com as adversidades que envolvem todo esse processo nos traz insumos para lidar com as particularidades a que esses usuários estão expostos.

## OBJETIVOS

O objetivo geral baseia-se em identificar as mudanças ocorridas na qualidade de vida dos pacientes submetidos às sessões de terapias substitutivas. O objetivo específico é problematizar as diversas situações vivenciadas pelos pacientes durante o tratamento.

## METODOLOGIA

O estudo de natureza qualitativa trata relatos de pacientes com DRC, seguindo o formato de entrevista não estruturada, permitindo que o informante discorra livremente sobre o tema proposto, assim como afirmam Saks e Allsop (2011, p. 66): “[...] são perguntas que encorajam os informantes a começar a falar sem direcionar o conteúdo de seu discurso”. Para isso, foram selecionados pacientes com tratamento em curso de terapia substitutiva, de ambos os sexos, com idades entre 35 e 55 anos, com média de tempo de tratamento acima de sete anos. Os pacientes apresentaram-se solícitos, o que nos permitiu uma qualidade maior quanto à troca de informações. O ambiente escolhido para a pesquisa foi o Instituto Capixaba de Doenças Renais e Hipertensão LTDA, anexo ao hospital Meridional, localizado no município de Cariacica, no Estado do Espírito Santo.

Durante o processo de pesquisa, na qual ocorreu a troca de informações entre o pesquisador e o paciente, foram observadas a facilidade e a voluntariedade em discorrer sobre as experiências vivenciadas, demonstrando conhecimento sobre o tratamento pelo qual esses pacientes passam. Em geral, os pacientes mostraram-se conscientes de suas realidades.

Este estudo foi previamente autorizado pelo Instituto Capixaba de Doenças Renais e Hipertensão LTDA e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Associação Educacional de Vitória (AEV) das Faculdades Integradas São Pedro, em 16 de maio de 2016, sob nº 043454/2016.

## RESULTADOS

As mudanças ocorridas na qualidade de vida desses pacientes e o tratamento aos quais são submetidos, apesar de trazerem benefícios, também causam algumas consequências. Durante os relatos, foram identificadas que, devido à sistematização das sessões, mudanças na alimentação e diminuição da ingestão hídrica, assim como mudanças nas atividades ocupacionais e de reabilitação, foram as queixas primordiais evidenciadas nas entrevistas.

A rotina de tratamento geralmente consiste, segundo Smeltzer et al. (2014, p. 1338), em sessões de hemodiálise intermitente, que ocorrem três vezes por semana, com duração média de 3 a 4h, em um ambiente ambulatorial. Devido à necessidade de seguir de forma rigorosa os horários preestabelecidos pela clínica que dispõe o tratamento e devido à demanda desse serviço, além da imprescindível importância da terapia substitutiva para o portador de IRC, fica evidente a disponibilidade que esse usuário passa a perceber, passando a ser dependente de um serviço que lhe custa tempo, disciplina e alterações drásticas em suas atividades laborais.

As recomendações dietéticas durante a terapia substitutiva requer do paciente muita disciplina. A descontinuidade das restrições e de suplementações está diretamente ligada à piora na qualidade de vida, aumento da morbidade e mortalidade dessa população. Para Cuppari, Avesani e Kamimura (2013, p. 247),

[...] a desnutrição energético-protéica é um dos distúrbios nutricionais mais prevalentes e possui uma estreita associação com o aumento das taxas de morbidade e mortalidade.

O consumo de cloreto de sódio (sal de cozinha) precisa ser controlado de forma rigorosa, pois, além de melhorar os níveis de pressão arterial, estima-se que, em pacientes anúricos, para cada 8g de sal de cozinha ingerido, seja necessário 1L de líquidos para manter as concentrações de sódio sérico normais, o que pode elevar o ganho de peso interdialítico (GPID). Segundo o autor ainda, o GPID superior a

5,7% foi associado a um aumento de 35% na taxa de mortalidade, independente dos outros fatores de risco (CUPPARI; AVESANI; KAMIMURA, 2013, p. 260).

A dificuldade em diminuir a ingestão hídrica, relatada pelos entrevistados, foi apontada como a mais penosa das restrições. Por causa da necessidade humana em ingerir principalmente a água, estima-se que a necessidade desse líquido seja:

Para adultos pode ser calculada em torno de 30 a 35 mL por quilograma de peso por dia. Sendo no mínimo 1.500 mL por dia ou 1 a 1,5 mL por quilocaloria. Além disso, é importante considerar que a necessidade de água varia de acordo com os alimentos que a pessoa ingere, com a temperatura e a umidade do ambiente, com o nível de atividade física e outros fatores (SONUTRIÇÃO, 2016).

Assim, corroboram o estresse e a dificuldade relatada pelos pacientes que necessitam manter-se em vigilância contínua quanto às restrições impostas pelo tratamento.

As mudanças vivenciadas no âmbito laboral e atividades físicas também foram destacadas pelos pacientes como incômodas (SMELTZER et al., 2014, p. 1342). A explicação para essas comorbidades é discorrida por Cuppari, Avesani e Kamimura (2013, p. 441), evidenciando que:

Isso tem início precoce no curso da doença e deve-se principalmente à perda da força muscular causada pela anemia e por disfunções musculares. Entre os fatores que contribuem para atrofia muscular e redução no número de fibras musculares, destacam-se a desnutrição energético-proteica, a acidose metabólica, os distúrbios do metabolismo mineral e ósseo, a diminuição da síntese e o aumento do catabolismo proteico e a resistência à ação de hormônios anabólicos.

Contudo, referenciando os pontos positivos trazidos pelo curso do tratamento, os principais destaques foram: melhora no convívio familiar, em que as relações diárias, antes estremecidas e desgastadas por discussões fúteis, passaram a ser discutidas apenas por problemas que apresentassem uma gravidade mais elevada e que podiam causar maior consequência em suas vidas; melhora na qualidade de vida; maior reflexão sobre a expectativa de vida. Assim, como afirma Smeltzer et al. (2014, p. 1352),

[...] os pacientes submetidos podem começar a reavaliar o seu estado, a modalidade de tratamento, sua satisfação com a vida e o impacto desses fatores sobre suas famílias e sistemas de apoio.

As discriminações sofridas e as dificuldades para cuidar do acesso vascular, seguidas pela dificuldade em aceitar a doença e o tratamento, são citadas pelos pacientes, o que corrobora Smeltzer et al. (2014, p. 1343), quando afirma que:

[...] As reuniões com a equipe são valiosas para compartilhar as informações e proporcionar a cada membro da equipe a oportunidade de discutir as necessidades do paciente e da família.

Se o paciente conhece a doença e entende o processo pelo qual está passando, a associação da doença com o tratamento se torna mais clara e aceitável.

A equipe de assistência precisa estar atenta quanto às limitações do paciente ao autocuidado, orientando a realização da troca, de modo eficiente e correto, do curativo sempre que houver necessidade. As discriminações relatadas devem ser acolhidas e repassadas para todos os envolvidos, equipe assistencial e familiares.

O apoio e o auxílio familiar e de amigos são extremamente importantes durante o processo de tratamento, pois há o vislumbre do companheirismo, do amor, além de exaltar a importância da pessoa em tratamento dentro do âmbito familiar. Isso é um fato que também auxilia na autoestima do paciente para maior êxito durante e após o tratamento, além de trazer valores de volta às famílias que, muitas vezes, mostram-se esquecidos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população atualmente vem enfrentando diversos males em sua saúde, principalmente devido aos péssimos hábitos alimentares que a vida vem nos impondo. A DRC deve ser acompanhada desde os primeiros sintomas com um tratamento eficaz para amenizar os impactos na fisiologia renal.

As drásticas alterações no cotidiano dos pacientes podem ser observadas desde as mudanças diárias nos hábitos alimentares, como a preparação da comida com menos sal, até a ingestão limitada de líquidos. As mudanças também ocorrem no ambiente de trabalho, limitando a rotina laboral, fato este que gera a diminuição da autoestima e reflete diretamente no tratamento e na saúde do paciente, levando-o ainda mais ao estado de debilidade e de dependência de outras pessoas para a realização das mais simples atividades.

O tratamento desenvolvido proporciona bem-estar físico e mental aos pacientes, além de promover qualidade de vida, principalmente se forem assistidos por uma equipe multiprofissional que desempenha um papel fundamental, ao observar os pacientes como um todo, e não apenas como um objeto ou que trata somente da doença em si, ao proporcionar mais humanização e amor ao próximo, suprimindo as necessidades básicas, ao orientar e fazer com que os pacientes compreendam todos os procedimentos e sua doença, e, desse modo, incentivando o autocuidado, que é de suma importância. Assim, aumentam-se a expectativa de vida desses pacientes e a superação diante dos desafios encontrados.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília, 2013. 22 p.
- CAMPOS, A. P. Q. **Vivências e contra transferências na prática da psicologia hospitalar.** Vitória, 2008.
- CUPPARI, L.; AVESANI, C. M.; KAMIMURA, M. A. **Nutrição na doença renal crônica.** 1. ed. São Paulo: Manole, 2013. 460 p.
- DEVENS, L. P.; RANGEL, R. B. **Qualidade de vida em pacientes renal crônico em tratamento hemodialítico.** Vitória, 2007.
- SAKS, M.; ALLSOP, J. **Pesquisa em saúde: métodos qualitativos, quantitativos e mistos.** Tradução de Carolina Andrade. São Paulo: Roca, 2011.
- SMELTZER, S. C. et al. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** Tradução Antonio Francisco Dieb Paulo, José Eduardo Ferreira de Figueiredo, Patricia Lydie Voeux. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA - SBN. **Censo nos Centros de Diálise do Brasil.** 2013. Disponível em: <<http://sbn.org.br/resultados-do-censo-2013/>>. Acesso em: 04 mar. 2016.
- SONUTRIÇÃO. Água. 2016. Disponível em: <<http://www.sonutricao.com.br/conteudo/micronutrientes/p7.php>>. Acesso em: 12 jun. 2016.