

COMPREENDENDO O TRATAMENTO RENAL SUBSTITUTIVO (TRS) ENFATIZANDO A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO

PUERARI, Bruna Fernanda¹
SIQUEIRA, Saulo Eduardo Ribeiro²
FARIAS, Vanessa Engelage³

RESUMO

A Terapia Renal Substitutiva (TRS) altera completamente o estilo de vida dos pacientes principalmente a social, enfrentando dificuldades, alterando e limitando o cotidiano dos mesmos. Sendo assim o estudo tem como objetivo geral compreender e avaliar o enfrentamento dos pacientes renais em TRS. Trata-se de um estudo exploratório, qualitativo, quantitativo, descritivo e bibliográfico, realizado através de coleta de dados utilizando um formulário de múltipla escolha preenchido por trinta pacientes de ambos os sexos com idade entre 20 e 40 anos portadores de insuficiência renal crônica em tratamento durante 12 meses. Identificou-se qual o grau de conhecimento que o portador da doença renal crônica tem do diagnóstico e da terapia, e como a importância do enfermeiro na unidade de diálise faz a diferença na adesão e no seguimento com o tratamento. Consideramos que os resultados analisados, foram satisfatórios para atingir o objetivo geral da pesquisa que foi compreender o tratamento e as interferências que ele gera, enfatizando a importância da comunicação do enfermeiro com o paciente, além dos eventos adversos os motivem para a desistência.

PALAVRAS-CHAVE: hemodiálise, tratamento, enfermagem, insuficiência renal.

UNDERSTANDING RENAL REPLACEMENT THERAPY (RRT) EMPHASIZING THE NURSE'S IMPORTANCE

ABSTRACT

The Renal Replacement Therapy (RRT) changes totally the lifestyle of patients, principally social, facing difficulties, altering and limiting their daily lives. Therefore the general objective of the study, is to understand and evaluate the coping of kidney patients in RRT. This is a exploratory, qualitative, quantitative, descriptive and bibliographic study, accomplished through data collection using a multiple choice method, filled by thirty patients of both sexes, aged between 20 and 40 years, with chronic renal insufficiency under treatment for 12 months. As a result it was identified the degree of knowledge that chronic kidney disease patients have of diagnosis and therapy, and how the importance of the nurse in the dialysis unit makes the difference in adherence and follow-up with the treatment. We consider that the results analyzed were satisfactory to achieve the general objective of the research, that was to understand the treatment and the interferences that it generates, emphasizing the importance of the nurse's communication with the patient, besides the adverse effects motivate them to abandonment.

KEYWORDS: hemodialysis, treatment, nursery, renal insufficiency.

1. INTRODUÇÃO

A Insuficiência Renal é caracterizada pelo declínio abrupto ou parcial dos rins, sendo classificado como Insuficiência Renal Aguda (IRA) quando os rins param instantaneamente por um curto período podendo ou não voltar as suas funções, e a Insuficiência Renal Crônica (IRC) que é falência dos rins (DAUGIRDAS, 2008). Segundo Kidney disease Outcome Quality Initiative

¹ Acadêmica do Curso de Enfermagem do Centro Universitário FAG. E-mail: brunafernandapuerari@hotmail.com

² Acadêmico do Curso de Enfermagem do Centro Universitário FAG. E-mail: saulo-edu@live.com

³ Professora Orientadora. E-mail: vanessafarias@fag.edu.br

(KDOQI) (2012) a doença renal possui cinco estágios, desde o estágio 1 o mais leve até o estágio 5 o mais grave, determinado através da taxa de filtração glomerular (TFG).

O primeiro estágio possui uma lesão renal normal com TFG ≥ 90 ml/min/1,73m², ja o segundo estágio possui uma lesão renal com discreta redução da TFG que corresponde de 60 à 89 ml/min/1,73m². O terceiro estágio ocorre uma redução moderada da TFG e é subdividido em 3A com a TFG de 45 à 59 ml/min/1,73m² e 3B com a TFG de 30 à 44 ml/min/1,73m². O quarto estágio ocorre uma redução acentuada com a TFG de 15 à 29 ml/min/1,73m². O quinto estágio é a insuficiência renal com a TFG < 15 ou em diálise (DUNCAN, 2013).

O paciente/cliente em TRS altera completamente seu estilo de vida, principalmente a social, pois o tratamento impossibilita o mesmo de realizar viagens ou passeios longos, além de limitar as opções alimentares disponíveis. Algumas das maiores dificuldades encontradas durante a terapia são: implantação do cateter de diálise (Shilley), punção na Fístula Arteriovenosa (FAV), câimbras, tempo de diálise, hipotensão, nutrição, desempenho sexual e mudança dos hábitos diários (DAUGIRDAS, 2008).

Diante das dificuldades enfrentadas pelos pacientes será compreendido o tratamento e as interferências no cotidiano dos mesmos, apontando o papel da enfermagem, que entre eles consiste em orientar os pacientes e familiares auxiliando-os nessa nova etapa, fazendo com que seu tratamento seja menos doloroso, estar em conjunto multiprofissional na recepção e condução do paciente/cliente ao tratamento, previnindo e identificando as complicações na terapia, proporcionando condições melhores de qualidade de vida, pois a TRS altera e limita o cotidiano do paciente (DAUGIRDAS, 2008).

2. METODOLOGIA

O estudo é do tipo exploratório, qualitativo, quantitativo, descritivo e bibliográfico e contou com a participação de trinta pacientes/clientes de ambos os sexos com idade de 20 a 40 anos portador da doença renal crônica em tratamento renal substitutivo durante 12 meses.

A pesquisa foi realizada através de coleta de dados utilizando um questionário com onze perguntas elaboradas pelos pesquisadores, entregue juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos pacientes/clientes no momento em que os mesmos estavam realizando o tratamento em uma clínica de tratamento renal, com ênfase em hemodiálise e diálise peritoneal, o estabelecimento é o único para tratamento no município, sendo também referência no Oeste do Paraná.

Os dados foram digitalizados e examinados através da estatística descritiva, apresentado em gráfico e tabela contendo a porcentagem, sendo organizado e elaborado no programa Microsoft Excel 2010.

A pesquisa está aprovada sob a Resolução nº 466/2012 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG), Cascavel- PR, Sob o número 74549617.9.0000.5219.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 IRA e IRC

Segundo Bastos (2011) a IRA é caracterizada pela perda do desempenho renal abrupto em sua fase inicial, sendo acompanhada e avaliada sua evolução através do taxa de filtração glomerular (TFG) os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do paciente, fazendo com que haja uma perda quase por completa da função renal, podendo se estender por horas ou até dias, porém é uma condição clínica reversível, todavia há falhas na excreção dos dejetos metabólicos para manter a homeostasia e o bom funcionamento do órgão e se não diagnosticada e tratada a tempo pode levar a IRC. Essa síndrome se torna muito comum em paciente já hospitalizado, geralmente em unidades intensivas, onde a nefrotoxicidade dos medicamentos e antibióticos acaba se tornando mais habitual, mas há casos isolados onde ocorrem também em ambientes ambulatoriais.

Além da nefrotoxicidade dos medicamentos, há outros fatores podem levar a IRA como: Condições onde ocorre a diminuição do fluxo sanguíneo nos rins também chamada de pré-renal, no caso da hipovolemia, uso de medicações para pressão arterial, desidratação severa, doenças vasculares onde possa ocorrer a estenose dos vasos sanguíneos, insuficiência hepática, anafilaxias e casos graves de queimaduras, cálculo renal e até alguns tipos de câncer como o carcinoma de células renais. Dano diretamente nos rins chamado aqui de lesão renal ou intrínseca, como no caso de trombose onde o coágulo pode afetar a circulação renal tanto obstruindo como se alojando nos rins, uso de contraste iodado durante o cateterismo cardíaco, e para a visualização de exames por imagem como ultrassom e ressonância magnética, depósitos de placas de gorduras e lúpus que causam a inflamação do glomérulo renal conhecida como glomerulonefrite, algumas toxinas também afetam diretamente o rim como bebidas alcoólicas e o uso de metais pesados e derivados da cocaína, os danos pós-renal como o bloqueio do canal uretral por falhas anatômicas, casos de próstata aumentada e alguns tipos de câncer entre eles o câncer de próstata (FERMI, 2010).

A IRC é a fase terminal das funções renais, sendo irreversíveis, Segundo Leyro (2010), se caracterizando como um estado patológico, causando alterações psicológicas no individuo, sendo necessário um longo processo de adaptação à nova realidade, sabe-se que a IRC causa desarmonia e desequilíbrio em todo sistema do individuo, sendo mais comum a ansiedade que acomete a maioria de pacientes em inicio de diálise.

De acordo com Breitsameter (2012), por ser assintomática a IRC é uma doença de evolução gradativa e lenta acompanhando o indivíduo por muitos anos, manifestando-se na perca de aproximadamente todo o seu desempenho que gira em torno de 80% sem condições de reversão levando o cliente ao TRS. Localizados na região posterior do abdômen e atrás do peritônio sendo assim chamados de órgãos retroperitoneais, o rim direito se localiza logo abaixo do fígado e o esquerdo abaixo do baço, acima de cada um encontra-se a glândula suprarrenal, em adultos o órgão pode medir entre 11 a 13 cm de comprimento com 5 a 7,5 cm de largura e 2,5 a 3 cm de espessura pesando entre 125 a 170g no homem e 115 a 155g na mulher, possuem formato de feijão. De modo repentino causa o acúmulo de resíduos nitrogenados como amônia, ureia e creatinina no organismo, onde o mesmo começa a apresentar sinais de que esta no limite, podendo ocorrer ou não a anúria (sem presença de diurese), dentre os sintomas evidentes surgem proteinúria, edema aparente em tornozelos e pés, sonolência, inapetência, fadiga seguido de dispneia, confusão mental, náusea com presença de êmeses, edema pulmonar seguido de angina e tosse, uma marca da IRC é o hálito urêmico que lembra o cheiro de urina, nesta fase o individuo conta como primeira opção recorrer ao serviço de diálise, e em alguns casos se não tratada a IRC leva o individuo ao coma seguido de morte.

3.2 DIÁLISE

Para Daugirdas (2008) a diálise é a remoção de resíduos metabólicos, de eletrólitos e líquidos excessivos do sangue para tratar a falência renal aguda ou crônica. Utilizando os princípios de difusão, osmose e filtração. Diálise é qualquer procedimento que remova substâncias tóxicas retida nos rins, quando os mesmos deixam de exercer sua capacidade de filtração e eliminação, em uma abordagem mais clara seria a filtragem do sangue, tendo como função principal a retirada de líquidos e dejetos como ureia, creatinina e amônia entre outros, normalizando os níveis de fósforo, ferro, sódio, potássio, e estabilizando o PH do sangue. Seu objetivo não é curar a insuficiência renal, mas suprir o funcionamento dos rins, sendo indicado para pacientes que apresentam IRA e IRC.

Dentro da diálise existem duas opções de tratamento, a hemodiálise que pode ser definida como um processo por onde o sangue é filtrado através de um dialisador que contém membranas semipermeáveis que assumem o papel do rim fora do corpo e uma máquina específica que auxilia na depuração dos dejetos metabólicos como a creatinina e a uréia, em conjunto do uso de cateteres inserido pelo nefrologista em veias jugulares, subclávias ou femorais, e fistulas arteriovenosa (FAV) que filtra o sangue varias vezes a uma velocidade superior a 250 ml/min devolvendo o mesmo com menos impurezas, por períodos de até 4 horas intercalando frequências durante a semana que podem chegar a três vezes de acordo com a necessidade do indivíduo, e a dialise peritoneal onde o uso de um equipamento específico drena e infunde soluções diretamente ao abdome do paciente através de um cateter inserido no peritônio cirurgicamente, a solução não tem contato direto com sangue (DAURGIDAS, 2004).

As intercorrências em hemodiálise são muito comuns nos pacientes que fazem o tratamento e o enfermeiro deve estar pronto a atender, o órgão mais afetado no inicio do tratamento é a pele durante o período da uremia, pois o prurido acaba sendo um incomodo em forma de coceira incessante no paciente, é comum as intercorrências na hemodiálise estarem correlacionadas entre si, dentre os vários problemas na diálise os mais comuns que podem surgir são cãibras musculares que ocorrem seguido de hipotensão arterial que se da pela alta remoção de líquidos, a câimbra pode prosseguir depois de estabilizada a pressão arterial, além da hipotensão as causas do aparecimento da câimbra são solução de baixo sódio usado no preparo com bicarbonato conhecido como banho de hemodiálise, e o paciente estar abaixo do seu peso seco (FERMI, 2010).

As náuseas e êmeses por serem comuns estão ligadas também a hipotensão, porém pode estar ligado ao fator da síndrome do desequilíbrio, muito comum em pacientes com ureia elevada, seu aparecimento pode estar associada excessiva remoção da ureia do organismo, algias torácicas e lombares não tem uma causa específica, mas pode estar ligada a posição e tempo de diálise afetando tanto o desconforto quanto o humor do paciente, a manifestação de febre e calafrios é comum no renal crônico que se demonstra imunodeprimido sendo mais sensível em adquirir infecções geralmente bacterianas progredindo de modo acelerado e demora no tratamento, seu índice está altamente ligada em indivíduos que fazem o uso de cateter venoso central. O edema agudo de pulmão é caracterizado como uma complicaçāo frequente que acomete o renal crônico durante o tratamento, ocorre geralmente nos intervalos de diálise onde ocorre a sobrecarga de líquido durante a violação da dieta ou em crises hipertensivas, a atuação do enfermeiro é muito importante para identificar os sintomas, como taquicardia seguida de dificuldade para respirar, cianoses, sudorese intensa, períodos de dispneia, tosse com secreção presente sendo ela espumosa branca ou rósea devido a possível trauma pulmonar ocasionado pelo esforço (DEUS *et al*, 2015).

3.3 VISÃO DO PACIENTE DIALÍTICO

Conforme Silva (2011), as alterações diárias ocasionadas pela IRC e pelo tratamento dialítico causam limitações físicas, psicológicas, sociais, sexuais e familiares, que poderá prejudicar a boa condição de vida. No cotidiano com os pacientes/clientes, os mesmos expõem sentimentos negativos relacionados ao medo do diagnóstico futuro, de tornar-se incapaz, de depender financeiramente da família e da autoimagem alterada. Porém, eles confessam que o tratamento ocasiona uma esperança pelo transplante renal, gerando, uma probabilidade de melhorar a qualidade de vida.

As transformações causadas pelo tratamento afetam os familiares dos pacientes/clientes, pois os mesmos precisam ajustar a sua rotina com as necessidades do portador de IRA e IRC. Dessa maneira, é indispensável que os profissionais da saúde principalmente a enfermagem, considera a importância da família na abordagem e na preparação do seu plano de assistência e cuidados (SILVA, 2011)

O tratamento faz com que o portador da doença tenha sentimentos confusos entre sua aceitação e revolta, pois garante a vida do paciente, mas á torna dependente da tecnologia (máquina). Os sentimentos mais relatados incluem incerteza, desesperança, aflição, ansiedade, medo, prisioneiro da máquina, incapacidade (SILVA, 2011)

As dificuldades relatadas pelo paciente são: alteração no peso, xerostomia, constipação, insônia, limitação do sódio e potássio tornando ruim o paladar, hipotensão arterial, náuseas e emeses, cãibras musculares, prurido, diminuição do convívio familiar e social (SILVA, 2011)

Os pacientes em tratamento possuem uma vida estressante, pois depende de uma equipe, e um aparelho, podendo torná-los depressivos com crises de raiva pelas limitações que a diálise apresenta (SILVA, 2011)

3.4 MEDIDAS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE DIALÍTICO

Segundo Morsh (2009), o enfermeiro assume um papel essencial na atuação em nefrologia, desde 1960 quando começaram os programas de diálise. Essa especialidade está em desenvolvimento contínuo exigindo o aperfeiçoamento constante do enfermeiro.

O enfermeiro desempenha funções em quatro áreas, sendo elas: Área assistencial, onde o mesmo realiza orientações a pacientes e familiares, encaminhamentos a profissionais quando houver necessidade, prevenções de complicações no tratamento dialítico, supervisões de procedimentos e técnicas, monitorização do controle de qualidade da água e soluções para diálise,

realização de exames laboratoriais. Área administrativa, coordenando a equipe de enfermagem, elaborando escalas e rotinas, realizando reuniões, controlando o funcionamento dos equipamentos da unidade, exercer normas, controlar as quantidades de materiais e equipamentos garantindo a assistência. Área educativa, realizando programas educacionais para profissionais da saúde, acadêmicos, pacientes e familiares, avaliação do desempenho profissional, estimular a equipe a participar em eventos científicos. Área de pesquisa, desenvolvendo projetos de pesquisa para a melhoria da assistência (MORSH, 2009).

Para que ocorra uma assistência eficaz o enfermeiro precisará ter conhecimento sobre fisiologia renal e fisiopatologia (IRA e IRC) promovendo um bom planejamento e execução nos planos de cuidados, mantendo um contato e entrosamento permanente com a equipe multidisciplinar (nutricionista, psicólogo, médico). A assistência não será somente em cuidado físico, mas sim em cuidados psicológicos e espirituais (MORSH, 2009).

Os cuidados específicos do enfermeiro na área de nefrologia relativo aos aspectos físicos serão: pesagem do paciente/cliente antes e após a diálise para controle hídrico; Verificação dos sinais vitais antes, durante e após o tratamento a cada hora; Conferir se o equipamento está em bom funcionando; Manter o paciente/cliente aquecido; Ofertar a dieta prescrita; Realizar a coleta dos exames sanguíneos mensalmente (creatinina, ureia, sódio, potássio, hematológico completo, micro hematócrito, pH, pCO2); Acompanhar sempre o paciente/cliente durante o tratamento; Degermação do local que será inserido o cateter (TORREÃO, 2009).

Salienta Cuker (2010) que, os cuidados psicológicos desempenham uma influência maior na reabilitação do paciente/cliente, pois os mesmos utilizam estratégias para enfrentar a doença em diferentes momentos. Ocorre em cinco fases: a fase de recusa, fúria, negociação, depressão e aceitação.

A primeira fase, a da recusa, ocorre quando o paciente é diagnosticado, ele não tem uma ação, não admite que está ocorrendo com ele, leva um tempo para se recuperar psicológicamente, mas começa a usar outros mecanismos para enfrentar a doença (CUKER *et al*, 2010).

Após a primeira fase, vem a fúria, expressada com um pensamento de ser desvalorizado. A fase de negociação caracteriza-se por um momento de ansiedade e otimismo, pois surge como um sinal de cura o desejo de ser transplantado (CUKER *et al*, 2010).

A depressão aparece depois de varias sessões de hemodiálise, quando o paciente/cliente começa a sentir suas mudanças e percas de hábitos. Para finalizar vem a fase de aceitação, o paciente se conforma com as periodicidades do tratamento, e começa a procurar outras alternativas para refazer sua vida (CUKER *et al*, 2010).

Araújo (2012) relata que a enfermagem é extremamente importante, podendo salvar vidas e prevenir complicações ao realizar um diagnóstico precoce das intercorrências, observando continuamente o paciente/cliente durante as sessões do tratamento. O paciente terá que ter confiança nos profissionais de enfermagem sendo os mesmos que estarão sempre em contato com o paciente, ajudando no seu tratamento e melhorando sua qualidade de vida.

Como o tratamento dialítico gera complicações, a equipe de enfermagem terá que atuar diante das possíveis intercorrências fazendo uma sistematização de assistência de cuidados, visando detectar anormalidades e realizando uma eficiente e rápida intervenção, garantindo segurança para o paciente, por isso a monitorização contínua é essencial para tornar as ações citadas acima possíveis (NASCIMENTO, 2005).

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na primeira pergunta foi questionado se o paciente/cliente teve dificuldade em aceitar a doença. Com base nos resultados analisados 18 pacientes (60%) apresentam ter dificuldade em aceitar a doença e 12 pacientes (40%) não tiveram dificuldade.

Segundo Maldaner (2008), a IRC por modificar a vida das pessoas ocasiona um forte impacto no cotidiano, trabalho, dieta, condição física e também em seus valores no processo de vida, desse modo a aceitação da doença esta caracterizada pela forma que cada sujeito utiliza para lidar com as circunstâncias críticas da vida e o impacto que provoca diariamente nas suas relações.

Conforme Maldaner (2008), as dificuldades em aceitar ou não a doença depende de dois fatores: internos e externos. Os internos se resume na manutenção da própria imagem, e mudança no desempenho do papel familiar, social e cultural. Os externos são as influências na aceitação da doença com o apoio e participação da família em conjunto da equipe multiprofissional de saúde.

Já Prestes (2011) revela que a TRS por ser um tratamento contínuo, interfere na aceitação da doença, pois o sujeito é dependente da máquina, causando revolta, negação e até mesmo a não adesão do tratamento, por ser necessário, o sujeito não tem opção, ficando claro que algumas situações fogem do seu controle e independe de sua vontade.

Trabalhar com indivíduo portador de doença crônica é um desafio, pois cada um corresponde de diversas maneiras a esta situação. Para a enfermagem, é fundamental a habilidade de perceber a subjetividade de cada ser, fornecer auxílio e/ou amparo emocional e explicitação relacionado à patologia, apontar alternativas para que o paciente/cliente possa manter sua qualidade de vida, tornando mais aceitável a doença (MALDANER *et al*, 2008).

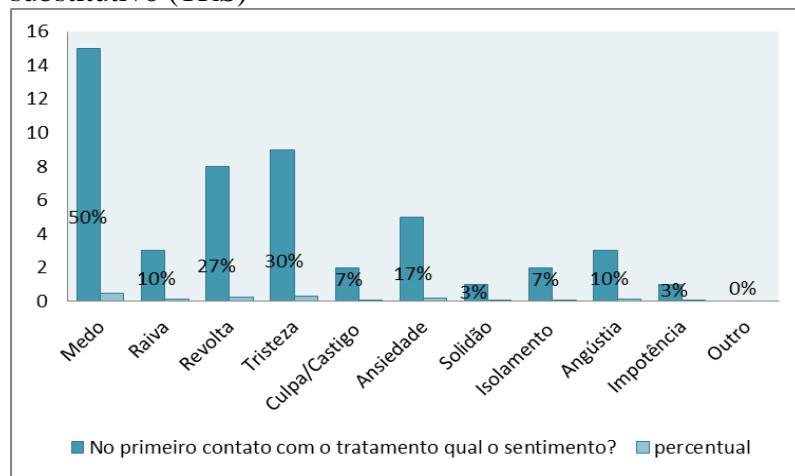
A dificuldade em aceitar a doença decorre de vários fatores envolvidos, entre eles estão as mudanças no seu cotidiano, a sua autoimagem, e o sentimento de impotência. Relacionado ao tratamento o paciente vive em divergência, pois além de causar múltiplas alterações, o mesmo tem que compreender que a TRS é indispensável para a sua qualidade de vida.

O enfermeiro nefrologista exerce um papel fundamental na educação do paciente pois esta sempre próximo, detectando e intervindo nas necessidades individuais. A confiança, segurança e apoio ajudará o paciente/cliente enfrentar o tratamento hemodialítico, ajudando-o aceitar melhor a doença.

Ao entrar em contato inicial com o diagnóstico, a maioria dos pacientes/clientes tem reações negativas, portanto a pergunta número 2 representada no gráfico 1 exibe as informações coletadas. Lembrando que os pacientes assinalaram mais de uma alternativa.

Para o sentimento de medo 15 pacientes/ clientes (50%) tiveram esse sentimento, seguido de 9 pacientes (30%) que sentiram tristeza, 8 pacientes (27%) sentiram revolta, 5 pacientes (17%) ansiedade, 3 pacientes (10%) angústia, 2 pacientes (7%) sentiram algo como culpa ou castigo, 2 pacientes (7%) sentiram-se isolados e 1 paciente (3%) assinalou sentir impotência perante o tratamento inicial, e 1 paciente (3%) sentiu-se solitário.

Gráfico 1 – Sentimento dos pacientes/clientes em seu primeiro contato com o tratamento renal substitutivo (TRS)



Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Independente da idade é frequente o aparecimento de incertezas e medo relacionados à doença e o prognóstico, sendo que para os mais jovens a angústia se torna maior (RODRIGUES, 2008).

Na procura do significado da realidade hemodialítica, estabeleceu a idéia de que ser um paciente renal crônico surge um desafio evidenciado pelas alterações da rotina ligada desde os

fatores físicos e dietéticos até a dependência de outras pessoas e da máquina sem contar no uso e medicações no novo modo de viver (BARBOSA *et al*, 2009).

Referente a aceitação sabe se que a respeito da condição e no momento mais complicado, os pacientes conseguem superar, existem quem consiga superar situações mais dolorosas, e mesmo assim na sua forma de reagir a doença e se adaptando, contudo o medo e o desespero frente ao diagnóstico e ao tratamento (BRAQUEAIS, 2010).

Na existência da doença, a grande parte dos pacientes renais crônicos ocasionam fatores ligados à realidade, o primeiro e o maior deles é o medo. O medo da nova adaptação, do novo cotidiano, da dependência da máquina, gerando o segundo fator que é a tristeza, onde o indivíduo se vê sem força e sem saída por não ter escolha se pode ou não aderir ao tratamento.

O terceiro fator é o sinal de revolta e ele afronta com a aceitação, onde os enfermos revelam a necessidade da adequação, adaptação e de adesão ao tratamento dialítico, o último e não menos importante, é a ansiedade que aparece em um momento de restrições, onde o indivíduo exposto em um longo período nas sessões de hemodiálise acaba alterando parâmetros homeostáticos, levando-o aos sentimentos de ansiedade e estresse devido as modificações, tendo a predisposição a novos fatores como solidão, sentimento de impotência seguido de raiva e angústia fazendo-o com que o indivíduo se isole.

O enfermeiro irá atuar juntamente com os profissionais psicólogos, pois como a equipe de enfermagem está sempre com esses pacientes/clientes, ela conhece individualmente a necessidade de cada um, podendo detectar esses sentimentos expressados ou não pelos pacientes/clientes, intervindo imediatamente, para que o paciente não coloque sua vida em risco.

Relacionado aos pacientes que adquiriram informações suficientes da equipe multiprofissional (enfermagem, serviço social, psicólogos, médicos) sobre o tratamento, abordada na questão número 03, somente 4 pacientes (13%) não receberam informações suficientes, o restante dos pacientes (87%) receberam informações suficientes da equipe multiprofissional.

Bertolin (2005) aponta que a abordagem da equipe multiprofissional em conjunto se faz necessário para ajustar as limitações que existem no tratamento do portador de insuficiência renal crônica (IRC). Com a intervenção da equipe o paciente é submetido a um número maior de informações com diversas ênfase, propiciando um sujeito bem orientado aderindo melhor ao tratamento, proporcionando uma melhor qualidade de vida.

Destaca Silva (2014), que juntamente com a equipe multiprofissional, o enfermeiro exerce práticas educativas com o paciente/cliente, principalmente o autocuidado, com a finalidade de auxiliá-los na sua autonomia em relação à saúde.

No período de permanência na sessão de hemodiálise, além da assistência, a equipe de enfermagem pode atuar com métodos educativos, como dialogar sobre a alimentação, as medicações usadas, assim como no esclarecimento das dúvidas existentes e também nas orientações sobre esportes e período de descontração, como o paciente estará bem orientado com diversas informação o objetivo final será criar condições aceitáveis para o bem-estar do paciente.

Questionou-se aos pacientes/clientes se eles consideram importante o aconselhamento de enfermagem para o inicio e adesão ao tratamento. Foi obtido o seguinte resultado: grande parte dos pacientes (97%) considera as orientações prestadas pelo serviço de enfermagem importante e somente 1 paciente (3%) não considera importante.

De acordo com Maldaner (2008), a assistência psicológica oferecida ao paciente/cliente é um instrumento essencial para que ele inicie e de continuidade ao tratamento. Essa assistência pode ser ofertada por todos os profissionais em contato com os mesmos, não sendo só realizada pelo psicólogo.

Para Santos (2010), a equipe de enfermagem precisa realizar vários aconselhamentos, entre eles estão: a patologia e seu tratamento, quais são as terapias disponíveis juntamente com suas vantagens e desvantagens, informações necessárias em relação a acessos vasculares e acessos dialítico, alimentação, limitação hídrica, uso de fármacos, monitorização da pressão arterial e glicose. Esses aconselhamentos irão diminuir a ansiedade gerada no inicio do tratamento, aumentando a sua adesão.

O enfermeiro pode e deve aproveitar o período que o paciente esta na sessão de hemodiálise para aconselha-lo, isso faz com que o elo de confiança se estabeleca com o enfermeiro e sua equipe, as dúvidas frequentes sobre todo o tratamento e como dar continuidade de forma que o mesmo se autoajude faz com que a ansiedade seja diminuta a cada sessão, segundo os resultados obtidos, este objetivo aplicado gerou quase total aprovação e mostra o quanto o aconselhamento do enfermeiro torna-se essencial para a adesão da nova rotina.

Durante a TRS os pacientes/clientes se deparam com diversas dificuldades, intercorrências e incômodos, através das perguntas: 5, 6, 7, 8, 9 e 10, do questionário, foi apurada as seguintes informações apresentadas na tabela 1: a que diz respeito as intercorrências mais incômodas a maioria dos pacientes assinalaram a cãimbra (73%) seguida de hipotensão (37%), mal-estar (9%) e cefaléia (10%). Em relação a dificuldade de realizar viagens, grande parte dos pacientes (73%) tem dificuldades. Na questão relacionada ao incômodo com o cateter 22 pacientes (63%) assinalaram que se sentem incomodados. Correspondente a falta de ingestão de água/líquidos ocorre um predomínio de pacientes (73%). Grande parte dos pacientes (67%) não sentem dificuldades em

tomar os medicamentos. Por fim, ocorre uma prevalência de pacientes (77%) com dificuldade em aceitar a nova dieta.

Tabela 1 - Dificuldades e intercorrências com pacientes em TRS.

Dificuldades/Intercorrências	2017 a / %
Intercorrências mais incômodas	
Cãimbras	22 / 73%
Hipotensão	11 / 37%
Mal estar	9 / 30%
Cefaléia	3 / 10%
Outros	0 / 0%
Dificuldade em realizar viagens	
Sim	22 / 73%
Não	8 / 27%
Incômodo com o cateter	
Sim	19 / 63%
Não	11 / 37%
Falta de ingestão água/líquidos	
Sim	22 / 73%
Não	8 / 27%
Dificuldade em tomar os medicamentos	
Sim	10 / 33%
Não	20 / 67%
Dificuldade em aceitar a nova dieta.	
Sim	23 / 77%
Não	7 / 23%
Total	30 / 100%

Fonte: Dados da Pesquisa (2017).

Os efeitos colaterais do tratamento da doença são aqueles resultados indesejáveis normalmente gerado pelos fármacos. A não adesão da TRS tem associação considerável dos efeitos colaterais do fármaco utilizado (MALDANER *et al*, 2008).

O incômodo mais desagradável informado pelos pacientes/clientes foi a cãimbra, acontece normalmente no fim das sessões de hemodiálise e prevalece nos membros inferiores. Regularmente antecede a hipotensão arterial. A fisiopatologia é carente de estudos, mas alguns relacionam com a falta de carnitina que ocorre em associação ao desequilíbrio através da ultrafiltração e preenchimento vascular. Os motivos mais consideráveis na etiologia são: solução da diálise desprovida de sódio, paciente com baixo peso e hipotensão arterial (DEUS *et al*, 2015).

De acordo com Moraes *et al* (2011), as câimbras ocorrem sempre que há perda acelerada, forte ou quando há hipoosmolaridade de líquidos.

Em seguida a hipotensão arterial é uma das intercorrências mais constantes no tratamento hemodialítico, pois no decorrer da hemodiálise, ocorre a diminuição do peso, da osmolaridade, e da quantidade de plasma e potássio. Essas intercorrências em conjunto com o uso permanente de drogas vasoativos, podem produzir uma oscilação cardiovascular manifestando a hipotensão, em decorrência negativa da membrana e alcalinizante em uso (MORAES *et al*, 2011).

Associada com a diálise encontra-se dois tipos de hipotensão arterial: a primeira é a episódica, que acontece sempre no fim do tratamento, e a segunda é uma hipotensão do tipo crônica e permanente ocorrendo em pacientes com pressão sanguínea sistólica, antes da diálise menor que 90-100 mmHg e regularmente ao decorrer da diálise se reduz (MORAES *et al*, 2011).

A hipotensão episódica, encontra-se associada ao declínio demasiado e acelerado do volume sanguíneo, ocasionando na diminuição dos batimentos cardíacos. O Segundo tipo esta associado à uma diminuição da responsividade dos vasos constrictores ou a uma disautonomia cardíaca. Para evitar a hipotensão episódica, a melhor solução seria utilizar máquinas com equipamento de ultrafiltração (MORAES *et al*, 2011).

A cefaléia é uma intercorrência frequente e dolorosa, as causas são múltiplas, podendo ser hipovolemia, abstinência da cafeína, ansiedade, hipertensão, síndrome do desequilíbrio (SD), hipotensão, pouco sódio no líquido dialisador, hipertermia, baixo peso (DEUS *et al*, 2015).

Apesar de existir atualidades tecnológicas, as complicações e intercorrências que gera o mal estar, são constantes nas sessões de hemodiálise, como citado acima as câimbras e a hipotensão lideram as intercorrências mais frequentes.

Além de fármacos, os cuidados do serviço de enfermagem juntamente com procedimentos e costumes dos pacientes relacionados a prevenção, faz parte do acúmulo de medidas que ajudam a evitar certas complicações.

O enfermeiro encarregado do setor de hemodiálise deverá se capacitar e se aprimorar sempre que possível, pois o conhecimento sobre a patologia, principais sinais e sintoma, intercorrências relacionadas à TRS, permite que ele possa empregar metas e parâmetros, identificando e intervindo nas possíveis complicações, além de aprimorar sua atuação irá garantir um aumento na qualidade de vida dos pacientes.

Juntamente com as intercorrências citadas acima, a maioria dos pacientes/clientes (73%) tem dificuldades em realizar viagens em razão da periodicidade das sessões de hemodiálise. Para que estes pacientes/clientes possam ter oportunidade de viajar, é necessário que ocorra um planejamento precoce tanto do paciente/cliente quanto da equipe multiprofissional, pois terá que

ser verificado se há vaga disponível no destino pretendido, garantindo a continuação do tratamento, sem suspensão pois pode prejudicar seu estado de saúde (MALDANER *et al*, 2016).

A enfermagem deve orientar esses pacientes/clientes ajudando-os a enfrentar suas limitações, pois entre outras, também ocorre uma dificuldade para os mesmos realizar viagens, porém não é um impedimento pelo contrário, o paciente/cliente deve desligar-se um pouco da rotina, quando eles usufruem de algo novo gera um bem-estar físico, mental e emocional.

Em razão ao incômodo que o cateter proporciona, pode-se afirmar que o cateter venoso central (CVC) utilizado para o tratamento hemodialítico causa um incômodo maior comparado à fistula arteriovenosa (FAV) originando uma ansiedade com a demora e manutenção da punção, além de exigir bastante atenção domiciliar, modificando consideravelmente os hábitos diários pois os pacientes/clientes tem que adaptar sua rotina (NOGUEIRA *et al*, 2016).

A equipe de enfermagem é encarregada a inserir o cateter endovenoso na FAV, porém a primeira punção quem deverá realizar é o enfermeiro, pois além de avaliar o paciente estará explicando o procedimento que será sempre realizado posteriormente pelos técnicos de enfermagem.

Toda equipe deve estar em alerta ao diagnóstico precoce de sinais e sintomas que prevem complicações, recebendo treinamentos de capacitação e atualizações do procedimento e cuidados com o paciente/cliente.

Referente à ingesta hídrica ela é controlada, pois os rins não conseguem filtrar a água, podendo piorar o estado de saúde dos pacientes renais crônicos. Cada paciente/cliente tem uma quantidade de consumo diferente, pois irá depender da quantidade gerada de diurese (MARTINEZ *et al*, 2005).

A quantidade limitada é mensurada em recipientes menores ou com marcadores, normalmente é ingerida a maior quantidade nas refeições e na administração dos medicamentos (CALDERAN *et al*, 2013).

O controle hídrico é a medida cautelar que mais pesa para os portadores de Doença renal crônica, pois de uma maneira súbita a ingesta de líquidos é interrompida, de modo que os pacientes interpretam estas restrições de maneira severa, até mesmo como uma punição, já que esse tipo de aconselhamento muda o estilo de vida do mesmo.

O enfermeiro tem um papel importante nesse quesito, pois o paciente pode apresentar-se irritado em ouvir a toda hora que não deve ingerir água, sendo assim seu papel de orientação deve ser cautelar pois uma má gestão no controle hídrico do paciente pode gerar um culminante ganho de peso interdialítico, resultando na sobrecarga vascular e aumento de complicações como edema pulmonar.

Juntamente com o controle hídrico ocorre uma complexidade para ajustar a nutrição dos pacientes/clientes em tratamento, é necessária uma educação contínua para informar os mesmos sobre o que precisam ingerir e suas devidas quantidades (CASAS *et al*, 2015).

As limitações hidráticas e nutricionais são indispensáveis para atingir a qualidade de vida desses pacientes/clientes, e são essenciais para o sucesso na TRS. Ao preparar e educar os pacientes é conveniente ressaltar que, para muitos pacientes, a alimentação é a coisa mais prazerosa da vida ajudando-os a esquecer das dificuldades, pois o alimento é necessário para a fisiologia humana, gerando satisfação (CALDERAN *et al*, 2013).

Para que as sessões de hemodiálise sejam efetivas, é necessário que os pacientes sejam orientados pelo enfermeiro, pois os mesmos tem que entender o andamento da nova dieta e seus riscos/benefícios a serem seguido, evitando os abusos que podem causar o acúmulo de resíduos metabólicos que em alta quantidade pode levar o indivíduo a problemas sérios como: o risco do potássio acima do limite eleva ou agrava o risco de problemas cardíacos, o fósforo e o cálcio que devem viver em harmonia, porém seu desequilíbrio acarreta em problemas ósseos severos,

Um dos indicativos de fósforo elevado é uma sensação incômoda chamado prurido que nada mais é que uma coceira generalizada, causando mal estar no paciente, por isso é importante a atuação do enfermeiro na sala de diálise controlando rigorosamente o tempo e o peso dos pacientes.

Os pacientes/clientes tem que ser educados e informados em relação ao seu diagnóstico, para isso a pergunta número 11 mostra a percepção do paciente quanto o seu conhecimento sobre a IRC e seu tratamento. Diante disto foi analisada a questão do conhecimento sobre a IRC e percebe-se que 22 pacientes (73%) cita que é bom o conhecimento sobre a doença, 6 pacientes (20%) é regular e 2 pacientes (7%) é ruim.

Segundo Santos (2010), diariamente em um ambiente de hemodiálise, é possível perceber que vários indivíduos começam o tratamento renal substitutivo ja em condição emergencial, sendo assim não há um conhecimento anterior, deduzindo que sua iniciação aos procedimentos e ao conhecimento sobre a doença possa aparentar ser torturante e traumático.

O profissional terá que abordar o paciente/cliente com uma linguagem comum, facilitando a compreensão e colaboração no tratamento, estimulando-o a enfrentar as alterações oriundas da doença e alcançando a qualidade de vida (SILVA *et al*, 2014).

O suporte da enfermagem é a chave principal para que o paciente renal crônico e sua família consiga conhecer e responder melhor a experiência do diagnóstico em si. A partir disso torna-se uma possibilidade para a equipe de enfermagem atingir o sucesso e instruir o paciente a interagir com a nova realidade e auxiliá-lo no suprimento de suas necessidades.

Ainda respondendo a pergunta número 11, porém em relação ao entendimento que o paciente/cliente tem da diálise (tratamento), os dados apontam que: 24 pacientes (80%) é bom o seu entendimento sobre o tratamento, 5 pacientes (17%) é regular e 1 paciente (3%) é ruim.

Conforme Moreira (2008), o grau adequado de entendimento dos pacientes/clientes sobre o tratamento, é visto como uma fonte essencial para adesão ao tratamento.

As equipes de saúde na maioria das vezes utilizam um vocabulário científico, com terminologias que são incompreendidas pelos pacientes/clientes, para que os mesmos sintam-se interessados pelo entendimento sobre o tratamento é necessário que os profissionais adequam o seu modo de falar com a cultura de cada indivíduo (QUEIROZ *et al*, 2008).

Comportamentos aderidos pelos profissionais de saúde, como linguagem no senso comum e/ou popular, respeito pela cultura, religião e atendimento humanizado e/ou acolhedor, provoca uma confiança e segurança maior nestes, ocasionando uma melhora na adesão do tratamento. Quando ocorre confiança e segurança, o paciente/cliente consequentemente terá uma melhor disposição para conversar e debater sobre suas dúvidas e receios, facilitando na construção do vínculo entre profissional x cliente.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento renal substitutivo interfere na rotina do paciente, apresentando muita necessidade de atenção relacionada ao autocuidado do indivíduo, pois os mesmos tem que conhecer a Insuficiência Renal Crônica e suas limitações.

Os pacientes/clientes apresentam diversas intercorrências, perante isso se propõe que a equipe multiprofissional esteja sempre ao lado, observando, analisando, cuidando a fim de prevenir complicações graves e/ou antecipando intervenções desnecessárias.

Constatou-se que a maioria dos pacientes tem dificuldade em aceitar a doença, a psicologia nos mostra que o paciente passa por cinco fases, sendo a última a aceitação, e acredita-se que os pacientes não aceitam a doença e sim se adequam com a realidade que o diagnóstico impõe.

Enfatiza-se que o enfermeiro é indispensável no diagnóstico inicial e dia após dia do tratamento, desenvolvendo uma enfermagem sistematizada e humanizada, será um dos profissionais mais importantes para o paciente, pois será ele que ajudará o mesmo a aderir adequadamente à terapia.

Como o enfermeiro exerce um papel primordial em todo o processo do tratamento do paciente, considera-se que não bastam só as atividades técnicas, o enfermeiro tem que acompanhar o diagnóstico elaborando estratégias, apoiando os pacientes durante as sessões de hemodiálise além

de realizar orientações e acompanhamento adequado, promovendo um ótimo resultado e consequentemente melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

É necessário que as clínicas renais estimulem a educação dos profissionais, beneficiando o empregador, o colaborador e o paciente, é através da capacitação e treinamento que os profissionais aperfeiçoam as técnicas, melhorando o conhecimento específico, desenvolvendo pesquisas que contribuem para elaboração de novas tecnologias e procedimentos evoluindo o tratamento do paciente renal continuamente.

Diante de toda a pesquisa exposta, comprova-se a importância do enfermeiro em clínicas renais, pois é ele que conviverá cotidianamente com o paciente e seus familiares, ajudando e apoiando os mesmos a entender o diagnóstico, tratamento, sinais e sintomas, intercorrências e possíveis transplantes renais, melhorando a qualidade de vida. Além disso, o enfermeiro conduzirá a equipe de enfermagem para que possa ocorrer um trabalho eficaz livre de eventos adversos.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, A. C. S.; SANTO, E. E. A importância das intervenções do enfermeiro nas intercorrências durante a sessão de hemodiálise. **Caderno Saúde e desenvolvimento**. São Paulo. n.1, p.44-58, dez. 2012.

AZEVEDO, M. S.; AZEVEDO, S. A.; MANHÃES, P. S. L. Insuficiência Renal Crônica: Análise do binômio enfermeiro portador de IRC. **Perspectiva Online: Ciências Biológicas e da Saúde**. Rio de Janeiro. n.5, p.11-34, dez. 2015.

BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M.; Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **J Bras. Nefrol**, v. 33, n. 1, p. 93-108, jan, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v33n1/v33n1a13.pdf>> Acesso em: 10 Set. 2017.

BERTOLIN, D. C.; CESARINO, C. B.; RIBEIRO, R. C. H.; ROSA, G. C. Formação de equipe interdisciplinar em hemodiálise: uma nova realidade. **ABEn Congresso Nacional**.

BREITSAMETER, B.; FIGUEIREDO, A.; KOCHHANN, D. S. Cálculo de Kt/V em hemodiálise: comparação entre fórmulas. **J Bras. Nefrol**, v. 34, n. 1, p.22-26, out, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v34n1/a04v34n1.pdf>> Acesso em: 15 Set. 2017.

BURDMANN, E. A.; OLIVEIRA, M. B.; FERRABOLI, R. Epidemiologia. Insuficiência renal aguda: fisiopatologia, clínica e tratamento. **J Bras Nefrol**. São Paulo, n.1, p.37-39, 2002.

CALDERAN, C.; TORRES, A. A. P.; ZILLMER, J. G. V.; *et al.* Práticas de autocuidado de pessoas com Insuficiência Renal Crônica submetidas à diálise peritoneal ambulatorial contínua. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 5, n. 1, p. 3394-3402, jan/mar, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/5057/505750897024/>> Acesso em: 24 Out. 2017.

CASAS, J.; RODRIGUES, C. I. S.; D' AVILA, R. Educação nutricional para pacientes renais crônicos em programa de hemodiálise. **Nutrire**, v. 40, n. 1, p. 36-44, abr, 2015. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/05/322154/artigo.pdf>> Acesso em: 15 Out. 2017.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J.; DUNCAN, M. S.; GIUGLIANI, C. **Medicina Ambulatorial – Condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

DAUGIRDAS, J.T. **Manual de Diálise**. Rio de Janeiro: Medsi, 2004.

DAUGIRDAS, J.T.; BLAKE P. G. **Manual de Diálise**. Guanabara Koogan; 2008.

DEUS, B. P. M.; HOERB, A.; ZANON, R. B.; MOARES, P. M.; AGRA, H. C. Sintomas e complicações agudas relacionadas com a hemodiálise. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 5, n. 1, p. 52-56, jan/mar, 2015. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/4951/4124>> Acesso em: 23 Out. 2017.

FERMI, M.R.V. **Manual de Diálise para Enfermagem**. Guanabara Koogan; 2010.

MALDANER, C. R.; BEUTER, M.; BRONDANI, C. M.; BUDÓ, M. L. D.; PAULETTO. M. R. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. **Revista Gaúcha de Enfermagem RGE**, v. 29, n. 4, p. 647-653, dez, 2008.

MORSH, C. M. F. Gerenciamento de Enfermagem em Unidades de Terapia Renal Substitutiva. **Tecnologia e o Cuidar de Enfermagem em Terapias Renais Substitutivas**. v.5, São Paulo, Atheneu. 2009.

NASCIMENTO, C. D. Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem Reben**. São Paulo, n. 6, p. 719-722, dez. 2005.

PRESTES, F. C.; BECK, C. L. C.; TAVARES, J. P.; *et al.* Percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre a dinâmica do trabalho e os pacientes em um serviço de hemodiálise. **Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal**, v. 20, n. 1, p. 25-32, jan/mar. 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/714/71419103003/>> Acesso em: 17 Out. 2017.

QUEIROZ, M. V. O.; DANTAS, M. C. Q.; RAMOS, I. C.; BESSA, M. S. Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. **Revista Contexto & Saúde**, v. 10, n. 20, p. 1045-1048, jan/jun. 2011. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaudade/article/viewFile/1729/1432>> Acesso em: 15 Mai. 2017.

REIS, C. K.; GUIRARDELLO, E. B.; CAMPOS, C. J. G. O indivíduo renal crônico e as demandas de atenção. **Revista Brasileira de Enfermagem Reben**. São Paulo, n. 3, p.336-341, jun. 2008.

SANTOS, I.; ROCHA, R. P. F.; BERARDINELLI, L. M. M. Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise. **Revista Brasileira de**

Enfermagem Reben, v. 64, n. 2, p. 335-342, mar/abr, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019461018.pdf>> Acesso em: 24 Out. 2017.

SILVA, A. S.; SILVEIRA, R. S.; FERNANDES, G.F.M.; LUNARDI, V. L.; BACKES, V. M. S. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem Reben**, v. 64, n. 5, p. 834-844, set/out, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500006> Acesso em: 10 jun. 2017.

TORREÃO, C. L.; SOUZA, S. R.; AGUIAR B. C. G. Cuidados de enfermagem ao cliente em Diálise peritoneal: Contribuição para prática e manejo clínico. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. Rio de Janeiro, n. 1, p.317-325, dez. 2009.