



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

CAROLINE CASTRO DE CASTRO

**A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO NA
ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM FRENTE AOS
PACIENTES HEMODIALÍTICOS: UMA ABORDAGEM
TEÓRICA**

ARIQUEMES - RO

2011

Caroline Castro de Castro

**A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO NA
ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM FRENTE AOS
PACIENTES HEMODIALÍTICOS: UMA ABORDAGEM
TEÓRICA**

Trabalho apresentado ao curso de Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção de título de bacharelado em Enfermagem.

Prof. Orientador: Rodrigo Fetter.

Ariquemes - RO

2011

Caroline Castro de Castro

**A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO NA
ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM FRENTE AOS
PACIENTES HEMODIALÍTICOS: UMA ABORDAGEM
TEÓRICA**

Trabalho apresentado ao curso de Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção de título de bacharelado em Enfermagem.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Orientador Rodrigo Fetter
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof^a. Esp. Millena P. Machado Coelho
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof^a. Esp. Lilian Cristina Macedo
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes, ____ de _____ de 2011

Dedico este trabalho a minha mãe, meu esposo e meus filhos, pois sem vocês não teria alcançado mais essa vitória.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, minha mãe Risoleta, ao meu esposo Valclei, aos meus filhos Luiz Fernando e Ana Luiza.

A minha tia Francisca, minha irmã Helena e a toda minha família que contribuiu de forma direta e indireta durante esses quatro anos de curso.

A enfermeira Paula Mesttou pela contribuição no desenvolvimento de trabalhos acadêmicos.

As minhas amigas Mariana, Ramayana e Geovana, pelo apoio, dedicação e carinho durante todo o curso.

Agradeço também aos meus professores e em especial ao meu orientador.

HUMANIZAR É...

Humanizar é tomar para si a dor alheia num ato de amor extremo.

Humanizar é dedicar-se a outrem com a pureza do coração. Humanizar é tornar-se melhor tendo como intuito apenas o amor.

Humanizar é um exercício gratificante de dedicação e amor.

Humanizar é enxergar o próximo com os olhos do coração.

Humanizar é esmerar-se num ato de amor extremo ao próximo.

Humanizar é dedicar com o melhor de si a uma causa ou a alguém.

Humanizar é um ato de amor em que se doa pouco que por um milagre torna-se muito.

Humanizar é a forma de se aproximar da perfeição exalando amor e dedicação a alguém.

Humanizar é um afeto espontâneo em que o doador se sente bem e o receptor sente-se amenizado o seu infortúnio.

José Lins,(2011).

RESUMO

A hemodiálise é um procedimento de alto custo e complexidade que necessita de tecnologias avançadas e profissionais especializados, além de condições estruturais e organizacionais dos serviços, que tem como principal causa, as insuficiências renais. Este estudo teve como objetivo realizar uma abordagem teórica através de revisão de literatura sobre a importância da humanização na assistência da equipe de enfermagem frente aos pacientes hemodialíticos, destacando a necessidade da capacitação destes profissionais. Foi possível verificar que a hemodiálise é uma terapia em progressiva expansão, tendo em vista que a insuficiência renal crônica – IRC é considerada um importante problema médico e de saúde pública. Durante o tratamento os pacientes ainda apresentam vulnerabilidade emocional, devido ao alto risco que a IR representa. Diante desse cenário, destaca-se a necessidade da equipe de enfermagem estar capacitada para atuar de forma humanizada, para promover o cuidado adequado a este paciente. A humanização no atendimento hemodialítico significa uma melhoria na qualidade de vida do paciente, que teve sua vida transformada em consequência da enfermidade.

Palavras-chave: Hemodiálise, Enfermagem, Humanização.

ABSTRACT

Hemodialysis is a procedure of high cost and complexity that requires advanced technologies and skilled professionals, and structural conditions and organizational services, which has as its main cause, the kidney failure. This study aimed to conduct a theoretical approach through a review of literature on the importance of humanization in nursing staff compared to the hemodialysis patients, highlighting the need to train these professionals. It was noted that hemodialysis therapy is a progressive expansion, considering that chronic renal failure - CRF is considered an important medical and public health. During treatment, patients still have emotional vulnerability, due to the high risk that the IR represents. Given this scenario, there is the need for nursing staff to be able to act in a humane way to promote the proper care to this patient. Humanization in hemodialysis care means a better quality of life of the patient, who had their lives transformed as a result of illness.

Keywords: Hemodialysis, Nursing, Humanization.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DP - Diálise Peritoneal

DPA - Diálise Peritoneal Automatizada

DPAC - Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua

DPI - Diálise Peritoneal Intermitente

DRC - Doença Renal Crônica

FAEMA - Faculdade de Educação e Meio Ambiente

HD - Hemodiálise

IRA - Insuficiência Renal Aguda

IRC - Insuficiência Renal Crônica

IRCT - Insuficiência Renal Crônica Terminal

NTA - Necrose Tubular Aguda

PTH – Hormônio da Paratireóide

SUS – Sistema Único de Saúde

TFG - Taxa de Filtração Glomerular

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	12
2.1 OBJETIVO GERAL.....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
3 METODOLOGIA.....	13
3.1 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO.....	13
3.2 ANÁLISE E SELEÇÃO DOS ARTIGOS PERTINENTES AO TEMA.....	13
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	13
3.4 REDAÇÃO DA MONOGRAFIA.....	14
4 REVISÃO DELITERATURA.....	15
4.1 ANATOMIA, FISILOGIA E FISIOPATOLOGIA DO SISTEMA RENAL.	15
4.1.1 Insuficiência Renal Aguda.....	16
4.1.1.1 Insuficiência pré-renal.....	17
4.1.1.2 Insuficiência pós-renal.....	18
4.1.1.3 Necrose tubular aguda.....	19
4.1.2 Insuficiência Renal Crônica.....	19
4.2 DIÁLISE.....	21
4.2.1 Diálise Peritoneal.....	22
4.2.2 Hemodiálise.....	24
4.3 A ENFERMAGEM E A HUMANIZAÇÃO EM HEMODIÁLISE.....	27
4.3.1 O paciente em Processo de Tratamento.....	29
4.3.2 Capacitação dos Profissionais de Enfermagem.....	30
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	34

INTRODUÇÃO

A insuficiência renal impossibilita o desempenho eficaz da função renal, o que compromete a capacidade do rim em eliminar produtos residuais e regular o equilíbrio de fluídos. A insuficiência renal pode ser aguda ou crônica, na Insuficiência Renal Aguda (IRA) os rins podem parar de funcionar de maneira rápida, a rapidez se dá porque a função renal pára em algumas horas, em alguns casos é temporária, os rins podem voltar a funcionar após algumas semanas. Já os sinais e sintomas da Insuficiência Renal Crônica (IRC), aparecem quando a capacidade dos rins está reduzida a 25% do normal. (DUARTE, FARIA e RAIMUNDO, 2011).

Diante disso, é necessário recorrer a técnicas que substitua a função renal, o que pode ser feito de duas maneiras, através de um transplante renal ou através da diálise. A diálise consiste em um tipo de tratamento que visa repor as funções dos rins, através da qual, é possível reverter a situação de risco de vida imposta pela insuficiência renal. São conhecidos dois tipos principais de diálise: HD e DP. (ANDREOLI e NADALETTO, 2011).

A hemodiálise promove a retirada das substâncias tóxicas, como a água e os sais minerais do organismo através da passagem do sangue por um filtro, na maioria dos casos, é realizada três vezes por semana, com o auxílio de uma máquina, dentro de clínicas especializadas para este tratamento. Na diálise peritoneal é diferente, o procedimento pode ser feito na própria residência do paciente, ou ainda no local de trabalho, já que o processo de troca do banho de diálise é feito pelo paciente ou por algum familiar. (ANDREOLI e NADALETTO, 2011).

Quanto a escolha da técnica a ser utilizada pelo paciente, Andreoli e Nadaletto (2011) ressaltam que não existe um tipo de diálise melhor do que a outra, o que prevalece na escolha do tratamento é o quadro clínico e o estilo de vida do paciente, os tratamentos indicados são feitos pelo médico.

Durante o tratamento da DP a trombose da fístula é a complicação mais frequente e a modificação do local de punção para acesso vascular temporários é urgente, da veia subclávia para a jugular interna, sendo necessário a utilização de antibióticos e diagnóstico no manejo da infecção do acesso vascular. (NASCIMENTO et al, 1999). Já, no tratamento hemodialítico uma das principais

complicações é a hipotensão arterial que ocorre em até 20% das sessões. A velocidade da ultrafiltração e o volume ultrafiltrado são os principais envolvidos na hipotensão. (CASTRO, 2001).

Diante dessas complicações a atuação do enfermeiro, desde a monitorização, a detecção de anormalidades e a rápida intervenção é essencial para a garantia de um procedimento seguro e eficiente para o paciente. Como o enfermeiro é o profissional que assiste o paciente nas sessões de hemodiálise, deve estar apto à prontamente intervir e assim evitar outras potenciais complicações. (NASCIMENTO e MARQUES, 2005).

Durante o tratamento do paciente em hemodiálise o atendimento humanizado por parte da equipe de enfermagem é fundamental para obtenção de um bom resultado e proporcionar melhoria na qualidade de vida desse paciente. Assim, estudos que focam a humanização nos procedimentos hemodialíticos, são importantes não só com intuito de buscar informações pertinentes ao tema, mas também de se discutir ações em humanização visando melhorar a atenção aos pacientes hemodialíticos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar uma abordagem teórica através de uma revisão de literatura sobre a importância da humanização na assistência da equipe de enfermagem frente aos pacientes hemodialíticos, destacando a necessidade da capacitação destes profissionais.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar a anatomia, fisiologia e fisiopatologia do sistema renal;
- ✓ Relacionar os principais tipos de diálise;
- ✓ Descrever as principais causas que levam o paciente ao tratamento hemodialítico;
- ✓ Destacar a importância do profissional da enfermagem frente a humanização durante o tratamento hemodialítico;
- ✓ Caracterizar o paciente em processo de tratamento;
- ✓ Inferir sobre a importância da capacitação da equipe de enfermagem frente aos procedimentos com os pacientes hemodialíticos.

3 METODOLOGIA

O estudo foi realizado através de pesquisa bibliográfica, com a finalidade de encontrar respostas aos problemas formulados, por meio de consulta em livros, artigos, Internet, revistas e outros materiais impressos.

O estudo foi desenvolvido a partir de quatro etapas:

3.1 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio de consulta no acervo da biblioteca “Júlio Bordignon” da Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA), consulta eletrônica, utilizando os sites: Google acadêmico, SCIELO – *Scientific Electronic Library Online*, Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), Ministério da Saúde, Revista Medicina, Revista da Associação Médica Brasileira, Jornal Brasileiro de Nefrologia, dentre outros sites que tratam sobre o tema. Os descritores utilizados para elencar o material foram: humanização, hemodiálise, diálise peritoneal, e enfermagem.

3.2 ANÁLISE E SELEÇÃO DOS ARTIGOS PERTINENTES AO TEMA

Nessa fase, iniciou-se a exploração do material coletado, com o objetivo de definir, selecionar, ordenar e classificá-los segundo informações dos dados obtidos e analisando a consistência das informações apresentadas pelos autores.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão determinados foram: artigos publicados no período de 1999 a 2011 no idioma português, que tratam de: anatomia, fisiologia e fisiopatologia dos rins; insuficiência renal aguda; insuficiência renal crônica; diálise: diálise peritoneal e hemodiálise; a enfermagem frente à humanização em hemodiálise; o paciente em processo de tratamento; e, capacitação dos profissionais de enfermagem.

3.4 REDAÇÃO DA MONOGRAFIA

Os materiais utilizados já estavam selecionados possibilitando a redação do trabalho, que foi dividido em tópicos visando um maior conhecimento sobre os principais elementos que constituem a importância da humanização na assistência da enfermagem frente aos pacientes hemodialíticos.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 ANATOMIA, FISIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA DO SISTEMA RENAL

Os rins são órgãos em forma de feijão, com coloração vermelho-escuro. São pequenos e chegam a pesar aproximadamente 0,5% do peso corporal total. Recebem uma quantidade 20% (vinte por cento) do sangue bombeado pelo coração. (FREUDENRICH, 2011).

Segundo Romão Junior (2004), p. 1),

Os rins estão localizados na porção posterior do abdome e suas extremidades superiores estão localizadas na altura dos arcos costais mais inferiores (10ª a 12ª costelas torácicas). O rim direito quase sempre é menor e está situado um pouco abaixo do rim esquerdo. Os rins se movimentam (para baixo e para cima) de acordo com a respiração da pessoa. Os rins estão envolvidos por uma fina membrana, a chamada cápsula renal. Ao redor deles existe a gordura peri-renal e, acima, estão localizadas as glândulas supra-renais. No hilo renal entram e saem uma série de estruturas: a artéria renal, a veia renal, o ureter, os nervos renais e os vasos linfáticos renais. (ROMÃO JUNIOR, 2004, p. 1).

Através do fornecimento de sangue pra os rins, como destaca Romão Junior (2004), esses órgãos desempenham as seguintes tarefas, regular a composição sanguínea, manter a concentração constante dos vários íons e outras substâncias importantes, manter o volume de água constante do corpo, remover resíduos do organismo (uréia, amônia, drogas, substâncias tóxicas), manter a concentração constante de ácido/base sanguínea, ajudar a regular a pressão sanguínea, estimular a produção de glóbulos vermelhos e manter o nível de cálcio no organismo.

Assim, os rins são responsáveis pelo funcionamento adequado de vários órgãos do corpo humano, e o desempenho deficiente ou limitado desse órgão pode desencadear doenças graves à saúde.

Conforme aponta o Manual de Transplante Renal (2011, p. 5), os sinais e sintomas dessas doenças que prejudicam os rins geralmente são silenciosos, os rins podem perder sua função em até 80% (oitenta por cento), sem que existam muitos sintomas. Mas, é possível perceber os principais sinais que alertam o funcionamento inadequado dos rins, como: urinar várias vezes à noite, hipertensão, fraqueza, anemia e edema nos pés e no rosto.

Para solucionar as falhas dos rins existem duas alternativas, medidas medicamentosas e dietéticas, para os casos menos graves e substituição da função renal nos casos mais severos através de diálise crônica ou de realização de um transplante renal. (MANUAL DE TRANSPLANTE RENAL, 2011).

4.1.1 Insuficiência Renal Aguda

A insuficiência Renal Aguda (IRA) de acordo com Costa, Viera-Neto e Neto (2003, p. 307) pode ser definida como perda da função renal, de maneira súbita, independente da etiologia ou mecanismos, provocando acúmulo de substâncias nitrogenadas (uréia e creatinina), acompanhada ou não da diminuição da diurese.

Para Schell e Puntillo (2005, p. 385) a IRA, é uma deterioração aguda da função renal, manifestada por uma incapacidade para eliminar produtos residuais e regular o equilíbrio de fluidos.

Daher et al. (2009) caracterizam a IRA por uma deterioração na função renal que acontece no decorrer de horas a dias, resultando na falência dos rins em excretar produtos nitrogenados e em manter o equilíbrio hidroeletrólítico e ácido-básico.

Segundo Yu et al. (2001) IRA é,

A redução aguda da função renal em horas ou dias. Refere-se principalmente à diminuição do ritmo de filtração glomerular, porém ocorrem também disfunções no controle do equilíbrio hidro-eletrólítico e ácido-básico. Podem ocorrer alterações hormonais, como a deficiência de eritropoetina e de vitamina D1-3(D). (YU et al., 2001, p. 3).

A IRA resulta aproximadamente em 5% das hospitalizações e até 30% das internações em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e a Necrose Tubular Aguda (NTA) é responsável por mais de 50% da IRA em pacientes hospitalizados e em mais de 76% dos casos nos pacientes em UTI, sendo sepse a condição mais comumente associada, a prevalência de IRA varia de acordo com os valores de creatinina utilizados no diagnóstico em cada estudo e tem importante impacto na mortalidade. A sua incidência aumenta com a idade, sendo 3,5 vezes maior nos pacientes acima de 70 anos. (NUNES et al., 2010).

Moreira (2000) apresenta um levantamento das principais causas da insuficiência renal, dispostos pela proporção de casos: diabetes (33% dos casos), hipertensão arterial (27% dos casos), nefrites imunológicas (20% dos casos), infecção renal crônica (7% dos casos), lúpus eritematoso sistêmico, doenças hereditárias, rins policísticos e outras (13% dos casos).

Ao analisar as características da IRA, a idade e alteração de variáveis fisiológicas são mais prevalentes em pacientes de UTI, outra característica identificada é que pacientes oligúricos, com necessidade dialítica e menor índice de recuperação renal foram mais prevalentes na UTI e correlacionaram-se com maior mortalidade. (FERNANDES et al., 2009).

Balbi et al. (2005, p. 318) comentam que a mortalidade dos pacientes portadores de IRA permaneceu elevada nas últimas décadas, apesar dos avanços diagnósticos e terapêuticos ocorridos, mesmo com a utilização de novas técnicas de diálise e recursos nas UTIs, o prolongamento da vida do paciente com IRA não significou redução da mortalidade.

Os altos índices de mortalidade, conforme constatados em estudos, mostram que a sobrevivência ou morte dos pacientes em UTI dependem mais dos fatores relacionados ao paciente do que das formas de diálise empregadas. (COSTA, VIEIRA-NETO e NETO, 2003).

Nunes et al. (2010) ressaltam que as causas de IRA podem ser dividida em: pré-renal e pós-renal.

4.1.1.1 Insuficiência pré-renal

A IRA pré-renal, segundo Schor, Santos e Boim (2000, p. 1) é rapidamente reversível, se corrigida a causa, e resulta principalmente de uma redução na perfusão renal, causada por uma série de eventos que culminam, sobretudo com a redução do volume circulante efetivo do fluxo sanguíneo renal.

A insuficiência pré-renal é a causa mais comum de azotemia aguda em pacientes hospitalizados, em porcentagem que varia de 40% a 60% total de acometimentos por IRA. (COSTA, VIEIRA-NETO e NETO, 2003).

As principais causas da IRA pré-renal são a desidratação (vômito, diarreia, febre), uso de diuréticos e insuficiência cardíaca. (SCHOR, SANTOS e BOIM, 2000).

Além de outras causas como a hipovolemia, diminuição do débito cardíaco, vasodilatação periférica, vasoconstricção renal e algumas drogas. (COSTA, VIEIRA-NETO e NETO, 2003).

Na insuficiência pré-renal, o diagnóstico é muito importante, por ser reversível em um a dois dias, mas por outro lado, se houver persistência pode causar uma lesão denominada Necrose Tubular Aguda (NTA). (FIGUEIREDO, VIANA e MACHADO, 2008).

4.1.1.2 Insuficiência pós-renal

A incidência de insuficiência pós-renal é menor entre as causas de IRA, como indica para Costa, Viera-Neto e Neto (2003, p. 308), o percentual atinge aproximadamente de 2% a 4%, com possibilidades de maior índice na faixa etária mais avançada que pode atingir em torno de 10%, sendo importante diagnosticar logo, visto a capacidade de reversibilidade da insuficiência renal.

As principais causas da insuficiência pós-renal são a obstrução urinária total, pacientes com aumento de próstata, cálculos nos ureteres, uretra ou tumores infiltrados, podendo desenvolver oligúria. Desse modo, desenvolverá apenas uma lesão secundária dos rins se a obstrução não for aliviada imediatamente. A insuficiência pós-renal é menos frequente. (FIGUEIREDO, VIANA e MACHADO, 2008).

De acordo com Costa, Viera-Neto e Neto (2003) as causas da insuficiência renal são:

- a) Obstrução bilateral dos ureteres tumores da próstata e cérvix, fibrose retroperitoneal idiopática, hemorragia retroperitoneal, ligadura acidental durante cirurgias pélvicas;
- b) Obstrução bilateral dos ureteres (intraluminal) cristais de ácido úrico e sulfa, edema, coágulos, cálculos;
- c) Obstrução em bexiga hipertrofia da próstata, carcinoma de bexiga, infecção, neuropatia ou bloqueadores ganglionares;
- d) Obstrução uretral válvula congênita, estenose, tumor, funcional. (COSTA, VIEIRA-NETO e NETO, 2003, p. 308).

E a insuficiência pós-renal é caracterizada pela obstrução das vias urinárias, impedindo a passagem da urina, pode ocorrer na pelve renal, ureter, bexiga ou uretra. (ABC DA SAÚDE, 2011).

4.1.1.3 Necrose tubular aguda (NTA)

A Necrose Tubular Aguda (NTA) é a forma mais frequente de IRA em um hospital, sendo responsável por 70% dos casos, seguida da incidência de 10 a 20% devido a nefrites intersticiais agudas e de 1 a 10% devido ao restante. (COSTA, VIEIRA-NETO e NETO, 2003).

Santos et al. (2003), comentam sobre uma pesquisa realizada nos Estados Unidos a qual indica que dentre:

As etiologias de IRA renal, 62% são decorrentes de necrose tubular aguda consequente a causas isquêmicas (72%) e tóxicas (28%). As demais situações de IRA são motivadas por glomerulonefrites agudas (22%), nefrites intersticiais agudas (6%), necrose cortical (5%) e outras (5%). A principal apresentação clínica da NTA é oligúrica (74%), enquanto a forma não-oligúrica (26%) tem no uso de antibióticos o seu principal responsável (41%). A taxa de mortalidade média é significativamente mais alta (40%) na forma oligúrica do que na não-oligúrica (11 %), sendo que o óbito é oito vezes mais freqüente em pacientes com alguma complicação extra-renal quando comparados com aqueles não-complicados. (SANTOS et al. (2003, p. 391).

A NTA é caracterizada pela manutenção da insuficiência renal após correção de causas pré-renais e afastadas outras causas parenquimatosas e pós-renais, é provocada por hipoperfusão renal e por nefrotoxicidade e também por uma combinação entre as duas causas. A vasoconstrição renal também é um fator que contribui para o desenvolvimento da NTA, que pode comprometer a circulação em até 50%, causando dificuldade na liberação do oxigênio, agravando a isquemia. (BALBI et al., 2005).

4.1.2 Insuficiência Renal Crônica

A insuficiência renal crônica (IRC) segundo Bortolotto (2008) é definida por reduzida taxa de filtração glomerular (TFG), ou seja, quando a taxa for menor que 60 mL/min/1,73 m², por três meses ou mais, com ou sem lesão renal. Já a doença renal crônica (DRC) é definida por lesão renal caracterizada por alterações estruturais ou funcionais dos rins com ou sem redução da TFG, manifestadas por alterações patológicas ou indícios de lesão renal em exames de sangue, de urina ou de imagens.

O Ministério da saúde explica que, a IRC leva a alterações no metabolismo ósseo, que progridem devido ao declínio da função renal. Os níveis de cálcio e fósforo e de seus hormônios reguladores, hormônio da paratireóide (PTH) e calcitriol, são alterados por múltiplos fatores, mas principalmente pela diminuição da eliminação renal de fósforo (com consequente hiperfosfatemia), pela diminuição da produção do calcitriol pelo rim e pela hipocalcemia resultante dos dois processos. (BRASIL, 2010a).

A fase terminal de insuficiência renal crônica de acordo com Romão Junior (2004) consiste na fase da função renal em que os rins estão sem controle do meio interno, apresentando um grau de falência alterado, incompatível com a vida, nesta fase, o paciente encontra-se intensamente sintomático e suas opções terapêuticas são os métodos de depuração artificial do sangue (diálise peritoneal ou hemodiálise) ou o transplante renal.

A IRC é a incapacidade definitiva dos rins em manter suas funções básicas como: excreção de escórias nitrogenadas, regulação ácido básica e hidroeletrolítica além de sua função endócrina, isto é, uma diminuição lenta e progressiva da função renal que acarreta o acúmulo de produtos da degradação metabólica no sangue (azotemia). A lesão aos rins, causada por muitas doenças, pode levar a danos irreversíveis. (RIBEIRO, 2005).

Os fatores a serem considerados na análise sobre a IRC são diversos e devem contemplar a condição biológica existente, condição psicológica e social do paciente e os tratamentos utilizados, assim, será possível ter um conhecimento da condição atual da morbi-mortalidade relacionada com a doença, sendo válido também avaliar os aspectos epidemiológicos no Brasil. (MENDONÇA, 2007).

Desse forma, a partir desse levantamento amplo sobre os aspectos e incidências no país sobre a IRC é possível promover discussões que causem impacto na saúde pública assim como também a implementação de ações preventivas.

No Brasil, a partir dos dados dos Sistemas de Informações do SUS, estima-se que, em 2008 e 2009, respectivamente, 72.730 e 75.822 pacientes realizaram tratamento dialítico destes, cerca de 90% submeteram-se a hemodiálise. (BRASIL, 2010a).

A IRC é considerada um importante problema médico e de saúde pública, e o gasto com os programas de diálise e transplante renal é aproximadamente 1,4 bilhões de reais por ano. (BRASIL, 2010a).

A IRC é uma doença de elevada morbidade e mortalidade. A incidência e a prevalência da IRC em estado terminal (IRCT) têm aumentado progressivamente, a cada ano, em proporções epidêmicas, no Brasil e em todo o mundo. O custo elevado para manter pacientes em tratamento renal substitutivo (TRS) tem sido motivo de grande preocupação por parte de órgãos governamentais, que em nosso meio subsidiam 95% desse tratamento. (SESSO, 2011).

A despeito de inúmeros esforços para se coletar dados a respeito de pacientes com IRCT no Brasil, ainda não se tem um sistema nacional de registro que forneça anualmente dados confiáveis do ponto de vista epidemiológico. Além disso, o conhecimento de dados a respeito de pacientes com IRC em estado não avançado é ainda muito mais precário. (SESSO, 2011).

Essa insuficiência dos dados exatos que comprovam estatisticamente a incidência da IRC no Brasil ainda é limitada, e a prevalência da doença do metabolismo ósseo associada à IRC não está bem estudada. Contudo, as taxas que são destacadas em diversos estudos ao longo dos anos, indicam um aumento importante quando comparadas com as de outros períodos. (BRASIL, 2010a).

4.2 DIÁLISE

A diálise é o tratamento realizado para substituir algumas das funções dos rins, ou seja, retirar as toxinas e o excesso de água e sais minerais do organismo. (HERNANDES, 2011).

Os rins quando estão desenvolvendo suas funções, normalmente, filtram o sangue e eliminam juntamente com a urina os resíduos do metabolismo, essas toxinas, quando não são eliminadas, comprometem o funcionamento do organismo, desse modo, a insuficiência renal, seja aguda ou crônica desencadeia alterações no metabolismo, que colocam em risco a vida do paciente. É necessário, então, iniciar um tratamento recorrendo a métodos artificiais para filtrar o sangue até que os rins possam funcionar normalmente. (ANDREOLI e NADALETTO, 2011).

A diálise é uma técnica de substituição da função renal que se baseia na utilização de membranas semipermeáveis (barreira seletiva que permite apenas a passagem de algumas substâncias), através das quais é realizado o procedimento de filtração do sangue. (RIBEIRO, 2005).

Um percentual significativo dos pacientes em diálise compreende a faixa etária dos 60 anos ou mais, essa prevalência tende a ser aumentada considerando que a vida da população tem aumentado progressivamente nos últimos anos. Outro grupo que a cada dia apresenta um aumento expressivo de pacientes em diálise, são os diabéticos, embora tais pacientes por apresentarem diversas comorbidades morram de outras causas antes mesmo de atingir IRCT. (SESSO, 2011).

O tratamento de diálise vem ao longo do tempo evoluindo, antes se limitava a evitar a morte por hipovolêmia ou hipervolêmia, atualmente o tratamento tem como preocupação a reversão dos sintomas urêmicos, a redução do risco de mortalidade, a melhoria da qualidade de vida e a reintegração social do paciente. (RIELLA apud NASCIMENTO e MARQUES, 2005).

Durante o tratamento dialítico os pacientes desenvolvem a síndrome do desequilíbrio da diálise, que geralmente ocorre com os pacientes que iniciam o tratamento na infância ou naqueles pacientes de alto fluxo e alta eficiência (diálise curta). (CASTRO, 2001).

Essa síndrome também pode ocorrer em qualquer paciente e os principais sintomas são: cefaléia, náuseas, vômitos, tremores, confusão mental, delírio, convulsões e coma, a síndrome pode ser analisada durante ou após a diálise. (CASTRO, 2001).

Existem dois tipos de diálise: a diálise peritoneal (membrana peritoneal) e a hemodiálise (membrana artificial). Embora a diálise seja realizada com o objetivo de substituir a função do rim, isso não ocorre com perfeição, pois a diálise não consegue substituir a função hormonal e a atividade metabólica do mesmo. (GONÇALVES, 2011).

4.2.1 Diálise Peritoneal – DP

A primeira descrição de aplicação da DP ocorreu em 1923 por Georg Ganter, no entanto, foi em 1959 que a terapia em forma de diálise peritoneal foi

amplamente utilizada mundialmente. (ABENSUR, 2008).

A DP consiste em um dos tratamentos para o paciente IRC, durante esse procedimento dialítico é importante o envolvimento do paciente e de sua família para garantir melhores resultados no tratamento. (FIGUEIREDO, KROTH e LOPES, 2005).

Na DP os pacientes tendem a perder proteínas através da membrana peritoneal, para compensar essa perda, são liberadas proteínas para 1,2 a 1,5 g/kg/dia e quando ocorre o desenvolvimento de peritonite, a perda de proteínas pode elevar-se de em torno de 10 a 50 g/dia. (SWEARINGEN e KEEN, 2005).

Abensur (2008) ressalta que as principais modalidades de DP são a diálise peritoneal ambulatorial contínua – DPAC, que consiste em um método manual, feito através da infusão de 1,5 a 2,5 L de solução de diálise na cavidade peritoneal, que após algumas horas a solução é drenada, são realizadas de três trocas diurnas e uma troca noturna, o outro tipo de diálise é a diálise peritoneal automatizada - DPA, o procedimento é realizado através de uma máquina cicladora que é acoplada ao cateter peritoneal, a DPA é realizada de três a seis trocas a noite enquanto o paciente dorme.

Além das modalidades DPAC e DPA, têm ainda a diálise peritoneal intermitente – DPI, que é realizada por um período de dez a vinte e quatro horas, diversas vezes na semana, contudo, a diferença entre as três modalidades de diálise é o tempo de permanência do líquido infundido, porque os princípios técnicos são os mesmos. (MENDONÇA, 2007).

Abrahão et al. (2010) comentam que a partir da inovação tecnológica incorporada ao procedimento da diálise peritoneal foi proporcionado aos pacientes em tratamento maior segurança e conforto através da máquina cicladora automatizada – DPA, que podem ser realizados em domicílio, e que para isso é necessário um treinamento rigoroso ministrado pelas enfermeiras do serviço de nefrologia.

Os procedimentos são monitorados através de consultas mensais e visitas domiciliares, sendo que o paciente além do acompanhamento médico, tem a avaliação da nutricionista e da assistente social, durante o treinamento o paciente recebe informações de como cuidar do cateter, como e onde devem ser armazenados os materiais utilizados, os cuidados com o local onde será realizado o

tratamento e outras informações acerca das condutas específicas para conduzir o tratamento, porém, uma das preocupações nesses tratamentos em domicílio é o cuidado com a higienização do local e do paciente durante o procedimento. (ABRAHÃO et al., 2010).

Figueiredo, Kroth e Lopes (2005) argumentam que caso o paciente decida realizar a terapia de diálise peritoneal, primeiramente o paciente é avaliado quando a sua motivação e habilidade manual para aprender os auto cuidados necessários para realizar o procedimento. Caso o paciente demonstre capacidade para realizar a terapia, o mesmo é encaminhado ao treinamento, no qual terá simulações de troca de bolsas e os demais procedimentos do tratamento.

O treinamento pode ser realizado também por familiar ou amigo, porém é feito separadamente para evitar constrangimento ao paciente urêmico que devido seu estado apresenta limitações de memorização e desenvoltura no manuseio dos objetos. (FIGUEIREDO, KROTH e LOPES, 2005).

As vantagens da DP é que os equipamentos utilizados na realização do tratamento são simples, não sendo necessária a utilização de anticoagulantes sistêmicos, a sessão pode ser realizada por tempo prolongado, tendo em vista que sessões de diálise lenta apresenta menor risco de hipotensão e de rápidos deslocamentos hidroeletrólíticos, já em relação às desvantagens, as principais são: tempo prolongado, risco de peritonite, perda de proteínas e o desconforto do paciente. (SWEARINGEN e KEEN, 2005).

4.2.2 Hemodiálise – HD

Hemodiálise (HD) é o processo de filtração e depuração de substâncias indesejáveis do sangue, como a creatinina e a uréia, e é realizada em pacientes portadores de IRC ou IRA. (SÓ ENFERMAGEM, 2011, p. 9).

HD é um recurso amplamente utilizado no tratamento da insuficiência renal crônica (IRC), que vem progressivamente se expandindo como terapia entre os pacientes com insuficiência renal crônica. No entanto, é um procedimento de alto custo e complexidade, o que necessita de profissionais especializados, tecnologia avançada, além de exigir uma articulação entre os níveis secundário e terciário da assistência. (CHAVES et al., 2002).

Swearingen e Keen (2005) citam que entre as sessões de hemodiálise o paciente precisa observar algumas restrições da dieta, visto que:

Os principais produtos do metabolismo de proteínas e potássio e sódio acumular-se-ão por causa da incapacidade dos rins de excretar o excesso desses produtos. Logo, é necessário restringir a ingestão de proteínas para reduzir a quantidade de uréia gerada; restringir o potássio para prevenir a hipercalemia e restringir o sódio para prevenir a hipermatremia e sede intensa. As diretrizes recomendadas incluem proteínas 1 a 1,2 g/kg/dia; sódio 80 a 100 mEq/dia (individualizado) e potássio 40 a 80 mEq/dia (individualizado). (SWEARINGEN E KEEN, 2005, p. 488).

Entre os pacientes de HD a probabilidade de sobrevivência depende de diversos fatores, dentre os quais abrangem fatores geográficos, demográficos, sociais, econômicos, tecnológicos e psicológicos, e as condições estruturais, organizacionais dos serviços e a apresentação de outras doenças associadas também são relevantes, além disso, um dos fatores que exerce forte influência na mortalidade dos pacientes de HD é a idade avançada. (CHAVES et al., 2002).

A hemodiálise é realizada através de uma máquina e um dialisador, desse modo:

O sangue é retirado do organismo e levado até o dialisador para que seja filtrado e retorne ao organismo limpo. Esse processo é feito com a utilização de uma veia e uma artéria superficial que dá acesso ao sangue para purificação. Sua qualidade em relação à limpeza sanguínea é similar ao rim humano em funcionamento normal. A diferença entre esses é que o rim humano trabalha na purificação sanguínea o tempo todo enquanto a diálise é feita três vezes por semana com duração de quatro horas cada sessão. (CABRAL, 2011, p. 1).

As máquinas de hemodiálise têm diversos sensores que garantem a segurança e eficácia do procedimento, e os seus principais dispositivos são: monitor de pressão, temperatura, condutividade do dialisato, volume de ultrafiltração, detector de are outro componentes que tornam o procedimento seguro. (SWEARINGEN e KEEN, 2005).

Swearingen e Keen (2005) apresentam um comparativo entre as terapias diálise peritoneal e hemodiálise (Quadro 1).

DIÁLISE PERITONEAL	HEMODIÁLISE
Rota de Acesso	
Cateter peritoneal, que pode ser usado imediatamente.	Cateter na subclávia, jugular ou femoral os quais podem ser usados imediatamente ou fístula arteriovenosa, que deve ser usada após 30 dias de sua confecção.
Membrana semipermeável	
Peritônio: aproximadamente 2,2 m ² (área total disponível para difusão de solutos).	Acetato de celulose: 1 a 2 m ² ou polissulfona ou poliamida. As áreas também são mais variadas.
Movimento molecular	
Difusão por um gradiente de concentração.	Difusão por um gradiente de concentração.
Remoção de água	
Pressão osmótica. Usando alta concentração de glicose.	Pressão hidrostática (gradiente de pressão através de membrana).
Duração	
12 a 24 ciclos/dia. DP intermitente (DPI); 4 a 5 ciclos/dia ambulatorial contínua (DPAC); à noite, máquina de ciclo contínuo (DPCC) 4 a 5 ciclos/noite.	4 h. e/semana: máximo de ¾ h/dia.
Eficiência	
Difusão lenta: menos eficiente que hemodiálise.	Alta eficiência.
Risco de infecção	
Alto.	Mais baixo do que com o método peritoneal.
Maior problema	
Desenvolvimento de peritonite.	Pode não se tolerado pelo paciente com instabilidade hemodinâmica.

Fonte: Adaptado de Swearingen e Keen (2005, p. 484)

Quadro 1: Comparação de terapias de substituição renal

As principais vantagens da HD como método de terapia de substituição renal, é a sua eficiência, o tratamento é realizado em curtos períodos, porém são frequentes. Se necessário, o equilíbrio de líquidos e químicos pode ser alterado rapidamente. Porém, as desvantagens se caracterizam pela necessidade de equipamento especial e equipe treinada. Na maioria das vezes é necessária heparinização. Possibilidades de desequilíbrio a partir de deslocamentos de líquidos e bioquímicos rápidos demais. Possível dificuldade em manter acesso vascular. Perda de sangue, necessitando de eventual transfusão. (SWEARINGEN e KEEN, 2005).

Diante das constantes dificuldades inerentes ao processo de substituição da função renal, o paciente tende a se tornar emocionalmente sensível devido aos riscos de vida causados pela insuficiência renal aguda ou crônica, isso requer da equipe profissional uma preparação adequada para lidar com tais conflitos e administrar as complicações que surgem durante o tratamento com o paciente. (WILLIG, LENARDT e TRETINI, 2006).

Durante o processo de tratamento da hemodiálise a enfermagem é o grupo profissional que atua diretamente com os pacientes, principalmente quando ocorrem possíveis complicações, neste sentido, é importante que a equipe de enfermagem esteja sempre atualizada e capacitada apta à transmitir maior segurança e confiança aos pacientes. (NASCIMENTO e MARQUES, 2005).

4.3 A ENFERMAGEM FRENTE À HUMANIZAÇÃO EM HEMODIÁLISE

A humanização no âmbito da saúde é uma iniciativa recente, o Sistema Único de Saúde – SUS criou em 2003, a Política de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH), uma iniciativa inovadora que tem por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde, um desafio para os profissionais de saúde, visto que na perspectiva da humanização implica em novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, de novas éticas no campo do trabalho, incluindo aí o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho. (BRASIL, 2010b).

A humanização hospitalar pode ser motivada por muitas considerações: terapêuticas, financeiras, religiosas, humanitárias e éticas, e um ambiente agradável pode tornar a recuperação do paciente mais rápida, uma vez que o paciente precisa se sentir valorizado enquanto pessoa. (MARTIN, 2006).

Rios (2009) ressalta que atualmente o tema humanização tem sido abordado com frequência nos serviços públicos de Saúde, nos textos oficiais e nas publicações da área da Saúde, ainda que o processo de humanização busca recuperar os valores humanos esquecidos, ou prejudicados em tempos de enfraquecimento da ética. No tocante as relações, a perda de suportes sociais e éticos, somada ao modo individualista de ser, cria as condições para a intolerância à diferença, e o outro é passa a ser uma ameaça e não um parceiro ou aliado.

A humanização e cuidado são indissociáveis, humanizar é a prática do humano, dessa maneira é próprio do ser humano visar o bem-estar da humanidade, tanto individual como coletivamente, isso é o verdadeiro sentido de humanizar. (CORBANI, BRÊTAS e MATHEUS, 2009).

A humanização representa a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão. (BRASIL, 2004).

Quando se fala em atendimento humanizado, logo se pensa em um processo que viabilize à pessoa que está vivenciando aquele momento difícil enfrentar positivamente os desafios inerentes ao tratamento da enfermidade. Para tanto, é necessário um olhar diferenciado para si próprio e para o outro, um encontro harmonioso entre cuidador e o ser cuidado. (CARVALHO et al., 2005).

No caso dos pacientes hemodialíticos a necessidade de um atendimento humanizado é ainda maior, devido a vulnerabilidade causada pela doença. No entanto, a prestação de cuidados tão específicos leva ao estresse os profissionais de enfermagem, sendo comum a mecanicidade presente no tratamento hemodialítico, no qual o enfermeiro coloca o paciente na máquina, aperta o botão e supervisiona seu funcionamento. Para humanizar este atendimento é imprescindível que ocorram mudanças pessoais, profissionais e institucionais, principalmente por parte da instituição, uma mudança na política de valorização profissional. (WILLIG, LENARDT e TRETINI, 2006).

Santos, Campos e Mendes (2009), concordam quanto ao ambiente da hemodiálise causar um estresse contínuo, tanto na equipe de enfermagem, quanto nos pacientes hemodialíticos, gerando atitudes inadequadas de ambos os lados que dificultam as relações entre paciente e equipe de enfermagem. Sendo válido considerar que para o paciente renal crônico é imposto confiar sua vida a uma máquina, ser plenamente dependentes de um procedimento, de um recurso médico ou da equipe médica, isso favorece a manifestações de alto estresse.

Diante disso, a humanização do atendimento de enfermagem ao paciente hemodialítico tem por finalidade a melhoria do bem estar, o prolongamento da

sobrevida destes pacientes com maiores chances de qualidade de vida e a contribuição para uma rotina mais agradável durante o tratamento. (SANTOS, CAMPOS e MENDES, 2010).

Esse processo entre cuidador e o ser cuidado é caracterizado na relação entre o profissional de enfermagem e o paciente. Bedin, Ribeiro e Barreto (2004) observam que a enfermagem é uma profissão que se desenvolveu através dos séculos, mantendo uma estreita relação com a história da civilização, neste contexto, tem um papel preponderante por ser uma profissão que busca promover o bem estar do ser humano, considerando sua liberdade, unicidade e dignidade, atuando na promoção da saúde, prevenção de enfermidades, no transcurso de doenças e agravos, nas incapacidades e no processo de morrer.

O papel da enfermagem frente ao processo de hemodiálise caracteriza essa relação direta com o paciente, e com isso é necessário que esse profissional esteja capacitado para atendê-lo com a atenção que a situação requer, uma vez que nesses tratamentos os pacientes apresentam uma maior vulnerabilidade em decorrência da enfermidade.

4.3.1 O Paciente em Processo de Tratamento

O paciente em processo de tratamento, conforme indica Carvalho et al. (2005), fica fragmentado e despersonalizado e os profissionais de saúde identificam o paciente não por seu nome, mas por sua patologia e pelo o número do leito, desse modo, os procedimentos alcançam uma maior eficiência e o conhecimento sobre o que sente o ser cuidado é substituído por equipamentos de alta tecnologia. Em muitos casos os atendimentos são automatizados e a comunicação com o paciente é cada vez mais limitada, já que os aparelhos tecnológicos apontam com precisão os dados sobre a enfermidade, entretanto, alguns procedimentos como imaginar-se no lugar do outro ainda é uma ferramenta imprescindível para que as ações implementadas atinjam às necessidades daquele que está sendo cuidado.

O ser humano atualmente convive com uma ambivalência sobre o que significa o cuidado, promover o bem estar pode ser caracterizado pelo significado de ter, possuir coisas, as pessoas são mais individualistas, o cuidar pode ser compreendido como um modo de sobrevivência, por outro lado tem o cuidar como

uma forma de se relacionar, mas, em muitos casos esse relacionamento pode se transformar em algo difícil, já que se vive um paradoxo, a hostilidade, o ódio, a violência, a desonestidade e o medo convivem com a solidariedade, a afetividade, o amor, a luta pela paz, pelo respeito, e pela esperança. (WALDOW, 2008).

Diante deste contexto, a humanização tem como objetivo mostrar para o profissional de enfermagem que por trás de cada paciente existe um ser humano que precisa entender o que está acontecendo com ele naquele momento, o que muitas vezes o torna sensível, apreensivo e com medo.

A situação em que se encontra os profissionais da saúde podem ser definida como os profissionais da doença, nesse sentido, a maior preocupação deles é tratar a sintomatologia do indivíduo sem dar muita atenção para o aspecto pessoal do paciente, logo, a humanização durante o processo de tratamento se torna inexistente. (CARVALHO et al., 2005).

A humanização nos atendimento de saúde para ser efetivamente implementada, o profissional de enfermagem deve ter algum conhecimento de si mesmo e de seu modo de ser e agir frente às situações e impasses do seu ofício. O ideal pessoal, o que deseja de si mesmo como profissional a partir de sua história, seus valores, emoções, preconceitos, variáveis que inclusive podem mudar frente às diferenças das pessoas envolvidas nessas relações. (RIOS, 2009).

4.3.2 Capacitação dos Profissionais de Enfermagem

Corbani, Brêtas e Matheus (2009) advertem que para humanizar é necessário primeiro capacitar os profissionais de enfermagem, para que esses possam enxergar o outro como a si mesmo, estabelecer numa relação de reciprocidade, desse modo, o outro deixa de ser uma soma de qualidades ou tendências ou apenas um meio de sobrevivência e passa-se a compreendê-lo em sua totalidade, daí é só lhe dar forma, descobrir, conduzir, surgindo então o verdadeiro cuidado

No caso da HD os pacientes necessitam de profissionais de enfermagem capacitados, pois de acordo com Santos, Ferreira e Brasileiro (2010) é preciso instruções prévias, e o fato dos pacientes serem forçados a lidar com uma doença que representa um alto risco à vida, isso promove uma mudança radical no modo de

vida desses pacientes, o que geralmente ocasiona um estado emocional de vulnerabilidade.

Assim, durante o tratamento o paciente requer cuidados de enfermagem experientes, a fim de evitar as complicações renais, os estresses e a ansiedade para lidar com a doença e o suporte emocional por parte da equipe de enfermagem é fundamental no enfrentamento das diversas alterações vivenciadas pelo paciente. (SANTOS, FERREIRA e BRASILEIRO, 2010).

A equipe de enfermagem deve estar capacitada para avaliar as necessidades do paciente, sendo capaz de planejar e supervisionar a evolução do tratamento, que pode ser possível através do envolvimento paciente/enfermagem, diante disso, a enfermagem por ter um contato direto com o paciente, lhes é exigido um tratamento humanizado, que leve em consideração a fragilidade que o paciente se encontra. (WILLIG, LENARDT e TRETINI, 2006).

Nesse processo é essencial ouvi-lo para recolher informações que possam auxiliar no tratamento, uma vez que cuidar do outro requer um conhecimento e envolvimento profundo por parte do cuidador em relação à pessoa que é cuidada, é entender a linguagem do outro, linguagem na maior amplitude possível, o que resulta numa interação eficaz. (WILLIG, LENARDT e TRETINI, 2006).

Diante disso, a HD conforme ressalta Pasqual (2004) é uma terapia que não cura a insuficiência renal, mas ajuda a preservar a vida, até que surja um tratamento melhor ou até que as condições clínicas ou psicológicas do paciente declinem para a sua finitude, que é algo concreto na existência humana. Contudo, essa situação, exige da equipe de enfermagem se fazer presente e ajudar no processo de transição vida-morte, o que é difícil, em virtude da formação recebida, pois os currículos da área da saúde não contemplam adequadamente as condições de cronicidade, não preparam o profissional para viver situações limitantes, nem tampouco para ajudar o outro, mostrar-lhe que pode ter uma vida normal, a partir do momento em que aceite sua condição de cronicidade e aprenda a conviver com as limitações impostas pela doença.

Assim, para os profissionais de enfermagem que atuam no tratamento de paciente em hemodiálise se mostra imprescindível a capacitação, para que possam desenvolver suas atividades com equilíbrio emocional que a situação requer, visto que lidar com pessoas que estão na iminência de morrer é sempre um desafio, a

falta de preparo numa situação dessas tornaria os procedimentos durante o tratamento ainda mais complexos.

É possível identificar que alguns profissionais de enfermagem desempenham com eficiência seu papel de cuidar do paciente, transcendendo a dimensão técnica, perpassando pelo cuidar como estabelecimento de relação terapêutica e de confiança. Para os pacientes em tratamento hemodialítico, ser cuidado significa estabelecer relacionamento interpessoal, aderir ao tratamento e ter sua vida prolongada, sendo evidente a relevância do papel de cada componente da tríade: paciente, profissionais e máquina, para a eficácia do tratamento. (RODRIGUES e BOTTI, 2009).

Apesar do processo de HD demandar conhecimento técnico e apresentar certa complexidade, com capacitação específica é possível que os profissionais de enfermagem possam dispensar aos pacientes hemodiáliticos um tratamento humanizado. (RODRIGUES e BOTTI, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo sobre a importância da humanização da assistência de enfermagem frente aos pacientes hemodialíticos mostrou que a insuficiência renal tem como principais causas a hipertensão arterial e a diabetes. O número de pacientes em tratamento hemodialíticos tem aumentado progressivamente. Contudo a situação se torna mais agravante para os pacientes que já estão com idade mais avançada e muitas vezes não resistem ao tratamento.

Os pacientes hemodialíticos, conforme constatado na revisão literária mostram-se emocionalmente abalados durante o tratamento, devido a insuficiência renal representar um risco de morte. No entanto, são diversos os fatores que influenciam no resultado do tratamento, dentre esses, fatores sociais, psicológicos, econômicos, familiares, geográficos, dentre outros. Visto que tais fatores promovem condições favoráveis ao paciente frente ao tratamento, contudo o paciente pode apresentar desestabilidade emocional o que dificulta o êxito dos procedimentos hemodialítico.

Diante disso, torna-se evidente a importância do profissional de enfermagem estar capacitado para lidar com situações de alto estresse emocional, ansiedade e o medo que o paciente convive nesses momentos. Contexto que requer um atendimento humanizado, sendo necessário, saber ouvir e entender o estado físico e emocional que o paciente hemodialítico está enfrentando. Desse modo, o enfermeiro pode auxiliar não somente com os procedimentos técnicos, mas com atendimento humanizado, mostrando ao paciente sua importância como ser humano, uma vez que nesses procedimentos hemodialíticos os pacientes muitas vezes são despersonalizados, são chamados por números de leitos e pela enfermidade, por facilitar o desempenho das atividades das equipes de enfermagem.

Assim, o estudo mostrou que a humanização é primordial para o atendimento do paciente hemodialítico e a equipe de enfermagem são os profissionais que mantêm um contato direto com o paciente, o que requer capacitação e preparo para lidar com diferentes situações possibilitando solucionar complicações inerentes aos procedimentos hemodialíticos.

REFERÊNCIAS

ABENSUR, Hugo. Uso da diálise peritoneal em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. **Revista Brasileira Hipertensão**, 2008, p.162-165. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/15-3/11-dialise.pdf>>. Acesso em: 29/06/2011.

ABC DA SAÚDE. **Insuficiência renal aguda (IRA)**. Disponível em:<<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?267>>. Acesso em: 30/06/2011.

ABRAHÃO, Sarah Silva et al. Estudo descritivo sobre a prática da diálise peritoneal em domicílio. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 32 n.1, Jan./Mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002010000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 30/06/2011.

ANDREOLI, Maria Claudia Cruz. NADALETTO, Marco Antônio. **Diálise**. Disponível em: <<http://198.106.86.84/Publico/dialise.htm>>. Acesso em: 30/06/2011.

BALBI, André Luis. Mortalidade e prognóstico específico em pacientes com insuficiência renal aguda. **Revista da Associação Médica Brasileira**, UNESP, Botucatu, SP, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v51n6/27532.pdf>>. Acesso em: 23/06/2011.

BEDIN, Eliana; RIBEIRO, Luciana Barcelos Miranda; BARRETO, Regiane Ap. Santos Soares Barreto. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, 2004. Disponível em:<www.fen.ufg.br>. Acesso em: 30/06/2011.

BORTOLOTTO, Luiz Aparecido. Hipertensão arterial e insuficiência renal crônica. **Revista Brasileira Hipertensão**, v.15, n.3, p. 152-155, 2008. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/15-3/09-hipertensao.pdf>>. Acesso em: 30/06/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____, Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. **Portaria SAS/MS nº 69, de 11 de fevereiro de 2010a.** osteodistrofia Renal. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf>>. Acesso em: 30/06/2011.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

CABRAL, Gabriel. **Hemodiálise.** Disponível em:<<http://www.brasilecola.com/doencas/hemodialise.htm>>. Acesso em: 30/06/2011.

CARVALHO, Ariana Rodrigues Silva et al. **Cuidado e humanização na enfermagem: reflexão necessária.** 2º seminário nacional estado e políticas sociais no Brasil. Unioeste, out. de 2005. Disponível em: <<http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/trabalhos/saude/msau16.pdf>>. Acesso em: 30/06/2011.

CASTRO, Manoel Carlos M. de. **Atualização em diálise:** complicações agudas em hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, 2001. Disponível em:<<http://128.241.200.137/23-2/v23e2p108.pdf>> Acesso em: 28/06/2011.

CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi et al. Estudo da sobrevida de pacientes submetidos a hemodiálise e estimativa de gastos no município de Ribeirão Preto-SP. **Revista da Escola de Enfermagem**, USP, São Paulo, v. 36, n.2, jun. 2002. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30/06/2011.

COSTA, José Abrão Cardeal da; VIEIRA-NETO, Osvaldo Merege; NETO, Miguel Moysés. Insuficiência renal aguda. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, p. 307-324, 2003. Disponível em:<http://www.fmrp.usp.br/revista/insuficiencia_renal_aguda.pdf>. Acesso em: 27/06/2011.

CORBANI, Nilza Maria de Souza; BRÊTAS, Ana Cristina Passarela; MATHEUS, Maria Clara Cassuli. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? . **Revista Brasileira de Enfermagem.** v.62 n.3, Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000300003&script=sci_arttext>. Acesso em: 29/06/2011.

DAHER, Elizabeth De Francesco. et al. Insuficiência renal aguda por picada de abelhas: relato de casos. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.**

v.42 n.2 Uberaba, 2009. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-24&lng=pt&nrm=iso>.
 Acesso em: 24/06/2011.

DUARTE, Célia Scapin; FARIA, Iolanda Mello de; RAIMUNDO Michelle Carvalho.
Retrato da insuficiência renal em Torres. Disponível em:<
<http://revista.ulbratorres.com.br/artigos/artigo04.pdf> >. Acesso em: 24/06/2011.

FERNANDES, Natália Maria da Silva. Uso do escore prognóstico APACHE II e ATN-ISS em insuficiência renal aguda tratada dentro e fora da unidade de terapia intensiva. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.55 n.4, São Paulo, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br> >. Acesso em: 24/06/2011.

FERREIRA, Viviane; ANDRADE, Denise de. Cateter para hemodiálise: retrato de uma realidade. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, p. 582-588, 2007. Disponível em:<
http://www.fmrp.usp.br/revista/2007/vol40n4/ao4_cateter_hemodialise_retrato_uma_realidade.pdf>. Acesso em: 22/06/2011.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; VIANA, Dirce Laplaca; MACHADO, William César Alves. **Tratado prático de enfermagem.** São Caetano do Sul, SP : Yendis Editora, 2008.

FIGUEIREDO, Ana E; KROTH, Leonardo V; LOPES, Maria Helena I. **Diálise peritoneal: educação do paciente baseada na teoria do autocuidado.** Porto Alegre: PUCRS, v. 15, n. 3, jul./set. 2005. Disponível em: <
<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/1567/1170>>. Acesso em: 30/06/2011.

FREUDENRICH, Craig C. **Como funcionam os rins.** Disponível em:
<http://saude.hsw.uol.com.br/rins.htm> >. Acesso em: 24/06/2011.

GONÇALVES, Fábio. **Hemodiálise.** Disponível em: <
<http://pt.scribd.com/doc/2373797/Hemodialise>>. Acesso em:30/06/2011.

HERNANDES, Fabiana. **Minidicionário do paciente renal: tratamento conservador.** Disponível em:
 <http://www.sbn.org.br/leigos/pdf/Mini_dicio_trat_conservador.pdf>. Acesso em: 28/06/2011.

MANUAL de transplante renal. **Associação Brasileira de Transplante de Órgãos**. Disponível em: <<http://www.abto.org.br>>. Acesso em: 24/06/2011.

MARTIN, Leonard M. A ética e a humanização hospitalar. *In*: PESSINI, Leo. BERTACHINI, Luciana. **Humanização e cuidados paliativos**. 3 ed. São Paulo: Loyola, 2006.

MENDONÇA, Danielle de Paula. **Qualidade de vida dos portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise**. Universidade Católica de Goiás, 2007. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/58323533/1/Epidemiologia-da-insuficiencia-renal-cronica-no-Brasil>>. Acesso em: 22/06/2011.

MOREIRA, João César Mendes. **Retrato da Insuficiência Renal no Brasil**. Disponível em: <<http://boasaude.uol.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=3858&ReturnCatID=1741>>. Acesso em: 24/06/2011.

NASCIMENTO, Marcelo Mazza do. et al. Avaliação de acesso vascular em hemodiálise: um estudo multicêntrico. **Jornal Brasileiro Nefrologia**, 1999. Disponível em: <<http://128.241.200.137/21-1/v21e1p022.pdf>>. Acesso em: 30/06/2011.

NASCIMENTO, Cristiano Dias; MARQUES, Isaac R. Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, p. 719-722, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a17v58n6.pdf>>. Acesso em: 28/06/2011.

NUNES Tiago F. et al. Insuficiência renal aguda. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, 2010. Disponível em: <<http://www.fmrp.usp.br/revista>>. Acesso em: 24/06/2011.

PASQUAL, Daisy Doris. **O cuidado nas unidades de hemodiálise segundo a percepção dos enfermeiros**. Curitiba, 2004. Disponível em: <http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/1631/dissrt_banca%201.pdf?sequence=2>. Acesso em: 24/06/2011.

RIBEIRO, Aline Pacolla de Lima. **Seminário: insuficiência renal**. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.capsursos.com.br/docs/Aline%20TPM7.pdf>. Acesso em 24/06/2011.

RIOS, Izabel Cristina. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão**. São Paulo: Áurea Editora, 2009.

RODRIGUES, Tatiana Aparecida; BOTTI, Nadja Cristiane Lappann. **Cuidar e o ser cuidado na hemodiálise**. p. 528-530, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/15.pdf>>. Acesso em: 24/06/2011.

ROMÃO JUNIOR, João Egidio. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 26, n. 3, 2004. Disponível em: <http://www.transdoreso.org/pdf/doenca_renal.pdfm>. Acesso em: 24/06/2011.

_____. **Os rins e suas doenças**. Sociedade Brasileira de Nefrologia. 2004. Disponível em: <<http://saude.hsw.uol.com.br/rins.htm>>. Acesso em: 24/06/2011.

SANTOS, Oscar F. P. dos. et al. Insuficiência Renal Aguda. *In*: RIELLA, Miguel Carlos. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2003.

SANTOS, Sebastião Francisco dos; FERREIRA, Cristiane Luisa; BRASILEIRO, Marislei Espíndula. O papel do enfermeiro frente ao paciente com hipertensão arterial na hemodiálise. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**, 2010. Disponível em: <<http://www.cpgls.ucg.br/pdf>>. Acesso em: 23/06/2011.

SANTOS, Amanda Freire Silva; CAMPOS, Lorena Guimarães; MENDES, Jenine de Oliveira. **Atuação da enfermagem frente à humanização do atendimento aos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise**. Estácio, 2010. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/52293256/>>. Acesso em: 30/06/2011.

SCHOR, Nestor; SANTOS, Oscar Fernando Pavão dos; BOIM, Mirian Aparecida. **Insuficiência Renal Aguda**. Guia prático de urologia. 2000. Disponível em: <http://www.transdoreso.org/pdf/Insufici%EAncia_Renal_Aguda.pdf>. Acesso em: 24/06/2011.

SCHELL, Hildy M; PUNTILLO, Kathleen A. **Segredos em enfermagem na terapia intensiva**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

SESSO, Ricardo. **Epidemiologia da doença renal crônica no Brasil e sua prevenção**. Disponível em: <ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/cronicas/irc_prevprof.pdf> Acesso em: 24/06/2011.

SÓENFERMAGEM. **Hemodiálise.** Disponível em: <www.soemfermagem.net/hemodialise.pdf> Acesso em: 28/06/2011.

SWEARINGEN, Pamela L; KEEN, Janet Hicks; **Manual de enfermagem no cuidado crítico: intervenções em enfermagem e problemas colaborativos.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

YU L. et al. **Diagnóstico, Prevenção e Tratamento da Insuficiência Renal Aguda.** Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2001. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/068.pdf>. Acesso em: 23/06/2011.

WALDOW, Vera Regina. **Atualização do cuidar,** p. 85-96, 2008. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/741/74108109.pdf>>. Acesso em: 30/06/2011.

WILLIG, MH; LENARDT, MH; TRENTINI, M. Gerenciamento e cuidado em Unidades de Hemodiálise. **Revista Brasileira Enfermagem,** p. 177-182, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n2/a11.pdf>>. Acesso em: 30/06/2011.