

**INSTITUTO NACIONAL DE ENSINO E PESQUISA
CENTRO DE CAPACITAÇÃO EDUCACIONAL
PÓS-GRADUAÇÃO EM NEFROLOGIA**

ANA TERCIA AMARAL FERREIRA LIMA

**PERCEPÇÃO DOS PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL
CRÔNICA SOBRE O TRATAMENTO HEMODIALÍTICO: UMA
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

RECIFE
2014

ANA TERCIA AMARAL FERREIRA LIMA

**PERCEPÇÃO DOS PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL
CRÔNICA SOBRE O TRATAMENTO HEMODIALÍTICO: UMA
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Monografia apresentada ao Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa e Centro de Capacitação Educacional como parte das exigências para conclusão do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Nefrologia.

Orientadora: Prof. Dr^a Ana Marcia Tenório de Souza Cavalcanti

Recife
2014

L732p

Lima, Ana Tercia Amaral Ferreira, 1975-

Percepção dos pacientes com insuficiência renal crônica sobre o tratamento de hemodialítico : uma revisão bibliográfica / Ana Tercia Amaral Ferreira Lima. – Recife : Ed. do Autor, 2014.
29f.

Orientadora: Profª. Dra. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti.

Monografia (Curso de Pós-graduação Lato Sensu em Nefrologia) – Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa, Centro de Capacitação Educacional.

Resumo em português e inglês.

Inclui referências.

1. INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA – TRATAMENTO. 2. HEMODIÁLISE – PACIENTES – CUIDADO E TRATAMENTO. 3. INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA – ENFERMAGEM. 4. HEMODIÁLISE – PACIENTES – ASPECTOS PSICOLÓGICOS. 5. ENFERMEIROS E PACIENTES – ASSISTÊNCIA MÉDICA. 6. HEMODIÁLISE – PACIENTES – QUALIDADE DE VIDA. 7. RINS – DOENÇAS – PESQUISA. I. Cavalcanti, Ana Márcia Tenório de Souza. II. Título.

CDU 616.61

CDD 616.61

PeR – BPE 14-476

ANA TERCIA AMARAL FERREIRA LIMA

**PERCEPÇÃO DOS PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL
CRÔNICA SOBRE O TRATAMENTO HEMODIALÍTICO: UMA
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Monografia apresentada ao Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa e Centro de Capacitação Educacional, submetida e aprovada pela Banca Examinadora:

Prof. Dr^a Ana Marcia Tenório de Souza Cavalcanti
Orientadora

Ma. Maria da Penha Carlos de Sá
Avaliadora

Recife
2014

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado a oportunidade de estar no mundo. Aos meus Pais e familiares, pelo amor, carinho, compreensão e respeito. Em especial a minha família e amigos e a constante orientação e dedicação da minha orientadora.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre a percepção dos pacientes com doença renal crônica em hemodiálise, como forma de subsidiar a atuação dos enfermeiros para a promoção da educação em saúde. Nesta revisão, buscaram-se artigos indexados nas bases eletrônicas National Library of Medicine e Scielo (Scientific Electronic Library Online), publicados na língua portuguesa entre o ano de 1998 a 2013. A revisão foi restrita aos artigos publicados relacionados. Sendo utilizados 20 estudos para análise nesta revisão. Foram identificadas alterações no convívio social, devido às limitações físicas, restrições dietéticas e hídricas, por apresentarem uma doença crônica com prognóstico incerto e por terem que ficar por muito tempo à disposição das sessões de hemodiálise. Para muitos isso acarretou mudanças sociais e econômicas decorrentes. Observa-se que a resposta psicológica a um processo patológico varia de pessoa para pessoa. Para muitos, a insuficiência renal e o tratamento hemodialítico representam diversas alterações. O profissional de enfermagem por ser embasado em conhecimentos científicos deve utilizar-se de seu papel educador para conscientizar seus pacientes de suas restrições e atribuições no tratamento, estimulando mudanças no comportamento, prevenindo assim, as potenciais complicações, pois a educação em saúde é uma estratégia que deve ser amplamente empregada nas sessões de diálise, tendo em vista a importância do controle de peso interdialítico e da alimentação na prevenção de intercorrências e melhora da qualidade de vida destes pacientes.

Descritores: Hemodiálise. Percepção dos Pacientes. Enfermagem

ABSTRACT

The present study aimed to conduct a literature review on the perceptions of patients with chronic kidney disease on hemodialysis as a way to subsidize the activities of nurses to promote health education. In this review, were sought articles indexed in the electronic databases National Library of Medicine and SciELO (Scientific Electronic Library Online), published in the English language between the years 1998 to 2013. The review was restricted to articles published related. Being used 20 studies for analysis in this review. Changes in social interaction were identified, due to physical limitations, dietary and fluid restrictions, having a chronic disease with an uncertain prognosis and because they have to stay long at the disposal of the hemodialysis. For many it brought social and economic changes arising. It is observed that the psychological response to a pathological process varies from person to person. For many, renal failure and hemodialysis represent several changes. The nursing professional to be grounded in scientific knowledge should be used for their education role to educate their patients of their duties and restrictions on treatment, encouraging changes in behavior, thus preventing potential complications because health education is a strategy it should be widely used in the dialysis sessions, taking into account the importance of interdialytic weight control and nutrition in preventing complications and improving quality of life of these patients.

Keywords: Hemodialysis. Patient perception. nursing

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 OBJETIVO	11
3 REVISÃO DA LITERATURA	12
3.1 Insuficiência Renal Crônica	12
3.2 Tipos de Tratamento para Insuficiência Renal Crônica	14
3.3 Alterações no Estilo de Vida dos Pacientes em Tratamento Hemodialítico	17
4 METODOLOGIA.....	18
5 DISCUSSÃO E RESULTADOS	24
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

A nefropatia crônica é a perda da função dos rins. A doença renal crônica (DRC) piora lentamente com o tempo. Nos primeiros estágios, pode ser assintomática. A perda de função em geral demora meses para ocorrer. Ela pode ser tão lenta que os sintomas não aparecem até que o funcionamento dos rins seja menor que um décimo do normal.

O estágio final da doença renal é chamado de falência renal crônica. Os rins já não funcionam e o paciente necessita de diálise ou de um transplante de rim.

Seu tratamento é conhecido como Terapia Renal Substitutiva, sendo ela a responsável pela manutenção da vida dos portadores de Doença renal Crônica. A Terapia Renal Substitutiva visa “substituir” os rins que perderam sua função de filtrar as substâncias tóxicas retidas no organismo e de eliminá-las por meio da urina. Há várias causas que podem afetar os rins e provocar perda permanente de sua função, instalando-se o que chamamos de “insuficiência renal crônica”. Existem três opções de tratamento quando há doença renal crônica: transplante renal, diálise peritoneal e hemodiálise. O sucesso da Terapia Renal Substitutiva depende da qualidade dos cuidados que é prestada pela equipe de saúde e da estreita relação entre o paciente e o profissional. A Terapia Renal Substitutiva integra diversos tratamentos que estão interligados, exigindo atuação de especialistas de várias áreas do campo da saúde. As modalidades de tratamento podem ser: Hemodiálise: Tratamento conservador, tratamento dialético e transplante.

De acordo com Castro; Gross (2013) esses procedimentos possibilitam prolongar a vida dos pacientes, por meio da manutenção do estado de cronicidade, muito embora interfiram na qualidade de sua vida e na certeza de que não há cura.

O tratamento em hemodiálise é realizado com o auxílio de uma máquina chamada rim artificial, dentro de clínicas especializadas para este tipo de tratamento. É feita, comumente, três vezes por semana, com duração média de quatro horas cada sessão (pode haver variações neste tempo de acordo com altura, a idade condições clínicas, a alimentação e ingestão de líquidos) (MADEIRO *et al.*, 2010).

Segundo o Censo Brasileiro de Diálise - SBN de 2011, a cada ano cerca de 20 mil brasileiros precisam iniciar tratamento dialítico. As taxas de morbidade e mortalidade são elevadas e, além disso, a doença tem impacto negativo sobre a qualidade de vida relacionada à

saúde, que é a percepção da pessoa sobre a sua saúde por meio de uma avaliação subjetiva de seus sintomas, satisfação e adesão ao tratamento.

Os pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico, podem apresentar uma pronunciada redução de sua qualidade de vida. A detecção precoce da insuficiência renal e a adoção de condutas terapêuticas apropriadas podem retardar a progressão da doença, melhorar a qualidade de vida dos pacientes e diminuir os custos relacionados à insuficiência renal crônica (ROBERTO *et al.*, 2008).

A doença crônica normalmente exige um tratamento permanente, por isso é necessário que o indivíduo cultive hábitos e atitudes que promovam a consciência para o autocuidado. Portanto, aderir ao tratamento, é imprescindível para o controle de uma doença crônica e o sucesso da terapia proposta (MAGALHÃES *et al.*, 2009).

A questão da adesão ao tratamento tem sido muito discutida e estudada por profissionais de saúde. O conceito tradicional refere-se à situação na qual o comportamento do paciente corresponde às recomendações médicas, sendo avaliada pelo comparecimento às consultas marcadas, obediência às prescrições ou pelas mudanças de estilo de vida (MAGALHÃES *et al.*, 2009).

Atualmente percebem-se mudanças quanto à compreensão da aderência ao tratamento. Nesta perspectiva, o seu conceito caracteriza-se como um processo no qual os sujeitos envolvidos são influenciados por vários fatores que determinam a sua continuidade ou descontinuidade. Assim, a adesão ao tratamento está relacionada aos fatores comportamentais como percepção e formas de enfrentamento das adversidades, e com fatores externos como problemáticas de vida e redes de apoio (ROBERTO *et al.*, 2008).

. Existem inúmeros fatores que podem interferir no fato do indivíduo aderir ou não ao tratamento. A pouca adesão resulta na falha terapêutica, principalmente nas doenças infectocontagiosas e nas doenças crônicas. Por esse motivo, existe grande preocupação por parte dos profissionais para o indivíduo seguir o tratamento proposto, já que a não-adesão afeta sua qualidade de vida e também a assistência prestada. A questão da adesão ao tratamento pode ser visualizada de forma pessimista ao considerar que nenhum paciente é capaz de uma adesão perfeita e que o normal é não aderir (BRANCO; LISBOA, 2008).

Os fatores que podem afetar a qualidade de vida e sua adesão ao tratamento está o grau de conhecimento dos pacientes sobre sua patologia. Este tema ainda é um aspecto do tratamento que tem sido negligenciado e pouco estudado. Há necessidade de uma abordagem multidisciplinar, na qual a vivência de cada paciente, seus valores, crenças e práticas culturais

sejam reconhecidas e abordadas. Nesse sentido, a educação em saúde é relevante para o êxito no tratamento dos pacientes (ROBERTO *et al.*, 2008).

Dentre os fatores que podem afetar a qualidade de vida e sua adesão ao tratamento está o grau de conhecimento dos pacientes sobre sua patologia. Este tema ainda é um aspecto do tratamento que tem sido negligenciado e pouco estudado. Há necessidade de uma abordagem multidisciplinar, na qual a vivência de cada paciente, seus valores, crenças e práticas culturais sejam reconhecidas e abordadas (TERRA *et al.*, 2010).

A educação em saúde é relevante para o êxito do tratamento e na prevenção de suas complicações. Verificar o grau de conhecimento de pacientes sobre sua patologia pode proporcionar medidas efetivas para melhorar o benefício da terapêutica. Portanto, o objetivo do presente estudo foi avaliar o grau de Percepção sobre hemodiálise dos pacientes com insuficiência renal crônica, bem como averiguar possíveis fatores interferentes neste conhecimento.

2 OBJETIVO

Realizar uma revisão bibliográfica sobre a percepção do paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico, como forma de subsidiar a atuação dos enfermeiros para a promoção da educação em saúde.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Insuficiência Renal Crônica

A Insuficiência renal crônica consiste em lesão renal e perda progressiva e irreversível das funções renais. Em sua fase mais avançada os rins não conseguem manter a normalidade. A insuficiência renal crônica é dividida em seis estágios funcionais de acordo com o grau de função renal do paciente. Estes estágios compreendem desde a fase onde os indivíduos não apresentam lesão renal e mantêm sua função renal normal, porém se encaixam dentro do grupo de risco, até a fase cinco que inclui o indivíduo com lesão renal e insuficiência renal terminal ou dialítica, a insuficiência renal crônica é definida pela filtração glomerular abaixo de 15 ml/min (CESARINO GASAGRANDE, 1998).

A insuficiência renal crônica é uma doença que ocasiona situações estressantes para o paciente, além de gerar novos fatores estressores, incluindo: tratamento, mudanças no estilo de vida, diminuição da energia física, alteração da aparência pessoal e novas incumbências. Esses fatores exigem que o paciente estabeleça estratégias de enfrentamento para aderir às novas condições de vida (CESARINO; CASAGRANDE, 1998).

Atualmente a insuficiência renal crônica emerge como um sério problema de saúde pública em todo o mundo, sendo considerada uma epidemia de crescimento alarmante. No Brasil, segundo o censo 2008 da Sociedade Brasileira de Nefrologia, há 684 Unidades Renais Cadastradas ativas na SBN, dentre essas, 310 declararam oferecer Programa Crônico Ambulatorial de Diálise, atendendo 41.614 pacientes. Somente na região Nordeste, há 7.948 pessoas em tratamento dialítico (MEIRELES; GOES; DIAS, 2004).

Sesso & Gordan (2007), afirmam que a IRC tem elevada morbidade e mortalidade. A incidência e a prevalência da Doença Renal em Estágio Terminal (DRET) 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. Em janeiro de 2006 estimava-se terem sido gastos R\$ 1,9 bilhões no tratamento de pacientes em diálise crônica e com transplante renal.

Terra *et al.*, (2010) descrevem que entre as manifestações clínicas mais importantes desta doença estão relacionadas com os sintomas. A fraqueza, adinamia e fadiga queixas de prurido, edema, anorexia, náuseas e vômitos são sintomas iniciais que se agravam com a

relação dos níveis de azotemia, dispneia progressiva, dor retroesternal pode estar presente devido à pericardite, nictúria, dor, dormência e câimbras nas pernas, impotência, perda da libido, irritabilidade fácil e incapacidade de concentração.

Segundo Meireles; Goes; Dias o sistema urinário desempenha vários papéis essenciais para a homeostasia corporal normal. Essas funções compreendem a formação de urina; excreção de produtos residuais; regulação da excreção de eletrólitos, ácidos e água; e auto-regulação da pressão arterial.

O primeiro estágio se apresenta com uma reserva renal diminuída onde há uma perda de 40 a 75% da função dos nefros, e em geral, o paciente não apresenta sintomas porque os néfrons remanescentes são capazes de realizar as funções normais do rim. O segundo estágio é conhecido como Insuficiência Renal, onde 75 a 90% da função do néfrons foram perdidos. (Roberto, 2005).

No segundo estágio a creatinina e a uréia séricas aumentam, o rim perde sua capacidade de concentrar a urina e a anemia se desenvolve. O paciente pode reportar poliúria e nictúria. O terceiro estágio, denominado de doença renal em estágio terminal (DRET), acontece quando existe menos de 10% dos néfrons funcionando normalmente. Todas as funções reguladoras, excretoras e hormonais normais do rim, estão gravemente prejudicadas. A DRET é evidenciada por níveis séricos elevados de uréia e creatinina, bem como por desequilíbrios eletrolíticos. Quando o paciente alcança esse ponto, a diálise está geralmente indicada. Muitos dos sintomas de uremia são reversíveis com a diálise.

Segundo Madeiro *et al.*, (2010) nas formas avançadas de IRC, todos os órgãos e tecidos sofrem seus efeitos. Ocorre um acúmulo de substâncias tóxicas no meio interno, seja por excreção deficiente, seja por excesso de produção devido a distúrbios metabólicos. A insuficiência renal crônica acarreta diversas alterações, entre elas anasarca, ósseas, alterações da acuidade mental, ritmo do sono, alterações da pressão intra-ocular, cardíacas e hipertensão.

3.2 Tipos de Tratamento para Insuficiência Renal Crônica

Como opções de tratamento para insuficiência renal crônica, têm-se o transplante renal e os processos dialíticos, dentre eles a hemodiálise, a diálise peritoneal intermitente (DPI), a diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) e a diálise peritoneal automática (DPA). Todas têm por objetivo manter a homeostase do organismo e proporcionar uma melhor qualidade de vida ao indivíduo (ROBERTO *et al.*, 2005).

As indicações para o começo da terapia dialítica incluem a deterioração da qualidade de vida com fadiga, insônia, fraqueza, prurido e desnutrição progressiva manifestada por anorexia, diminuição acentuada do peso e queda da albumina sérica. O início relativamente precoce da diálise permite ao paciente uma ingestão maior de proteínas e calorias que podem afetar, significativamente, sua sobrevida (ROCHA; WEISS, 2006).

Dentre as diferentes modalidades de terapia de substituição renal, a mais utilizada é a hemodiálise, que é considerada um procedimento complexo, no qual, a adequação de materiais e equipamentos, o preparo e a competência técnico-científica dos profissionais que dele participam são muito importantes para evitar riscos e garantir melhores resultados na manutenção da vida do paciente e de seu relativo bem-estar. O tratamento hemodialítico é responsável por um cotidiano monótono e restrito, e as atividades desses indivíduos são limitadas após o início do tratamento, favorecendo o sedentarismo e a deficiência funcional, fatores que refletem na qualidade de vida (MENDONÇA, 2007).

Os pacientes ficam dependentes da máquina de hemodiálise para sobreviver, pois elas realizam a função do rim danificado filtrando e eliminando as impurezas do sangue como uréia, creatinina e excesso de líquidos. Ao entrar no programa de hemodiálise, é preciso o acesso à circulação sanguínea do paciente, por meio do qual o sangue é removido, sendo mandado para o hemodialisador, depurado e, então retornando ao paciente. Para se obter o acesso é necessário uma pequena cirurgia, que consiste na realização de uma anastomose entre uma artéria e uma veia. Também chamada de Fístula - Artéria Venosa. (MENDONÇA, 2007).

Tal procedimento implicará num grande aumento de fluxo sanguíneo, na veia anastomosada, necessário para a eficiência do processo de trocar que fazem parte da depuração artificial. A diálise funciona nos princípios de osmose, difusão e ultrafiltração, sendo a osmose o movimento de líquido (solvente) através de uma membrana semipermeável, vindos de uma área de menor para outra de maior concentração. A osmose livra o plasma do excesso de líquido (TERRA, 2007).

A difusão é o movimento de partículas através de uma membrana semipermeável, de uma solução de maior para uma área de menor concentração. A difusão livra o plasma de substâncias como uréia, creatinina e ácido úrico presente em grandes concentrações no plasma. A ultrafiltração é um mecanismo que ocorre quando as moléculas de água, impulsionadas pela força hidrostática ou osmótica são empurradas através de uma membrana semipermeável (TERRA, 2007).

De acordo com Araújo; Pereira; Anjo (2009) o programa da hemodiálise pode ser realizado de várias maneiras. A mais comum é realizada em um setor hospitalar, unidade de diálise e supervisionado por uma equipe especializada. Em média, cada sessão de hemodiálise tem duração de 4 horas, três vezes por semana.

A equipe de saúde deve ficar atenta para algumas complicações que podem ocorrer nos pacientes tais como: sangramento, hipotensão, síndrome do desequilíbrio, febre, calafrios, náuseas, vômitos e hipertensão. Estas alterações que foram citadas fazem parte de um processo de deterioração que faz parte da vida de uma pessoa com insuficiência renal crônica (ARAÚJO; PEREIRA; ANJO, 2009).

Contudo o processo da doença renal pode ser amenizado, se o paciente mantiver um comportamento que vise sua preservação, chamado de autocuidado. Acredita-se que o paciente que realiza adequadamente seu autocuidado retarda os efeitos causados pela hemodiálise, além de ter uma sobrevida maior ROBERTO *et al.*, 2008.

O conhecimento contribui para o uso correto da medicação, controle da ingestão hídrica e de sódio, assiduidade nas sessões de hemodiálise, cuidados com a fístula arteriovenosa – FAV, como lavar bem o local, não dormir sobre o braço, não realizar esforço excessivo com este membro e fazer uso de calor no local da fístula arteriovenosa entre uma sessão e outra apesar das várias inovações tecnológicas incorporadas ao procedimento hemodialítico, os estudos brasileiros não demonstram melhora da sobrevida dos pacientes portadores de insuficiência renal crônica na última década. Segundo Maldaner *et al.*, (2008)

Terra *et al.*, (2010) Barbosa relatam que para evitar e diminuir os sintomas e complicações de IRC, o paciente precisa ser submetido a alguns tratamentos, que dependerão da evolução da doença, sendo que inicialmente ele poderá ser apenas conservador, por meio de terapêutica medicamentosa e dietética. A diálise (terapia renal substitutiva) será necessária quando os medicamentos, dieta e restrição hídrica se tornarem insuficientes. Por fim, o paciente terá a possibilidade de submeter-se a um transplante renal.

Segundo Magalhães *et al.*, (2009) a pessoa portadora de uma doença crônica se depara com uma realidade quase sempre difícil de ser aceita por ela: o ser doente. O fenômeno adoecer significa estar em contato com o que a doença traz; conviver com ela e até mesmo esperá-la “sumir”, como um milagre.

3.3 Alterações no Estilo de Vida dos Pacientes em Tratamento Hemodialítico

A doença renal reduz acentuadamente o funcionamento físico e profissional e a percepção da própria saúde e tem um impacto negativo sobre os níveis de energia e vitalidade, o que pode reduzir ou limitar as interações sociais e causar problemas relacionados à saúde mental do indivíduo (PASCOAL *et al.*, 2009).

O tratamento hemodialítico é responsável por um cotidiano monótono e restrito, e as atividades desses indivíduos são limitadas após o início do tratamento, pois necessita do suporte formal de atenção à saúde, ou seja, vive dependente da equipe de saúde, da máquina e do suporte informal para ter o cuidado necessário, o que favorece o sedentarismo e a deficiência funcional, fatores que refletem na qualidade de vida (BRANCO; LISBOA, 2010).

De acordo com Terra *et al.*, (2010) toda rotina de vida do paciente é modificada em função das limitações impostas pelo tratamento da doença, e traz mudanças que incluem restrições alimentares, dificuldades para manter-se no emprego, diminuição das atividades sociais, dificuldade de comunicação entre os membros da família, preocupações com os mais jovens, principalmente, com casamento, procriação e desejo sexual, limitação da expectativa de vida, demonstrando depressão e medo da morte por ser um renal crônico.

Estas modificações impulsionam o paciente renal à adoção de um modo de viver diferente, que inclui a dependência ao tratamento ambulatorial e auxílio constante. Para a equipe saúde, torna-se necessário estabelecer relações fundamentais na confiança e compreensão. Caso contrário, a falta de aderência ao tratamento é um complicador adicional no âmbito da qualidade de vida do portador de doença renal crônica (MANIVA; FREITAS, 2010).

A qualidade de vida desses pacientes pode ser alterada pela severidade dos sintomas da doença por intercorrências clínicas ou complicações paralelas, quantidade de medicação exigida para aliviar os sintomas e alteração da vida social, devido a restrições sofridas na vida cotidiana impostas pela condição crônica. Além disso, se estabelece uma relação de dependência a uma máquina, a uma equipe especializada e à obrigatoriedade de aceitar e assumir um esquema terapêutico para a manutenção da vida.

Segundo Silva *et al.*, (2011) a pessoa que vivencia um desequilíbrio em seu estado de saúde, como a doença renal crônica, vê-se constantemente em perigo de perder sua integridade tanto física como psíquica, ou seu lugar na família e na sociedade, em decorrência das alterações em suas funções orgânicas. E, por sua vez, também sofre um processo de

desajuste em sua forma de organização e em suas funções, pois passa a ter que adaptar ao tratamento.

Sendo assim, Souza (2012) ressalta a importância de conhecer a percepção do paciente portador de doença renal crônica, uma vez que a condição da doença crônica e do tratamento hemodialítico são fontes de estresse e podem ocasionar problemas como isolamento social e emocional, perda do emprego, limitações da atividade física, necessidade de adaptação á perda da autonomia, alterações da imagem corporal e ainda um sentimento de medo de morrer.

Para Ribeiro *et al.*, (2013) o enfermeiro como coordenador da equipe deve coordenar a assistência prestada, identificando as necessidades individuais de cada cliente, proporcionando meios de atendimento que visem uma melhor adequação do tratamento, garantindo assim uma qualidade de vida melhor, aproveitando todos os momentos para criar condições de mudanças quando necessário. A prática do cuidar personalizado está diretamente ligada à qualidade da assistência prestada, e uma das formas de alcançar este objetivo é através do processo de enfermagem.

4 METODOLOGIA

Este trabalho é o resultado de uma pesquisa bibliográfica, pelo fato de ter sido. Por essa razão, trata-se de uma metodologia que buscou descrever as teorias e os conceitos publicados em livros e obras congêneres, a partir dos quais foram levantados e discutidos conhecimentos disponíveis na área, identificando, analisando e avaliando sua contribuição para auxiliar e compreender o objeto de investigação (SANTANA; FONTANELLE; MAGALHÃES, 2013).

Nesta revisão, buscaram-se artigos indexados nas bases eletrônicas National Library of Medine e Scielo (Scientific Electronic Library Online), publicados na língua portuguesa entre o ano de 1998 a 2013. A revisão foi restrita aos artigos publicados relacionando a Percepção dos pacientes portadores de insuficiência renal crônica em programa hemodialítico.

Após a leitura detalhada de cada artigo, a autora construiu as suas sínteses, a partir das suas características e da análise da essência de cada um deles. O instrumento para a coleta de dados foi composto pelas características de identificação do pesquisador e dados de identificação dos artigos e a síntese de cada um deles.

Os dados coletados neste estudo foram apresentados expõe as características dos artigos capturados, tais como ano de publicação, número de autores e os títulos dos periódicos consultados, tipo do estudo, objetivo, amostra, local da sua realização, tipo de instrumento utilizado bem como seus principais resultados e conclusões.

Para a análise dos dados, foram extraídas informações específicas de cada artigo referente à população do estudo, a prevalência do distúrbio, à exposição aos riscos, à localização anatômica dos sinais e dos sintomas do desfecho, à necessidade de afastamento do trabalho e ao local da realização do estudo. Os dados analisados foram tabulados e apresentados por meio dos valores em frequências absolutas e relativas.

5 RESULTADOS E DISCUSÃO

A revisão da literatura foi realizada considerando os trabalhos científicos que atenderam os critérios para inclusão da pesquisa. Os resultados do estudo de revisão estão apresentados em frequências absolutas e relativas, conforme as tabelas a seguir.

Tabela 1. Distribuição das principais características dos artigos selecionados- Recife, Janeiro-2014.

Variáveis	n=20	%
Ano		
1998	01	5,0
2004	01	5,0
2005	01	5,0
2006	01	10,0
2007	02	10,0
2008	02	10,0
2009	03	15,0
2010	04	20,0
2011	01	10,0
2012	01	5,0
2013	03	15,0
TOTAL	20	100,0

De acordo com a tabela 1, é possível identificar que o ano de 2010, foi o mais prevalente n=04; 20,0% em número de artigos relacionados ao tema, seguido pelo ano de 2009; 2013 com n=03; 15,0% e pelos anos de 2006, 2007, 2008, 2011 respectivamente com n=02; 10,0%.

Tabela 2- Distribuição das publicações de acordo com número de autores, Recife, Janeiro, 2014.

Número de Autores	n=20	%
1 autor	04	20,0
2-3 autores	11	55,0
Mais de 4 autores	05	25,0
TOTAL	20	100,0

Observou-se na tabela 2, uma maior proporção de artigos com 2 a 3 autores n=11; 55,0%, seguido por n=5; 25,0% composto por mais de quatro autores e n=04; 20,0% composto somente por um autor.

Tabela 3- Distribuição das publicações de acordo com a titulação do primeiro autor, Recife, Janeiro, 2014.

Titulação do 1º Autor	n=20	%
Especialistas	07	35,0
Mestres	10	50,0
Doutores	03	15,0
Não informado	-	-
TOTAL	20	100,0

Quanto à formação do primeiro autor, n=10; 50%, dos artigos eram de autoria de mestres em enfermagem, pois se trata de uma pesquisa relativa a esta profissão e, sendo assim, fato explicado em virtude de que estes termos, entende-se que seja impossível que a assistência de enfermagem seja prestada por qualquer outra pessoa que não seja o profissional enfermeiro, uma vez que o próprio Ministério da Saúde regulamentou esta prática e há necessidade da presença constante do enfermeiro dessa atividade.

Tabela 4- Distribuição das publicações por periódicos indexados nas bases de dados em saúde, Recife, Janeiro, 2014.

A grande maioria das publicações foi extraída da Revista Brasileira de Enfermagem, com n=06; 30,0% dos trabalhos, seguido pelas Revista Brasileira de Medicina e Revista da Escola de Enfermagem da USP com n=03; 15,0% respectivamente.

Título dos Periódicos	n=20	%
Revista de Enfermagem de Maringá	02	10,0
Revista Brasileira de Enfermagem	06	30,0
Revista Brasileira de Medicina	03	15,0
Revista da Escola de Enfermagem da USP	03	15,0
Boletim de Saúde	02	10,0
Revista Latino Americana de Enfermagem	02	10,0
Revista Eletrônica de Enfermagem	02	10,0
TOTAL	20	100,0

Tabela 5 – Distribuição das Percepções dos Pacientes com Insuficiência Renal Crônica em Tratamento Hemodialítico através periódicos indexados nas bases de dados em saúde, Recife, Janeiro, 2014.

Variáveis	n=20	%
Percepção		
Causas da IRC	06	30,0
Tratamento Hemodialítico	05	25,0
Limitações do Tratamento	04	20,0
Possibilidades	03	15,0
Transplante Renal	02	10,0
TOTAL	20	100,0

Através da tabela 5, é possível identificar que entre as temáticas que mais se destacaram em relação a percepção e ao conhecimentos dos pacientes em tratamento hemodialítico destacaram-se a etiologia da doença com n=06; 30,0%, seguido pelas duvidas que o tratamento de hemodiálise n=05;25,0%, suas limitações n=04; 20,0%, possibilidades n=03;15,0% e o transplante renal com n=02;10,0% dos estudos selecionados.

De acordo com Cesarino; Casagrande (1998) as principais causas de IRC são o DM (1/3 dos pacientes) e HAS (1/4 dos pacientes). Outras causas comuns são ainda as glomerulopatias, a doença renal policística, malformação, doenças hereditárias e doenças autoimunes. Meireles; Goes; Dias (2004) acrescentam que as glomerulonefrites foram ao passado a causa mais comum de IRC. Na atualidade o DM e a HA tornaram-se as principais causas de IRC, provavelmente em consequência do tratamento mais agressivo das glomerulonefrites e devido às mudanças na aceitação, por parte dos pacientes, de programas para IRC terminal. Assim Roberto *et al.*, (2005) ressaltam que as causas da IRC vão desde as doenças primárias dos rins, às doenças sistêmicas que acometem os rins e às doenças do trato urinário., HAS e glomerulonefrite primária são as causas mais comuns da IRC ao redor do mundo. As glomerulopatias crônicas e a HAS constituíram as principais causas de IRC da população em diálise no Brasil, mostram que as principais causas de IRC em pacientes que iniciaram tratamento dialítico são DM e a HAS, sendo a incidência norte-americana para as duas causas, respectivamente de 33,2% e 24,0%, estima-se que mais de cinco milhões de brasileiros tenham DM e que outros oito milhões sejam portadores de HAS.

Neste estudo as principais causas de IRC foram nefrosclerose hipertensiva, DM e glomerulonefrite, dados idênticos aos da literatura encontrada. As doenças associadas mais prevalentes na população estudada foram HAS e DM. Na literatura, mais de 30% dos pacientes que iniciam diálise são diabéticos. A morbidade e mortalidade são substancialmente maiores em pacientes diabéticos do que nos demais pacientes não diabéticos, sendo as

doenças cardiovasculares e as infecções as principais causas de morte. A HAS È também uma causa importante de morbidade e mortalidade que acelera a aterosclerose e precipita complicações relacionadas ao aumento da pressão ROCHA, WEISS (2006); MENDONÇA (2007); TERRA (2007).

Em relação ao tratamento hemodialítico Roberto *et al.*, (2008) descrevem que ao necessitar de hemodiálise, o paciente se defronta com situações reais que estarão presentes ao longo do tratamento. Essas situações talvez durem o resto da vida, caso não seja submetido a um transplante renal. Maldaner *et al.*, (2008) enfatizam que pacientes em diálise levam uma vida altamente anormal, dependente de uma máquina, de uma equipe, além da exposição a outros fatores estressantes.

A depressão é um distúrbio muito freqüente, que pode ocorrer em resposta a uma perda real e ameaçadora, manifestando-se por meio de humor depressivo, desesperança e auto-imagem ruim. Terra (2007)

Estudos realizados por Araujo; Pereira; Anjos (2009) revelaram que os pacientes sentem-se felizes ao serem apoiados por sua rede social. A hemodiálise produz muitas vezes efeitos indesejáveis com náuseas, cefaleia e outros, porém, esses pacientes superam seu desconforto por reconhecerem que este tratamento é uma forma de mantê-los vivo.

Pressupõe que um maior conhecimento sobre a DRC, as necessidades de bem-estar e o tratamento para esse agravo possibilite ao cliente, entendimento e aceitação, contribuindo para uma maior adesão às intervenções terapêuticas, diminuição das intercorrências durante o procedimento dialítico e, conseqüentemente para a promoção de sua qualidade de vida, mesmo convivendo com a do cliente renal crônico necessita perceber e entender a importância deste tratamento para a manutenção da sua vida, e este processo será facilitado quando ele aderir ao tratamento, o que significa incorporá-lo ao seu cotidiano, estando atento às orientações da equipe multiprofissional e evitando faltar às sessões de hemodiálise para que não ocorram complicações futuras (MAGALHÃES *et al.*, 2009; PASCOAL *et al.*, 2009; BRANCO; LISBOA, 2010).

Entre as limitações impostas pelo tratamento de hemodiálise Terra *et al.*, (2010) ressaltam que o paciente com IRC, em programa de hemodiálise, é conduzido a conviver diariamente com uma doença incurável que o obriga a uma forma de tratamento dolorosa, de longa duração que provocam, juntamente com a evolução da doença e suas complicações ainda maiores limitações e alterações de grande impacto, que repercutem tanto na sua própria qualidade de vida quanto na do grupo familiar. Já Maniva; Freitas (2010) ressaltam o tempo

gasto com o tratamento também é visto como fator complicador, pois, para alguns clientes, as atividades profissionais podem ficar prejudicadas, repercutindo diretamente na condição financeira familiar e, em alguns casos, até mesmo na vida social devido à influência na realização de algumas atividades cotidianas.

Madeiro *et al.*, (2010) acrescenta A diminuição do convívio social se deve às restrições impostas pelo tratamento, e muitas vezes o paciente deixa de participar de festas, eventos esportivos. Surgem-lhe muitas dúvidas em decorrência de o quadro clínico ser imprevisível e por ele não saber se conseguirá ou não brevemente um transplante e se suportará fazer diálise por muito tempo.

Entre as possibilidades Silva *et al.*, (2011) descrevem que o paciente começa a se sentir inútil, devido à dependência dos familiares, da equipe de saúde e dos medicamentos. Ocorre diminuição da libido e impotência, intensificando a perda da autoestima. Sentimentos como preocupação com a procriação e o casamento (idéia de não poder ter filhos), medo de ser abandonado pelo cônjuge e medo da morte, colaboram para o agravamento do quadro clínico.

Souza (2012) A ansiedade do paciente é freqüente, pois a doença é percebida como ameaça à vida e à integridade corporal e como interrupção do meio de sobrevivência, prejudicando a sua identidade de autoridade muitas vezes necessária ao bem-estar e trazendo incerteza acerca do seu futuro.

Castro; Gross (2013) descrevem que o tempo gasto no processo de hemodiálise acarreta ruptura do cotidiano do indivíduo com IRC, visto que a permanência e de aproximadamente 4 horas para a execução da HD gerando um desgaste físico e emocional por ter cotidiano quase todo preenchido com atividades ligadas à doença, como por exemplo, consultas médicas, sessões de HD três vezes por semana, dietas e a impossibilidade de execução de atividades que requeiram muito esforço, dessa forma dificultando o desempenho normal de suas atividades ocupacionais.

Os problemas socioeconômicos foram os mais apontados nos depoimentos dos sujeitos envolvidos na pesquisa, demonstrando que, em certos momentos eles comprometem seu tratamento e sua saúde, objetivando a manutenção de seus empregos e o cumprimento das obrigações familiares. Tais situações geram a não adesão ao tratamento, comprometendo a manutenção da saúde e levando ao surgimento de sinais e sintomas específicos de complicações, tais como dispneia, inapetência, edemas, cefaleia, hipertensão, náuseas e vômitos, cansaço e ganho de peso (SANTOS *et al.*, 2009).

Estudos realizados por Castro; Gross (2013) os portadores de doença renal crônica vêm no transplante renal a única forma de realmente ter uma vida plena, entendendo por vida plena o retorno a suas atividades anteriores. Como esperança para a convivência com essa situação, os estudos demonstram que a possibilidade do transplante renal leva esses clientes a acreditarem que uma nova etapa da vida pode iniciar e com isso melhores perspectivas de trabalho, lazer, dentre outras.

Descrevem que os portadores de DRC vêm no transplante renal a única forma de realmente ter uma vida plena, entendendo por vida plena o retorno a suas atividades anteriores, tendo uma vida normal.

A comum falta de habilidade dos profissionais de enfermagem em lidar com necessidades especiais do cliente, observando que deve ser incentivado naqueles um comportamento crítico, reflexivo e participativo quanto ao desempenho das ações de cuidar. Santana; Fontenelle; Magalhães (2013)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível identificar entre os estudos selecionados que a grande maioria citaram alterações no convívio social, devido às limitações físicas, restrições dietéticas e hídricas, por apresentarem uma doença crônica com prognóstico incerto e por terem que ficar por muito tempo à disposição das sessões de hemodiálise. Para muitos isso acarretou também a perda do emprego.

Observa-se que a resposta psicológica a um processo patológico varia de pessoa para pessoa. Para muitos, a insuficiência renal e o tratamento hemodialítico representam a perda do emprego, diminuição do convívio social, alterações no seu papel dentro da família e conflitos no lar, estes devido a questões econômicas ou ao fato de a família passar a vê-los como uma sobrecarga.

Como as condições clínicas têm o maior valor ponderal para a escolha da diálise, deve-se considerar também qual o tipo de tratamento que melhor se adaptará às condições de vida e à rotina do paciente, causando-lhe menor trauma psicológico e facilitando sua adesão.

O profissional de enfermagem por ser embasado em conhecimentos científicos deve utilizar-se de seu papel educador para conscientizar seus pacientes de suas restrições e atribuições no tratamento, estimulando mudanças no comportamento, prevenindo assim, as potenciais complicações, pois a educação em saúde é uma estratégia que deve ser amplamente empregada nas sessões de diálise, tendo em vista a importância do controle de peso interdialítico e da alimentação na prevenção de intercorrências e melhora da qualidade de vida destes pacientes. A equipe de enfermagem deve fazer a integração dos pacientes e dos familiares, pois apesar de ter tido enfoque que as complicações ocorrem durante a sessão de hemodiálise, muitos pacientes chegam em casa com alguns sintomas, sentindo-se debilitados, por isso a importância de agregar a família neste aprendizado para que tenham subsídios e consigam dar o apoio necessário para os pacientes dialíticos.

O sucesso na realização do tratamento de hemodiálise está relacionado com a disponibilidade de uma equipe de enfermagem capacitada para este tratamento, logo, o processo permanente de educação é fundamental para o domínio da equipe.

Torna-se necessário realizar educação em saúde com esses pacientes para que eles tenham maior percepção a respeito de sua patologia e de seu tratamento, e assim adquiram segurança e maiores subsídios para seu autocuidado. Constatamos que os pacientes com

maiores conhecimentos sobre a sua patologia e o seu tratamento são mais equilibrados e aderem melhor ao tratamento.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, ES; PEREIRA, L.L, ANJOS, M.F. Autonomia do paciente com doença renal crônica em tratamento hemodialítico: a aceitação como fator decisório. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.22, n.1, 2009. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/11.pdf> Acesso: 20 de Janeiro de 2014.

BRANCO, J.M.A; LISBOA, MT.L. Adesão de clientes reanais crônicos ao tratamento hemodialítico: Estratégias de Enfermagem. *Revista de Enfermagem da UERG*, v.18, n.4, p.578-83, 2010. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/06> Acesso: 20 de Janeiro de 2014.

CASTRO, E.K; GROSS, C.Q. Percepção sobre a doença renal crônica de pacientes em hemodiálise: Revisão Sistemática. *Salud e Sociedade*, v.4, n.1, 70-89, 2013. Disponível: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4323213> Acesso: 20 de Janeiro de 2014.

CESARINO, CB; CASAGRANDE, L.D.R. Paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: atividade educativa do enfermeiro. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v.6, n.4, p.31-40, 1998. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n4/13873.pdf> Acesso: 20 de Janeiro de 2014.

MALDANER, CR., *et al.* Fatores que influenciam na adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v.29, n.4, p.647-53, 2008. Disponível: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewArticle/7638> Acesso: 20 de Janeiro de 2014.

MAGALHÃES, A.C.L., *et al.* Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica da hemodiálise ao transplante renal. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, v.11, n.25, 2009. Disponível: <http://web.b.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=19818963&AN=90509001&h=wBSFrXpCkFXj%2fT65YdpjhiOegSxe0CBVHieBuY%2f2igr0pLoJxcdaKaPeZunYrPA3a66ooyr0zhAr3cioDe%2fgdw%3d%3d&crl=c> Acesso: 20 de Janeiro de 2014.

MAVINA,S.J.C.F; FREITAS, C.H.A. O paciente em hemodiálise: autocuidado com fístula arteriovenosa. *Revista de Fortaleza*, v.11, n.1, 2010. Disponível: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/358> Acesso: 20 de Janeiro de 2014.

MADEIRO, A.C., *et al.* Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.23, n.4, 2010. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/16.pdf> Acesso: 20 de Janeiro de 2014.

MEIRELES, V.C, GOES, H.L.F; DIAS, T.A. Vivencias do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico: subsídios para o profissional enfermeiro. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v.3, n.2, p.169-78, 2004. Disponível: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5423> Acesso: 20 de Janeiro de 2014.

MENDONÇA, D.P. Qualidade de vida dos portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. Monografia, Universidade Católica de Goiás, 2007. Disponível: http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_arquivos/11/TDE-2008-06-24T102355Z-439/Publico/DANIELLE%20DE%20PAULA%20MENDONCA.pdf Acesso: 20 de Janeiro de 2014.

PASCOAL, M., *et al.* A importância da assistência psicológica junto ao paciente em hemodiálise. Revista da SBPH, v.12, n.2, 2009. Disponível: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582009000200002&script=sci_arttext&tlng=en Acesso: 20 de Janeiro de 2014.

QUEIROZ, M.V.O., *et al.* Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo: terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. Revista da Universidade Federal do Ceará, v.1, n.2, 2008. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/06> Acesso: 20 de Janeiro de 2014.

RIBEIRO, C.D.S., *et al.* Percepção do portador da doença renal crônica sobre tratamento hemodialítico. Revista Interdisciplinar, v.6, n.6, p.36-44, 2013. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n4/13873.pdf> Acesso: 20 de Janeiro de 2014.

ROBERTO, E.S., *et al.* Conhecimento de pacientes com insuficiência renal crônica sobre o tratamento hemodialítico. Revista Latino Americana de Enfermagem, v.16, n.24, 2005. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/06> Acesso: 20 de Janeiro de 2014.

ROCHA, T.E.G; WEISS, S.D. O paciente em tratamento hemodialítico e o autocuidado. Revista Gaúcha de Enfermagem, v.14, n.6, 2006. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a11.pdf> Acesso: 20 de Janeiro de 2014.

SANTANA, S.S; FONTANELLE, T; MAGALHÃES, L.M. Assistência de enfermagem prestada aos pacientes em tratamento hemodialítico nas unidades de nefrologia. Revista Científica do TTPAC Araguaína, v.6, n.3, 2013. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/12.pdf> Acesso: 20 de Janeiro de 2014.

SILVA, G.E., *et al.* Qualidade de vida do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico em Dourados- MS. Revista de Psicologia, v.15, n.15, 2011. Disponível: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PINFOR/article/view/3172> Acesso: 20 de Janeiro de 2014.

SOUSA, M.E.P. Adesão ao tratamento medicamentoso da pessoa portadora de insuficiência renal crônica em hemodiálise. Revista Viseu, v.12, n.4, 2012. Disponível: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1681> Acesso: 20 de Janeiro de 2014.

TERRA, F.S. Avaliação da qualidade de vida do paciente crônico submetido a hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico de uso diário. Monografia. Universidade José do Rosário Vellano, Alfenas, 2007. Disponível: http://tede.unifenas.br/tde_arquivos/2/TDE-2007-11-19T073718Z-16/Publico/Dissertacao%20completa%20Fabio%20de%20Souza%20Terra.pdf Acesso: 20 de Janeiro de 2014.

TERRA, F.S., *et al.* O portador de insuficiência renal crônica e sua dependência ao tratamento hemodialítico: compreensão e fenomenológica. Revista Brasileira Clínica Médica, v.8, n.4, p.306-10, 2010. Disponível: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n4/a003.pdf> Acesso: 20 de Janeiro de 2014.

ANEXO DECLARAÇÃO

Eu, Ana Tercia Amaral Ferreira Lima portadora do documento de identidade RG 4.730141 SSP/PE , CPF 849.712.664-53, aluna regularmente matriculada no curso de Pós- Graduação em Nefrologia, do programa de Lato Sensu do Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa e Centro de Capacitação Educacional, sob o nº EN1202423, declaro a quem possa interessar e para todos os fins de direito, que:

1. Sou a legítima autora da monografia cujo título é: “PERCEPÇÃO DOS PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA SOBRE O TRATAMENTO HEMODIALÍTICO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA”, da qual esta declaração faz parte, em seus ANEXOS;
2. Respeitei a legislação vigente sobre direitos autorais, em especial, citado sempre as fontes as quais recorri para transcrever ou adaptar textos produzidos por terceiros, conforme as normas técnicas em vigor.

Declaro-me, ainda, ciente de que se for apurado a qualquer tempo qualquer falsidade quanto às declarações 1 e 2, acima, este meu trabalho monográfico poderá ser considerado NULO e, conseqüentemente, o certificado de conclusão de curso/diploma correspondente ao curso para o qual entreguei esta monografia será cancelado, podendo toda e qualquer informação a respeito desse fato vir a tornar-se de conhecimento público.

Por ser expressão da verdade, dato e assino a presente DECLARAÇÃO,

Recife, 03 de setembro de 2014

Assinatura do (a) aluno (a)

Autenticação dessa assinatura, pelo funcionário da Secretaria da Pós- Graduação <i>Lato Sensu</i>
