

FACULDADE BOA VIAGEM
CENTRO DE CAPACITAÇÃO EDUCACIONAL

JULIANA BRAZ DE MELO

QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES TRANSPLANTADOS RENAIIS
EM RELAÇÃO A PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE:
UMA REVISÃO DE LITERATURA

RECIFE – PERNAMBUCO

2015

JULIANA BRAZ DE MELO

QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES TRANSPLANTADOS RENAIIS
EM RELAÇÃO A PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE:
UMA REVISÃO DE LITERATURA

Monografia apresentada à Faculdade Boa viagem e
Centro de consultoria Educacional, como exigência
do curso de Pós Graduação Lato Senso em
Nefrologia.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Márcia Popita

RECIFE – PERNAMBUCO

2015

AGRADECIMENTO

A Deus primeiramente pela força concedida ao longo da minha experiência de trabalho.

Aos meus familiares pela ausência em razão de minha profissão que me dá satisfação.

Aos meus filhos pela paciência.

A Faculdade Boa Viagem pela oportunidade de especialização nessa área tão necessitada de pesquisas e estudos.

RESUMO

O crescimento das doenças crônico-degenerativas tem levado a um aumento da discussão sobre Qualidade de Vida (QV). Nesse sentido, o presente estudo objetivou identificar a qualidade de vida de pacientes transplantados renais comparando aos pacientes em hemodiálise, por meio de uma revisão bibliográfica sobre a temática. Os dados foram coletados nas bases de dados Medline, Lilacs, além de livros textos e outros artigos disponíveis das áreas de enfermagem e nefrologia. O estudo mostrou que atualmente pacientes transplantadas renais apresenta uma melhora na qualidade de vida, embora muitos ainda preferem o método de Hemodiálise por ser mais conhecido e mais utilizado. Estudar e avaliar sobre a qualidade de vida dos pacientes com DRC oferece subsidio para quem trabalha na área de saúde, oferecendo transformações que condiz com a realidade do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: Transplante renal; Hemodiálise; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

The growth of chronic diseases has led to increased discussion about Quality of Life (QOL). In this sense, the present study aimed to identify the quality of life of kidney transplant patients compared to patients on hemodialysis, through a literature review on the topic. Data were collected from Medline, Lilacs, and textbooks and other items available in the areas of nursing and nephrology. The study showed that currently kidney transplant patients have a better quality of life, although many still prefer the Hemodialysis method to be better known and more used. Study and evaluate the quality of life of patients with CKD provides subsidies for those working in health, offering transformations that matches the reality of the patient.

Key Words: Transplant renal; Hemodialysis; Quality of Life.

LISTA DE SIGLAS

ABO – ANTIGENO TIPO SANGUINEO

ABTO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE E ÓRGÃOS

CAPD – DIÁLISE AMBULATORIAL PERITONEAL CONTÍNUA

DPAC - DIÁLISE PERITONIAL AMBULATORIAL CONTINUA

DPA - DIÁLISE PERITONIAL AUTOMATIZADA

DR - DOENÇA RENAL

DRA – DOENÇA RENAL AGUDA

DRC - DOENÇA RENAL CRÔNICA

DRCT - DOENÇA RENAL CRÔNICA TERMINAL

FAV - FÍSTULA ARTERIO VENOSA

HD - HEMODIÁLISE

HIV – VIRUS DA IMUNODEFICIENCIA HUMANA

HLA – ANTIGENO LEUCOCITÁRIO HUMANO

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

PTFE – PRÓTESE DE POLITETRAFLUORETILENO

QV - QUALIDADE DE VIDA

QVRS - QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SBN - SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA

TX - TRANSPLANTE

TR - TRANSPLANTE RENAL

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. JUSTIFICATIVA.....	12
3. PERGUNTA CONDUTORA.....	13
4. OBJETIVOS	
4.1. Geral.....	14
4.2. Específicos.....	14
5. MARCO TEÓRICO	
5.1. Conceito de Doença Renal Aguda.....	15
5.2. Doença Renal Crônica.....	15
5.3. Transplante Renal.....	16
5.3.1. Assistência de Enfermagem no pós operatório de transplante renal....	19
5.4. Hemodiálise.....	19
5.4.1. Vantagens.....	22
5.4.2. Desvantagens.....	22
5.4.3. Assistência de Enfermagem na hemodiálise.....	22
5.5. Aspectos Epidemiológicos da DRC.....	23
6. METODO	
6.1. Tipo de Estudo.....	26
6.2. Fonte de Dados.....	26
6.3. Análise dos Dados.....	26
7. RESULTADO E DISCUSSÃO.....	27
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
9. RECOMENDAÇÕES.....	28
10. REFERÊNCIAS	
BIBLIOGRÁFICAS.....	29
ANEXO	

1. Introdução

A Organização Mundial de Saúde – OMS apresenta como definição de Qualidade de Vida (QV) como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Conceituar QV torna-se muito difícil, uma vez que a multidimensionalidade desta proporciona controvérsias quanto ao significado real da referida expressão. Há concordância, entretanto, no que tange aos aspectos relacionados à capacidade funcional, às funções fisiológicas ao comportamento afetivo e emocional, às interações sociais, ao trabalho e à situação financeira (KIMURA,1999).

Martins e Cesário (2005) expõem que a extensão e a complexidade dos problemas inerentes à vivência da cronicidade de uma doença têm recebido cada vez mais atenção devido ao seu importante papel desempenhada na morbimortalidade da população mundial, não tendo mais como centro as pessoas idosas, uma vez que doenças crônicas vêm acometendo pessoas jovens com idade produtiva, como a Doença Renal (DR). A DR é uma das doenças crônicas que proporcionam uma condição sem alternativas de melhoras e de evolução progressiva, ocasionando problemas de caráter social e econômico.

A Doença Renal Crônica (DRC) é um problema de saúde pública por sua crescente prevalência e aumento progressivo na incidência a cada ano. Segundo o censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia - SBN, em 2000, havia 42.695 pacientes em tratamento dialítico no país, enquanto em 2011, esse número foi para 92.091. Ou seja, em 11 anos houve acréscimo de mais de 50% no número de indivíduos com doenças renais com necessidade de diálise (SBN, 2011).

Para Martins e Cesarino (2005), a doença renal tem causado elevadas taxas de morbidade e mortalidade. Além disso, tem impacto negativo sobre a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), que é definida como a percepção da pessoa de sua saúde por meio de uma avaliação subjetiva de seus sintomas, satisfação e adesão ao tratamento proposto pelo médico.

Segundo Romão Jr. (2004), a DRC consiste em lesão, perda progressiva e irreversível da função dos rins. Em sua fase mais avançada ou terminal, como é mais conhecida, os rins são incapazes de manter a normalidade do meio interno do indivíduo. A identificação precoce da doença renal e condutas terapêuticas

adequadas para o retardamento de sua progressão podem ocasionar redução significativa quanto ao sofrimento do indivíduo e quanto ao custo financeiro da DRC.

A doença renal reduz acentuadamente o funcionamento físico, profissional, 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 (DUARTE, CIONELLI, SESSO, 2003).

Segundo censo realizado pela SBN, em janeiro de 2007, estima-se que haja 73.605 pacientes mantidos em programas dialíticos, sendo 90,8% (66.833) em hemodiálise e 9,2% (6.772) em diálise peritoneal.

No que concerne a opções de terapias renais, tem-se o conservador (Dieta e uso de medicamentos), a Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD), a Diálise Peritoneal Automatizada (DPA) e a Hemodiálise (HD) (THOMÉ, 2006). Destas, infelizmente, a HD é a terapia de maior prevalência. Segundo a SBN, 89,6% dos pacientes com doença renal estão em tratamento hemodialítico e o ideal seria um quantitativo maior no tratamento conservador, trabalhando com a prevenção e evitando a deterioração irreversível com conseqüente necessidade de introdução na terapia de substituição renal (SBN, 2011).

A opção mais utilizada por pacientes, à hemodiálise, é classificada por Law (2002), como um tratamento responsável por um cotidiano monótono e restrito, e as atividades diárias desses limitadas após início do tratamento, favorecendo ao sedentarismo e a deficiência funcional.

Para a maioria dos pacientes portadores de DRC o Transplante Renal (TR) é a terapêutica mais eficaz, principalmente pela grande melhoria na QV. Embora seja amplamente aceita, esta assertiva tem sido pouco analisada na literatura (LUCIANA C. P, *et. al*, 2003).

O transplante renal é defendido como terapêutica que proporcionaria um retorno às atividades habituais. Esse tem sido o tratamento de escolha para a maioria de indivíduos com doença renal em estágio terminal (CUNHA, *et al* 2007). Deveria ser a primeira opção de terapia substitutiva renal, sem o indivíduo ter passagem pela diálise, pois estes possivelmente seriam mais jovens e teriam condições de “saúde” melhores e conseqüentemente aumento nas chances de sucesso (SHAH, *et al* 2008).

Com o advento de fármacos imunossupressores potentes, veio à melhora significativa da QV na sobrevivência do indivíduo transplantado, mas os riscos de

doenças oportunistas e de morte não estão ausentes no indivíduo transplantado. Mesmo com o uso do esquema de imunossupressão adequado, os efeitos colaterais e adversos destes medicamentos remetem à possibilidade de perda do enxerto por rejeição, infecções oportunistas, problemas cardiovasculares, cânceres e modificação na aparência física (BAID-AGRAWAL, *et al* 2007).

Segundo Frota, *et al.* (2010) avanços tecnológicos trouxeram melhora significativa para o tratamento da DRC, entretanto, este ainda apresenta riscos que aumentam proporcionalmente os índices de morbidades emocionais e físicas, não somente pela gravidade da doença, por não ter cura, mas especialmente pelas limitações e pela mudança abrupta na rotina para sua efetivação. O tripé sustentador do tratamento conservador é constituído por diálise, dieta e drogas medicamentosas. A aderência a essa tríade terapêutica promove estado de controle hidroeletrólítico essencial para a sobrevivência desses pacientes. A diálise, terapia renal substitutiva, tem a finalidade de melhorar a QV dos pacientes, pelo fato de reaver o bem-estar físico e a capacidade cognitiva, além de manter a inserção no contexto social. Em contrapartida, essa proposta pode esbarrar nas alterações da vida diária que o tratamento hemodialítico desencadeia, pela falta de suporte familiar e da equipe de saúde para a manutenção do tratamento e, conseqüentemente, pode ocasionar um impacto na qualidade de vida.

Segundo Santos (2008), na última década os estudos realizados no Brasil não demonstram melhora da sobrevivência dos pacientes portadores de DRC, apesar das várias inovações tecnológicas incorporadas ao procedimento hemodialítico. Esse fato impulsionou o interesse em evidenciar o nível de qualidade de vida oferecida pela terapia hemodialítica aos pacientes renais crônicos em comparação com os pacientes transplantados.

A diálise promove uma alteração no estilo de vida do indivíduo e sua família. A enfermagem por sua vez, apresenta oportunidades ao paciente de expressar seus sentimentos de preocupação a respeito das limitações que a doença e o tratamento lhe apresentam diante de problemas. Apesar de normal nessa situação, os sentimentos de raiva, insegurança, suicídio são frequentes.

Preparar o paciente para o momento da hemodiálise é desafiador. O autocuidado é uma estratégia realizada pela enfermagem, onde devem ocorrer sessões de ensino breves, esclarecimentos, repetição, reforço. A enfermeira

apresenta uma atitude isenta para que o paciente e seus familiares discutam as opções e seus sentimentos (TONELLI *et al*, 2001).

Diante do exposto, torna-se importante reconhecer, na literatura científica, a qualidade de vida de pacientes renais transplantados quando comparados a pacientes submetidos à hemodiálise.

2. Justificativa

Acredita-se ser relevante reconhecer na literatura a QV de pacientes transplantados e dos que realizam HD. Considerando que a sua QV poderá ser determinada por reais repercussões da terapêutica utilizada para esta clientela.

Durante a vivência acadêmica, analisando diversas literaturas, foi despertado na autora saber qual a diferença da QV de pacientes transplantados renais e que fazem HD, reconhecendo, assim, a importância dessas duas terapias.

Ademais, o reconhecimento de estudos que focam a QV de pacientes renais poderá ser um instrumento de pesquisa para condutas profissionais, sobretudo, dos enfermeiros, que lidam com mais intensidade com esse público.

3. Pergunta Condutora

Qual a diferença da qualidade de vida de pacientes transplantados renal em relação aos pacientes submetidos à hemodiálise?

4. Objetivos

4.1 Objetivos Gerais

- Comparar a qualidade de vida de pacientes transplantados renais, com a população mantida em tratamento hemodialítico à luz da literatura científica atual.

4.2 Objetivos Específicos

- Identificar a qualidade de vida de pacientes transplantados renais;
- Identificar a qualidade de vida de pacientes em tratamento dialítico.

5. Marco Teórico

5.1 Conceito de Doença Renal Aguda

Segundo Fermi (2011), Doença Renal Aguda (DRA) é a perda aguda da função renal.

A síndrome da DRA engloba uma variedade de condições clínicas caracterizadas pela retenção de compostos nitrogenados (ureia, creatinina entre outros), e normalmente ocorre redução do volume urinário a menos de 400ml/dia. Cerca de 5% de indivíduos hospitalizados desenvolvem DRA. A doença geralmente é reversível com tratamento, mas podendo progredir para uma doença renal terminal.

A DRA é caracterizada por grave distúrbio da função renal e ocorrência súbita, ou seja, provoca o acúmulo de escórias nitrogenadas no organismo, tornando o mesmo incapaz de manter o volume e a composição dos fluidos de seu meio interno (FIGUEIREDO e VIANA, 2006).

As causas da DRA podem ser de origem renal, pré-renal ou pós-renal. A doença renal é causada por fatores intrínsecos ao rim, sendo, portanto classificada de acordo com o principal local afetado: túbulos, interstício vasos ou glomérulo, sendo a causa mais comum de dano tubular de origem isquêmica ou tóxica; já a pré-renal resulta principalmente de uma redução na perfusão renal, causada por uma série de eventos que culminam principalmente com a diminuição do volume circulante e do fluxo sanguíneo renal; enquanto a pós-renal ocorre na vigência de obstrução do trato urinário (SANTOS *et al.*, 2008).

5.2 Doença Renal Crônica

De acordo com Correa *et al.* (2009) a DRC acumula substâncias tóxicas no sangue, causando sintomas como a fadiga precoce, comprometimento mental, déficit circulatório periférico, alterações de sensibilidade e disfunções musculares, sendo portanto, conseqüentes da anemia, neuropatia periférica, entre outros. As alterações apresentadas na estrutura e na função muscular podem se manifestar pela atrofia, fraqueza muscular proximal, predominantemente nos membros

inferiores, dificuldade na marcha, câimbras, astenia e diminuição da capacidade aeróbia.

Para Smeltzer (2005), a DRC, ou doença renal em estágio terminal, apresentasse como uma deterioração progressiva e irreversível de função renal, na qual fracassa a capacidade do corpo para manter os equilíbrios metabólicos e hidroeletrólíticos, resultando em uremia e azotemia (retenção de uréia e outros resíduos nitrogenados no sangue).

A DRC é um problema mundial de saúde pública por suas elevadas taxas de morbimortalidade. O estágio final doença renal crônica é denominado Doença Renal Crônica Terminal (DRCT), quando o paciente necessita de uma terapia renal substitutiva para sobreviver, as terapias renais substitutivas disponíveis são a dialise (hemodiálise e dialise peritoneal) e o transplante renal, (CHERCHIGLIA *et al.*, 2010).

A doença renal crônica (DRC) refere-se a um diagnóstico sindrômico de perda progressiva e geralmente irreversível da filtração glomerular. Trata-se de uma patologia multicausal, tratável de várias maneiras, controlável. No entanto é incurável, progressiva e tem elevada morbidade e mortalidade (BARROS, 2006).

5.3 Transplante Renal

Segundo Fermi (2011) O transplante (Tx) é considerado o método de tratamento da doença renal crônica (DRC) de maior aceitação pelos pacientes e pela equipe médica.

Poucas são as contraindicações para o transplante renal. Atualmente não existe limite de idade, e até mesmo doenças renais agudas, como a glomerulonefrite rapidamente progressiva e a nefropatia lúpica, não são contraindicações desde que o transplante seja realizado na fase de inatividade dessas patologias.

Bittencourt (2003) considera transplante de órgãos um meio alternativo para o tratamento da DRC em fase terminal, e consiste na substituição de um órgão doente por um sadio, tendo como atores um doador e um receptor.

Assim, a política nacional de transplantes vigente, incorporada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), vem garantindo acesso àqueles que buscam transplante. Neste âmbito, foi fundamental a criação de uma legislação, com esclarecimentos objetivos acerca de doadores e não doadores de órgãos, assim como os critérios

essências à doação, a captação e distribuição dos mesmos, propiciando a formação e manutenção de centros de transplantados (BITTENCOURT, 2003).

O número de pacientes inscritos na fila de espera para transplante em março de 2008 era de aproximadamente de 37.573, o que equivale a um percentual de 42,6% do total de pacientes que estavam à espera de um rim. Neste mesmo ano e mês pode-se citar outra informação relevante; a prevalência de sorologia positiva para HIV em pacientes em diálise crônica no Brasil foi de 0,7%. Pode-se assim observar que além de alta incidência de DRC, os usuários ainda são acometidos por uma patologia que pode interferir e contribuir diretamente para a evolução negativa do quadro. Este dado é um relevante exemplo de agravo que pode conduzir o paciente ao transplante (SESSO, 2008).

O transplante renal está indicado quando houver doença renal crônica em fase terminal, isto quando o paciente estiver em diálise ou mesmo em fase pré-dialítica. Portanto, os pacientes devem ser transplantados quando a creatinina sérica estiver por volta de 6 e 7mg% (depuração de creatinina por volta de 10ml/min), como nos portadores de nefropatia diabética, e em crianças com idade inferior a 10 anos, com objetivo de se evitar prejuízos no crescimento, osteodistrofia renal e, principalmente pelas dificuldades dialíticas (LANHEZ, 2008).

De acordo com Pedroso e Oliveira (2007) o transplante renal com rim de um familiar vivo ou com rim de um cadáver é o objetivo de todo paciente em diálise, sendo, portanto, os resultados variáveis, ou seja, tanto pode permitir ao paciente uma vida normal, com algumas restrições relacionadas à imunossupressão como pode levar a uma situação de rejeição progressiva e incontrolável recorrência da doença de base no rim transplantado, como perda do órgão transplantado e retorno à diálise e à fila de transplante e alta mortalidade.

Os transplantes de rim que são realizados a partir de doadores vivos compatíveis que tem parentesco com o paciente (aqueles com antígeno ABO e HLA compatíveis) são mais bem sucedidos que aqueles de doadores cadavéricos. A taxa de sucesso aumenta quando transplante renal oriundo de um doador vivo é realizado antes que a diálise seja iniciada (SMELTZER *et al.*, 2009)

Critérios que excluem um doador vivo para transplante renal incluem: clearance de creatinina baixo, proteinúria > 300 mg/ dia, calcinose renal, múltiplos cistos renais, três ou mais artérias renais, incompatibilidade ABO, prova cruzada positiva, hipertensão arterial sem controle, diabetes mellitus, doença cardiovascular,

insuficiência pulmonar, sorologia positiva para HIV, HbsAg, hepatite vírus C, outras infecções graves, câncer, viciado em drogas. Parentes de pacientes portadores de doença renal policística só serão considerados candidatos a doador se apresentarem ultra-som renal e tomografia renal normal e que a idade doador seja > 30 anos. Em doadores parentes de pacientes diabéticos, sugere-se a realização de um teste de tolerância à glicose e hemoglobina glicosilada. A microhematúria não é mais considerada contra-indicação para a doação. (IANHEZ LE, *et al*, 2002)

O paciente que se submete a transplante necessita de cuidados contínuos e está exposto a determinados riscos: ato cirúrgico do transplante (apesar de ser uma cirurgia até certo ponto simples, ela envolve o risco inerente a qualquer ato cirúrgico); necessidade do uso de medicações imunossupressoras (como prednisona, azatioprina, ciclosporina e anticorpos monoclonais, que possuem determinados efeitos colaterais e podem trazer complicações); o rim transplantado pode não funcionar e o paciente necessitar retomar a diálise (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2007).

De acordo com Pedroso e Oliveira (2007) a principal complicação do transplante renal é a rejeição do órgão doado, podendo também associado a complicações vasculares (estenose da artéria renal, sangramento e trombose no local da cirurgia), geniturinárias (extravasamento ureteral, fístula ureteral, obstrução ureteral, formação de cálculos, contratura do colo vesical, edema do escroto e ruptura do enxerto); já as complicações cardiovasculares são as seguintes: hipertensão, arritmias, insuficiência cardíaca e elevação do nível plasmático da eritropoietina; enquanto as respiratórias são as pneumonias, edema pulmonar, embolia pulmonar e reativação da tuberculose; também pode ocorrer hepatite B, cirrose, úlceras pépticas, entre outras.

Segundo Boundy *et al.* (2004) a rejeição do rim transplantado pode ocorrer logo após a cirurgia, ou apenas vários anos depois, ou seja, existem três tipos básicos de rejeição: a rejeição hiperaguda (anticorpos circulantes do cliente atacam o rim do doador dentro de alguns minutos ou horas após o transplante); rejeição aguda (tipo de rejeição que pode ocorrer dentro de 1 semana a 6 meses depois do transplante de um rim de doador vivo, ou depois de 1 semana a 2 anos após o transplante de um rim de cadáver); e rejeição crônica (pode começar vários meses ou até mesmo anos depois do transplante, sendo causada pela destruição prolongada do rim doado por anticorpos do receptor).

5.3.1 Assistência de Enfermagem no pós operatório de transplante renal

Segundo Piveta (2006) a assistência de enfermagem visa evitar e/ou assistir às intercorrências:

- Elevar a cabeceira da cama à 30°;
- Manter repouso absoluto no leito por 24 horas;
- Realizar monitorização cardíaca;
- Observar nível de consciência, alterações na respiração, cianose de extremidades, hipotermia, calafrios, grau de umidificação das mucosas;
- Controlar sinais vitais e diurese de uma em uma hora;
- Suplementar oxigenação;
- Repor hidratação volêmica com soro fisiológico, alternando com glicosado em bomba de infusão, conforme diurese;
- Verificar glicemia capilar de duas em duas horas;
- Aquecer o paciente com cobertor, caso seja necessário;
- Manter sonda vesical pérvia e devidamente fixada na perna do paciente;
- Controlar volume urinário;
- Fazer balanço hídrico rigoroso;
- Não puncionar membro da fistula arteriovenosa, preservar cateter de hemodiálise de tenckoff;
- Observar sangramentos pela incisão cirúrgica e realizar troca de curativos.

5.4 Hemodiálise

Segundo Lugon *et al.* (2008) o alemão Georg Haas Gieszen realizou no ano de 1924 a primeira sessão de diálise em seres humanos, e, em 1949, um médico brasileiro conhecido por Dr. Tito Ribeiro de Almeida realizou a primeira sessão de hemodiálise no Brasil.

Entre 2000 e 2004, 90.356 pacientes iniciaram diálise no Brasil, com predomínio em hemodiálise. A maioria apresentava causa indeterminada como principal causa básica da DRC, seguida da hipertensão e outras doenças

cardiovasculares, diabetes. Desses pacientes, 7% realizaram transplante renal (doadores vivos ou não) e 42% evoluiu para o óbito, (CHERCHIGLIA *et al.*, 2010).

A hemodiálise consiste em um tratamento para remover as escórias tóxicas e outras impurezas do sangue do cliente que apresentam doença renal, ou seja, o sangue do indivíduo é retirado do corpo por um local de acesso criado de forma cirúrgica, bombeado por uma unidade de filtração para se removerem as toxinas e depois devolvido ao corpo (BOUNDY *et al.*, 2004).

Através da hemodiálise, o sangue flui através de um acesso vascular (cateter venoso, fistula arteriovenosa ou prótese) e é impulsionado por uma bomba para um sistema de circulação extracorpórea, onde se encontra o dialisador (membrana semipermeável), a partir daí ocorrem as trocas entre o sangue e o banho de dialise ou dialisado. A difusão de solutos entre o sangue e a solução de dialise resulta na remoção de escórias metabólica e na reposição de solutos, como o bicarbonato (GÓES JUNIOR *et al.*, 2006).

De acordo com Smeltzer *et al.* (2009) na hemodiálise, o sangue carregado de toxinas é desviado do paciente para um dialisador, em que o mesmo é limpo e em seguida devolvendo ao paciente de três princípios básicos: a difusão a osmose e a ultrafiltração. As toxinas e os resíduos são removidos por difusão ou seja, eles se movimentam de uma área de menor concentração no dialisado. O excesso de água é removido do sangue por osmose, onde a água se move de uma área de maior concentração de soluto (o dialisado). A ultrafiltração é definida como a água que se move sob alta pressão para uma área de menor pressão.

Para a dialise crônica faz-se necessário um acesso vascular permanente, onde este deve permitir um fluxo sanguíneo para o dialisador de 200 a 500 ml/min em indivíduos adultos. As fístulas arteriovenosas nativas (FAV) são superiores às Próteses de Politetrafluoretileno (PTFE) devido à sua maior duração e menor risco de infecção e trombozes; já os cateteres de duplo lúmen, de curta ou longa permanência, devem ser implantados de preferência na veia jugular interna direita, pois na cateterização da veia subclávia pode ocorrer uma estenose, onde a mesma é considerada uma complicação frequente nestes casos (GÓES JUNIOR *et al.*, 2006).

Duração e frequência das sessões de hemodiálise serão estabelecidas de acordo com a quantidade de dialise necessária para se obter maior depuração de solutos, manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico e acidobásico, o controle da

pressão arterial e um estado nutricional adequado. Em geral, as sessões de hemodiálise ocorrem três vezes por semana durante, pelo menos, três a quatro horas por sessão. Entretanto, podem existir variações neste tempo de acordo com a idade e o tamanho do paciente, ou seja, adultos de grande porte podem necessitar de um tempo maior de diálise (PETERSON *et al.*, 2002; SILVA *et al.*, 2008).

Sabe-se que durante ou até mesmo depois da hemodiálise podem ocorrer complicações que podem ser fatais para o indivíduo, como síndrome do desequilíbrio da diálise, embolia gasosa, sangramento excessivo, infecção (sepse, hepatite), e síndrome da imunodeficiência adquirida. As complicações mais comuns e menos graves são hipotensão, cefaleia, náusea, mal-estar, vômitos, tontura, febre, câibras, entre outras (BOUNDY *et al.*, 2004).

Morquecho *et al.* (2000) discorre acerca da prevalência de infecção em cateteres venosos profundos e relata a de medidas de higiene, cuidados com cateter e manipulação com técnica asséptica para que haja redução da infecção neste tipo de procedimento.

A anticoagulação do sistema é fundamental, pois o mecanismo de coagulação fica ativado na presença do circuito extracorpóreo. O anticoagulante geralmente utilizado durante o processo é a heparina sódica. Emprega-se inicialmente uma dose de 4000ui e a manutenção pela bomba de infusão continua em torno de 1000U/hora. Em doente com risco de sangramento utiliza-se a lavagem com solução salina periodicamente de todo sistema (BEZERRA e CRUZ, 2001).

A qualidade da água de diálise é fator fundamental, pois a água tratada de forma inadequada pode induzir a absorção excessiva e intoxicação por substâncias dissolvidas, dentre eles, cobre, alumínio, ferro e cloro, contaminantes orgânicos ou pirogênicos que causam sintomas durante o tratamento e ocasionam alterações metabólicas. Recomenda-se a análise periódica da água, controle bacteriológico e sistema de purificação da água que deve incluir filtro de areia ou material sintético na entrada do sistema para reter as partículas, seguidos de um filtro de carvão ativado para absorver compostos orgânicos. É recomendada a desinfecção mensal do reservatório com enxague abundante (RIELLA, 1996; BARROS *et al.*, 1999).

De acordo com Correia (2004) as vantagens e desvantagens da hemodiálise são as seguintes:

5.4.1 Vantagens:

- O tratamento é realizado por profissionais de saúde especializados;
- Acontece em poucas horas, de forma segura e eficaz e remoção das substâncias tóxicas e excesso de água;
- Acesso interno permanente;
- Equipamentos mais seguros com controle monitorizados;
- A duração do tratamento é de aproximadamente quatro horas, três vezes por semana.

5.4.2 Desvantagens:

- Tratamento fixo seguindo um horário estabelecido;
- Deslocamento de paciente ao local onde se realiza a hemodiálise;
- Podem ocorrer complicações (hipotensão, arritmias, cefaleias, câibras, musculares, hipercalemia);
- É necessário o uso de seis agulhas por semana na realização do tratamento;
- Requer o uso de anticoagulante, a heparina durante a sessão, para evitar a coagulação do sangue extracorpóreo;
- O paciente tem menor resistência às infecções (hepatite);
- Dieta equilibrada na restrição de proteínas e água e a não ingestão de sódio e potássio.

5.4.3 Assistência de Enfermagem na Hemodiálise

De acordo com Boundy *et al.* (2004) as principais responsabilidades do enfermeiro são de instruir o cliente e monitorar a ocorrência de complicações:

Antes do procedimento:

- Se for a primeira sessão de diálise, esclarecer qual o objetivo do tratamento e o que o cliente pode esperar durante e depois do procedimento;
- Depois que o acesso vascular estiver criado e o cliente estiver pronto para a diálise, deve pesá-lo verificar seus sinais vitais;
- Preparar o equipamento da hemodiálise seguindo as instruções do fabricante e o protocolo do hospital (manter técnica asséptica rigorosa);

- Colocar o cliente em posição supino e providenciar para que o mesmo esteja confortável.

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia existem Dez sinais de doença nos rins e vias urinárias, que são eles:

- Pressão Alta;
- Diabetes;
- Dificuldade de urinar;
- Queimação ou dor quando urina;
- Urinar muitas vezes, principalmente à noite;
- Urina com aspecto sanguinolento;
- Urina com muita espuma;
- Inchaço ao redor dos olhos e nas pernas;
- Dor lombar, que não piora com movimentos;
- História de litíase renal.

5.5 Aspectos Epidemiológicos da doença renal

Em todo o mundo estima-se que aproximadamente 500 milhões de pessoas sofrem de problemas renais e destas 1,5 milhão estão realizando algum processo de dialise.

As estatísticas ainda revelam que uma em cada dez pessoas no mundo sofre de DRC. A estimativa é que 12 milhões pessoas no mundo morrem por ano de doenças cardiovasculares relacionadas a problemas renais crônicos (AJZEN, 2002).

A incidência da Doença Renal Crônica (DRC) eleva-se no mundo, pois no final de 2004, aproximadamente 1,8 milhão de pacientes estavam submetido às terapias de substituição renal, desses, 77% encontrava-se em alguma forma de dialise e 23% eram transplantados renais. No Brasil, entre 2004 e 2007, houve um aumento do numero de pacientes em terapias de substituição renal na ordem de 8,1% ao ano.

O impacto do tratamento de terapias de substituição renal gasto total dos sistemas nacionais de saúde é relativamente elevado comparado às demais doenças, pois os gastos com esses pacientes para o Sistema Único de Saúde (SUS)

atingiram US\$ 400 mil no ano de 2004, sendo US\$ 300mil utilizados para cobertura das sessões dialíticas (CHERCHIGLIA *et al.*, 2010).

Segundo a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), o número de transplantes renais no país entre 2000 e 2002 variou em torno de 3000 por ano. Em 2002 foram realizados 2990 transplantes renais no país, sendo 59% com doador vivo e 41% com doador cadáver. Estima-se que em 2005, 47% dos pacientes em dialise estavam na fila aguardando transplante com doador cadáver (SESSO, 2009).

De acordo com Zani *et al.* (2009), no ano de 2007, o número de pacientes em dialise na fila de espera para transplante renal era de 32.650 em todo o Brasil, sendo que 3.916 pertenciam à região Sul, 18.050 a região Sudeste, 2.303 à região Centro-oeste, 6.904 à região Nordeste e 1.195 a região Norte; já em 2008, o número de pacientes em dialise na fila de espera para transplante renal era de 37.573, e destes, apenas 6,4% realizaram o transplante.

A doença renal é considerada um grande problema de saúde pública devido a suas altas taxas de morbidade e mortalidade. Estima-se que existe atualmente no Brasil, mais de 54 mil pacientes em terapia renal substitutiva, conforme o Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) de 2002, sendo que aproximadamente 50 mil estão realizando o processo de hemodiálise. Apesar de os tratamentos disponíveis nas doenças renais terminais substituírem parcialmente a função renal, aliviarem os sintomas da doença e preservarem a vida do paciente, nenhum deles é curativo (LUCCHETTI *et al.*, 2010).

Em janeiro 2009, o número de pacientes estimado em dialise no Brasil foi de 77.589, sendo que mais da metade encontrava-se na região sudeste. A taxa de prevalência de tratamento dialítico neste ano foi de 405 pacientes por milhão da população (pmp), variando por região, entre 165 pacientes (pmp) na região norte e 465 pacientes (pmp) na região sudeste. O percentual de pacientes em dialise com idade menor ou igual a 18 anos foi de 2,8% e maior ou igual a 60 anos foi de 39,9% e destes, 57% dos pacientes eram do sexo masculino. Neste mesmo ano, estima-se que 89,6% dos pacientes em dialise crônica faziam tratamento por hemodiálise e 10,4% por dialise peritoneal, sendo que desta, a dialise peritoneal automatizada era a modalidade predominante (SESSO, 2009).

Segundo Versolato (2010) nos últimos dez anos, a hipertensão passou a ser o principal problema que leva à dialise no Brasil, segundo dados de um censo feito

pela SBN (Sociedade Brasileira de Nefrologia) com mais da metade das unidades de diálise de todo o país. Em 1999, estima-se que 17% dos pacientes que faziam o tratamento eram hipertensos, já no ano de 2009, essa proporção subiu para 35%. A segunda principal causa de doenças renais é o diabetes, pois 27% dos pacientes que fazem diálise têm o problema. De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), houve uma mudança no perfil do doente renal, pois antes o problema era causado principalmente por doenças infecciosas, e os jovens eram a maioria dos pacientes que faziam diálise, atualmente dois terços dos pacientes que fazem o tratamento têm mais de 40 anos.

6. Método

6.1 Tipo de estudo

O presente estudo tem cunho exploratório, uma vez que visa proporcionar maior familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito. Contudo, quanto aos procedimentos técnicos, este assume perfil de revisão bibliográfica, desenvolvida com base em materiais já elaborados, sendo subsidiados através de livros e/ou artigos científicos.

6.2 Fonte de Dados

As fontes utilizadas para a revisão de literatura abordavam o processo de enfermagem de uma forma geral e específica para pacientes em tratamento dialítico e transplantado renal. Foi realizado levantamento bibliográfico por meio das bases de dados LILACS (Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Scielo (Scientific Eletronic Library Online), livros e em outros periódicos nacionais que não se encontravam indexados às bases de dados.

6.3 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada em duas etapas. Na primeira, foram identificados os dados de localização do artigo, ano e período de publicação, autoria, objetivo, metodologia, resultados principais, utilizando um instrumento elaborado especificamente para este estudo com base nas questões da pesquisa. Na segunda etapa ocorreu a análise dos artigos, cujos resultados foram sintetizados por similaridade de conteúdo.

7. Resultados e Discussão

Este estudo mostrou que atualmente pacientes submetidos a transplante renal apresenta uma melhora na qualidade de vida visto que conseguem realizar atividades de vida diária sem interrupção no seu cotidiano, enquanto que a maioria dos pacientes opta por tratamento dialítico por ser um método mais conhecido, comumente utilizado, pelo medo de realizar transplante e espera angustiante de uma lista, porém apresenta uma rotina exaustiva que o prende três vezes por semana no setor de hemodiálise.

A DRC ocasiona mudanças no estilo de vida decorrentes da condição do doente. Os portadores dessa doença experimentam sentimentos e mudanças no comportamento e no estilo de vida. É importante à procura pela melhora da qualidade de vida superando os limites provocados pela doença.

Adaptar-se a essa nova realidade não é um processo tranquilo, e o profissional de saúde deve compreender e auxiliar o indivíduo, bem como sua família, neste caminho.

Estudar e avaliar sobre a qualidade de vida dos pacientes com DRC oferece subsidio para quem trabalha na área de saúde, oferecendo transformações que condiz com a realidade do paciente.

Evidencia-se que em períodos mais adiantados da doença renal, esses sintomas podem influenciar diretamente na percepção do indivíduo sobre sua QV.

8. Considerações Finais

A qualidade de vida sofre impacto emocional com a terapia dialítica e é diminuído durante o tempo pela adaptação psicológica, isso acontece sempre nas doenças crônicas.

Este estudo teve como objetivo comparar a qualidade de vida do paciente transplantado em relação aos pacientes que fazem hemodiálise. Demonstrando que o paciente transplantado apresenta uma maior liberdade em sua vida cotidiana enquanto o paciente dialítico tem que seguir uma rotina semanal de presença num centro de hemodiálise.

O cuidado da enfermagem é de fundamental importância para a assistência dos pacientes com DRC, buscando sempre soluções para às limitações impostas pela rotina exaustiva do tratamento hemodialítico, o enfermeiro atua nas intervenções educativas, ensinando ao paciente a viver dentro de seus limites, assumindo seus cuidados com o esquema terapêutico.

9. Recomendações

A escolha terapêutica precisa ser pautada na escolha individual.

O Paciente deve ser orientado quanto à opção da terapêutica. Na hemodiálise ele precisa seguir horários fixos estabelecidos. Ficando também exposto a complicações como: uso de anti-coagulante durante a HD, hipotensão, arritmias, cefaleias, câimbras musculares, hipercalcemia e etc. No transplante há necessidade de cuidados contínuos por apresentar exposição a riscos: Cirúrgico, uso de Imunossuppressores e o rim transplantado pode ou não funcionar, podendo o paciente retornar para tratamento hemodialítico.

10. Referências Bibliográficas

AJZEN, H. M. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar. São Paulo: Manóel, 2002.

BARROS, E. *et al.* Nefrologia: Rotinas, Diagnóstico e Tratamento, 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BARROS, E. *et al.* Nefrologia: Rotinas, Diagnóstico e Tratamento. 2 ed, Porto Alegre: Artmed, 1999. p. 423 – 433.

BEZERRA, R. G; CRUZ, I. C. F. Produção científica de enfermagem sobre hemodiálise: implicações para a (o) enfermeira (o) de métodos dialíticos. Rio de Janeiro, 2001. p. 1-14.

BITTENCOURT, Z. Z. L. C. Qualidade de Vida e Representações Sociais em Portadores de Patologias Crônicas: Estudo de Um Grupo de Renais Crônicos Transplantados. 156 p. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

CHERCHIGLIA, M. L. *et al.* Determinantes dos gastos com diálises no Sistema Único de Saúde, 2000 a 2004. Cad. Saúde Pública. v.26, n.8. Rio de Janeiro, 2010.

CHERCHIGLIA, M. L. *et al.* Perfil Epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000 – 2004. Rev. Saúde Pública, 2010. p. 639-649.

CORREA, L. B. *et al.* Efeito do Treinamento Muscular Periférico na Capacidade Funcional da Qualidade de Vida nos Pacientes em Hemodiálise. Jornal Brasileiro de Nefrologia. Porto Alegre, 2009. p. 18-24.

CORREIA. O doente dialisado. VI Curso de Licenciatura em Enfermagem. 2004.

CUNHA, C. B. *et al*, Tempo até o transplante e sobrevida em indivíduos com insuficiência renal crônica no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1998-2002. Cad. Saúde Pública. Abr. 2007.

DUARTE, P. S.; CICONELLI, R. M; MIYAZAKI, M. C. O. S.; SESSO, R. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SF™) 2003.

FERMI, R. V, Diálise para Enfermagem: Guia Prático, 2ª Edição, Ed. Guanabara Koogan, pág. 19, Rio de Janeiro, 2011.

FIGUEIREDO, N. M. A. VIANA, D. L. Tratado Prático de Enfermagem. São Paulo: Yendis Editora, 2006. p. 270 – 275.

FROTA, M. A, *et al*. Qualidade de vida da criança com insuficiência renal crônica. Esc. Anna Nery vol.14 no.3 Rio de Janeiro. 2010.

GÓES JÚNIOR, M. A. *et al*. Diálise no paciente com insuficiência renal crônica: Hemodiálise e Diálise peritoneal. BARROS, E. *et al*. Nefrologia: Rotinas, Diagnóstico e Tratamento. Cap. 27. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 424 – 441.

IANHAEZ, L. E. Manejo Clínico do Transplante Renal. RIELLA, M. C. Princípios de Nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. Cap. 53. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 945 – 968.

IANHEZ, L. E, *et al*, Transplante Renal – Doador e Receptor. Projeto Diretrizes. AMB, 2002

KIMURA, M. Tradução Para o Português e Validação do “Quality of Life Index” de Ferrans e Powers. 85p. Tese – Liver Docência, escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

LAW, M. Participation In The Occupation Every Day Life. American Journal Occupation Therapy, v. 56, n. 6, p. 640-649, fev., 2002.

LUCCHETTI, G. *et al.* Espiritualidade no paciente em diálise: O nefrologista deve abordar? *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. v. 32. n. 1. São Paulo, 2010.

LUCIANA, C. P, Qualidade de vida relacionada à saúde em paciente transplantado renal. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 25(1):10-6, 2003.

LUGON, J. R.; STROGOFF, J. P.; WARRAK, E. A. Hemodiálise. In: RIELLA, M. C. *Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos*. 4. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. P. 869-907.

MARTINS, M. R. L.; CESARINO, C. B. Qualidade de Vida de Pessoas com Doença Renal Crônica em Tratamento Hemodialítico. *Revista Latino-americana Enfermagem*, v. 13, n. 5, p. 670-676, set./out., 2005.

MORQUECHO, A. A; *et al.* Prevalencia de infeccion em pacientes com cateter venoso central. *Rev. Enferm. IMMS.*, v. 8, n. 3, p. 139 – 143, 2000.

PEDROSO, E. R. P; OLIVEIRA, R. G. *Blackbook: Clínica Médica*. Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2007.

PETERSON, I.C. *et. al.* Insuficiência Renal Crônica. In: *Nefrologia: Programa de Autoavaliação de conhecimento Médico*. Rio de Janeiro: Editora de Publicações Cientificas LTDA, 2002.

PIVETA, V. M. BARROS, E. *et al.* *Nefrologia: Rotinas, diagnóstico e tratamento*. Cap. 35. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 557 – 561.

RIELLA, C. M. *Princípios de Nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos*. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

ROMÃO JR, J.E.; *Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação*. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 26, n. 3, ago., 2004.

SANTOS, O. F. P. *et al*, Insuficiência Renal Aguda In: RIELLA, M. C. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. cap. 21. 4 ed . Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 387-401.

SBN, Sociedade Brasileira de Nefrologia. Perfil da Doença Renal Crônica: O Desafio Brasileiro. 2007.

SESSO, R. Epidemiologia da Doença Renal Crônica no Brasil e sua prevenção. São Paulo, 2009.

SESSO, R. *et al*. Relatório do Censo Brasileiro de Diálise, 2008. J. Bras. Nefrol. São Paulo, 2008. p. 233-238.

SHAH, T. *et al*. The evolving notion of sênior kidney transplant recipients. Clin Transplant, 2008.

SILVA, S. A. *et al*. Efeito terapêutico da música em portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise. Ver. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008. p. 382 – 387.

SMELTZER, S. C. BARE, B. G. Histórico das funções renais e urinária. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Tradução: Brunner e Suddarth, cap 43, 10 ed. 4 V. 3v. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 1323 – 1344.

SMELTZER, S. C. BARE, B. G. Tratamento de Pacientes com disfunção do trato urinário superior e inferior. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Tradução: Brunner e Suddarth, cap 44, 11 ed. 4 V. 3v. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 1346 – 1384.

SMELTZER, S. C. *et al*. Cuidado ao pacientes com distúrbios renais. In: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Tradução: Brunner e Suddarth, cap 44, 11 ed. 4 V. 3v. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p. 1280-1325.

SMELTZER, S. C. *et al.* Histórico da função renal e trato urinário. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Tradução: Brunner e Suddarth, cap 43, 11 ed. 4 V. 3v. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p. 1261-1278.

THOMÉ, F. S. Métodos Dialíticos: In: BARROS, E. *et al.* Nefrologia: Rotinas, Diagnóstico e Tratamento, 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

TONELLI, M.; BOHM, C.; PANDEYA, S.; *et al.* Cardiac risk factors and the use of cardioprotective medications in patients with chronic rena insufficiency. *American Journal of Kidney Diseases*, 37(2), 276-286, 2001.

VERSOLATO, M. Hipertensão é a principal causa de diálise. Folha de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em:

ZANI, AA. V. *et al.* Consulta de Enfermagem no pré e pós operatório de transplante renal: faz a diferença? *Rev. Enferm.* 2009.