



EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PACIENTES EM HEMODIÁLISE
HEALTH EDUCATION FOR PATIENTS UNDERGOING HEMODIALYSIS
EDUCACIÓN EN SALUD PARA PACEINTE EN HEMODIÁLISIS

Maria Alzete de Lima¹, Gleison Resende Sousa², Ana Maria de Sousa³, Gilvan Ferreira Felipe⁴, Andressa Suelly Saturnino de Oliveira⁵, Laura Maria Feitosa Formiga⁶

RESUMO

Objetivo: relatar o conhecimento dos pacientes com insuficiência renal crônica submetido à hemodiálise. **Método:** estudo qualitativo, do tipo pesquisa-ação, realizado em uma clínica de hemodiálise, no interior do Piauí/PI, com oito pacientes, no período de agosto de 2012. Para coleta de dados utilizou-se de observação participante, diário de campo e roteiro de entrevista com perguntas norteadoras. A análise dos dados baseou-se nos pressupostos da análise temática. O projeto de pesquisa teve a aprovação pelo Comitê Ética em Pesquisa, Protocolo nº 0422004500011. **Resultados:** depreendeu-se dos relatos, desconhecimento sobre o processo de tratamento e evidências de uma vivência marcada por insegurança, limitações à vida social e familiar, processo de tratamento doloroso. **Conclusão:** pode-se observar uma vivência marcada por desinformação, despertando questionamentos na área da nefrologia sobre a necessidade de se repensar acerca dos paradigmas educacionais atualmente existentes, buscando adequar as ações de enfermagem. **Descritores:** Enfermagem; Educação em Saúde; Nefrologia.

ABSTRACT

Objective: to report the knowledge of patients with chronic renal failure subject to hemodialysis. **Method:** qualitative study, type of action research, conducted in a hemodialysis clinic, in the interior of Piauí/PI, with eight patients in the period of August 2012. For collection of data, participant observation, field diary and interviews with guiding questions were used. The data analysis was based on assumptions of thematic analysis. The research project was approved by the Committee on Ethics in Research, Protocol no. 0422004500011. **Results:** deduced from the reports, were lack of knowledge about the treatment process and evidences of a life marked by insecurity, limitations of social and family life, a process of painful treatment. **Conclusion:** it can be observed an experience marked by misinformation, arousing questions in the area of nephrology about the need to rethink educational paradigms that currently exist, seeking to adequate the nursing actions. **Descriptors:** Nursing; Health Education; Nephrology.

RESUMEN

Objetivo: relatar el conocimiento de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometido a hemodiálisis. **Método:** estudio cualitativo, do tipo pesquisa-acción, realizado en una clínica de hemodiálisis, no interior do Piauí/PI, con ocho pacientes, en el período de agosto de 2012. Para coleta de dados utilizo se de observación participante, diariamente de campo y rutero de entrevista con preguntas indicativas. Análisis de los datos se basó en los presupuestos del análisis temático. El proyecto de pesquisa tuvo la aprobación por el Comité Ética em Pesquisa, Protocolo nº 0422004500011. **Resultados:** Se deprende de los relatos un desconocimiento sobre el proceso de tratamiento y evidencias de una vivencia marcada por inseguranza, limitaciones a la vida social e familiar, proceso de tratamiento doloroso. **Conclusión:** pódese observar una vivencia marcada por desinformación, despertando cuestionamientos en la área da nefrología sobre la necesidad de repensar acerca dos paradigmas educacionales actualmente existentes, buscando adecuar las acciones de la enfermaría. **Descritores:** Enfermaría; Educación en Salud; Nefrología.

¹Enfermeira, Professora Doutoranda em Enfermagem, Departamento de Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará/UFC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: alzetelima@yahoo.com.br; ²Enfermeiro egresso, Universidade Federal do Piauí/UFPI. Picos (PI), Brasil. E-mail: gleisonrs@hotmail.com; ³Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal do Piauí/UFPI. Picos (PI), Brasil. E-mail: anamariadesousa78@hotmail.com; ⁴Enfermeiro, Professor Mestre em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí/UFPI. Picos (PI), Brasil. E-mail: gilvanfelipe@yahoo.com.br; ⁵Enfermeira, Professora Mestre em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí/UFPI. Picos (PI), Brasil. E-mail: andressasuely@hotmail.com; ⁶Enfermeira, Professora Mestre em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí/UFPI. Picos (PI), Brasil. E-mail: laurafeitosafomiga@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A doença renal é um importante e crescente problema de saúde pública mundial, independentemente do grau de desenvolvimento do país, tanto em termos de número de pessoas afetadas, incapacitações, mortalidade prematura, como dos custos envolvidos no controle e tratamento de suas complicações. Entre as principais causas de falência renal, estão o diabetes mellitus, a hipertensão arterial, a glomerulonefrite crônica, as uropatias obstrutivas e a doença renal policística. Cerca de 4% dos pacientes das unidades de terapia intensiva em todo o mundo têm lesão renal aguda e necessitam de terapia renal substitutiva.¹

O tratamento engloba duas etapas, a princípio, institui-se o método conservador, com readequação do estilo de vida e apoio medicamentoso. Frente a sua ineficácia, lança-se mão dos métodos como hemodiálise e diálise peritoneal.² Avanços científicos atuais possibilitaram acesso a aparato tecnológico capaz de substituir parcialmente a função renal, aumentando a sobrevida de grande parcela dos portadores de insuficiência renal crônica.³ Entretanto, na prática encontram-se, diante de duas situações concretas: a revelação de uma ameaça de gravidade definitiva à integridade de uma parte do seu corpo e a dependência contínua de meios mecânicos para manutenção da vida.⁴

Enfatiza-se que o paciente enfrenta muitos questionamentos relacionados com um novo conviver e adaptação às condições impostas pela rotina do tratamento dialítico, razão pela qual, defende-se que o desenvolvimento de atividades de educação em saúde constitui aspecto relevante no seu manejo e na adaptação.

O aumento da prevalência da insuficiência renal, aliado à complexidade de seu tratamento, tais como restrições dietéticas, uso de medicamentos e complicações crônicas associadas reforçam a necessidade de programas educativos eficazes e viáveis aos serviços públicos de saúde. A mudança de comportamentos, com a adoção de uma dieta balanceada e da prática de atividades físicas, é essencial para o controle da doença.³

As ações educativas devem ser consideradas prioritárias nas políticas de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce, permitindo desenvolver nas pessoas uma consciência crítica da causa de seus problemas. Muitos profissionais não as implementam devido supervalorização de outras atividades como as consultas agendadas, emergências diárias, alta

demanda e pela falta de interesse da população.⁵ Nesse sentido, argumenta-se que as mudanças nos métodos assistenciais direcionadas a práticas educativas em saúde são ainda incipientes e têm pequena visibilidade no cenário nacional. Justificando, assim, a sua não percepção como estratégia auxiliar no processo de cuidar.⁶

Percebe-se que, se o cuidado for desenvolvido num espaço dialógico o paciente compreenderá melhor sua vulnerabilidade. Existe, portanto, necessidade de novas práticas, nas quais se configurem estratégias de mudança dos modelos tecnoassistenciais, sinalizando a criação de possibilidades onde se vislumbrem novos saberes e fazeres que ampliem as alternativas de melhores condições de sobrevida dessa população.⁷

Pretende-se com este estudo relatar o conhecimento dos pacientes com insuficiência renal crônica submetido à hemodiálise.

METODO

Artigo elaborado a partir do trabalho de conclusão de curso de graduação. Estratégia de educação em saúde para pacientes em tratamento hemodialítico, da Universidade Federal do Piauí/UFPI-Picos. Picos/PI/Brasil, 2012.

Estudo qualitativo, do tipo pesquisa-ação, realizado em clínica de hemodiálise credenciado ao serviço público, com capacidade instalada de atendimento de 179 pacientes ao mês. Fizeram parte do estudo oito pacientes em tratamento dialítico, organizados em grupos nos 2º e 3º turnos, incluído os maiores de 18 anos e com comunicação preservada. Pacientes com déficit auditivo e cognitivo, transferidos para outro tratamento dialítico ou que permanecessem por mais de duas semanas em internação hospitalar não participaram da pesquisa. A coleta foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2012.

Foram feitas anotações em diário de campo, imediatamente após o término da observação. Estas se referiram ao registro das atividades desempenhadas, à sequência e duração das ações, às pessoas envolvidas, às trocas de informação observadas, ao ambiente físico e as reflexões do observador.

As entrevistas foram guiadas por um roteiro com dados de identificação biográfica e perguntas norteadoras que deram subsídios à formação de categorias temáticas de educação em saúde, sendo registradas por meio de aparelho gravador.

O processo de coleta de dados foi subsidiado pelos pressupostos preconizados

por Freire.⁸ Essa metodologia é utilizada na alfabetização e, para o autor, é, antes de mais nada, aprender a ler o mundo, compreender o seu contexto. Com a aplicação dessa técnica no presente trabalho, pretendeu-se criar oportunidades para que os pacientes renais crônicos pudessem desenvolver e aperfeiçoar suas capacidades de ler o mundo em que vivem, composto de hospitais, aparelhos complexos, dietas rígidas e restrição hídrica, vocabulário técnico e profissionais nem sempre acessíveis.

Com esse método, que é ativo, dialogal e crítico, pretendeu-se conhecer como os pacientes renais crônicos pensam sua realidade, de modo que, ao tomar consciência, sejam atores no processo de autocuidado. E, assim, discutir questões que permeiam a proposta de uma educação transformadora, em que o elemento norteador é o diálogo do profissional com os sujeitos, numa relação horizontal.

A análise do estudo ocorreu em duas etapas. Na primeira tratou-se do levantamento do universo temático, o qual se refere ao conjunto de temas geradores, ou seja, à descrição e à interpretação das situações dos pacientes renais crônicos em hemodiálise e à identificação de suas necessidades de aprendizagem e seus conhecimentos prévios. A segunda etapa se constituiu das fases de levantamento dos temas geradores e organização do material da coleta de dados. Seguiram-se a seleção e codificação de palavras e frases registradas durante as observações participantes. Por fim, o ordenamento dos temas geradores. Os sujeitos serão retratados nos resultados pelos códigos P1, P2 até o P8.

Ressalta-se que o estudo foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, com protocolo de aprovação sob registro de nº 0422004500011.

RESULTADOS

Identificaram-se diferenças de gênero enquanto doentes renais crônicos, seis (75%) do sexo masculino, o grupo mais acometido pela doença que permanece em tratamento dialítico. Com relação à faixa etária verificou-se uma média de 42 anos de idade. Quanto ao estado civil, seis (75%) se declararam casados, a escolaridade teve uma média aproximada de 5 anos de estudo e sete (87,5%) estava desempregada. Correspondendo a doença e ao tratamento foi identificado que apenas um paciente sabia a causa da doença renal, cuja

média de tempo de tratamento foi de um ano e oito meses.

Em relação à análise de conteúdo dos discursos, foi possível identificar dez categorias: compreensão sobre a doença, funcionamento renal, causa do surgimento da doença renal, cuidado realizado enquanto portador IR, cuidados nutricionais, saber sobre o tratamento e conhecimento sobre a FAV.

◆ Compreensão sobre a doença

O que eu sei é que não tem possibilidade de sair do tratamento, só com transplante. Ainda bem que não sinto nada na máquina P1.

Só queria saber como ficar bom. Tenho muito medo de não ficar bom P2.

Só sei que o melhor é fazer o tratamento P3.

Não sei nada sobre a doença, comecei agora e ninguém me explicou nada P4.

Só sei que não tem cura, rim para de funcionar P5, P6, P7, P8.

Funcionamento renal

Não sei nada P1, P5.

A função do rim é para agente beber água P2.

Filtrar o sangue e fazer a limpeza do corpo P3, P4, P8.

Sei apenas que é renal crônico, mais não sei o que significa P6.

O rim filtra o sangue e bota para fora as impurezas P7.

Causas do surgimento da doença renal

Nunca entendi a causa dessa doença P1, P4, P8.

Só sei que o rim pode parar, não sei por que P2.

Pressão alta, foi o que o médico falou. Essa foi a causa da minha doença P3, P5, P7.

Diz o povo que é por causa da pressão que baixa. Na verdade eu adoeci porque meu esposo morreu, fiquei muito triste e isso fez com que eu adoecesse P6.

Cuidados realizados enquanto portador IRC

Evitar sal e frituras, comida sem óleo. É cuidar da alimentação P1, P3, P6, P7, P8.

Tomar remédio P2.

Evitar líquido, para o fígado não inchar e como tenho problema cardíaco temos de evitar para não prejudicar. Porque o líquido fica no coração e no pulmão P4.

Não fumar, não beber bebida alcoólica e não tomar muito líquido P5.

Cuidados nutricionais

Evitar carne vermelha ingerir mais frango e peixe, refrigerante e alguns tipos de fruta, como a carambola P1.

Não sei P2.

Comer balanceado, evitar refrigerante, bebida alcoólica, comida pesada P3, P7.

Como de tudo, arroz, feijão e o que tinha costume de comer P4, P5, P6, P8

Saber sobre o tratamento

Não sei nada P1, P2, P3, P7.

A seção de diálise tira aquele líquido que o rim não faz P4.

Faz a função do rim P5.

Serve para tirar água de dentro de você. Se isso não acontecer agente fica cheio de água e toma todo o fígado e o coração P6.

Serve para tirar o líquido da água P8.

A máquina é uma forma de vida. A máquina de diálise dá a vida e pode tirar a vida também (P2)

Conhecimento sobre confecção da FAV

É um aparelho com um motorzinho, uma mangueira ligada na veia. Quando coloca na veia ele vibra P1.

Não sei nada P2.

Agente não sabe como faz, sei apenas que é o cirurgião que faz P3.

Coloca uma veia artificial, uma mangueira, não entendo bem P4.

É feito um corte que liga uma veia na outra P5, P6, P7, P8.

DISCUSSÃO

Para a pessoa com doença crônica, vários fatores estão envolvidos no processo de bem-estar e convivência com a doença. Defende-se que o engajamento do paciente no autocuidado é possibilitado pelas ações educativas que visem à conscientização de acordo com os interesses e necessidades individuais.⁹ No entanto, frente a situação de crise e modificações no cotidiano, permeada por aparelhos e horas de tratamento, a família também é afetada. Observações mostram que mudanças evidenciadas pelo uso de cateter, fístula arteriovenosa, alterações na autoimagem podem comprometer as relações conjugais.¹⁰

Essa enfermidade, a partir da década passada, tem registrado alta incidência e prevalência, o que vem alarmando a comunidade científica mundial. Admite-se que, para cada paciente em terapia renal substitutiva, existam de 20 a 30 outros com doença renal crônica em seus diferentes estágios.¹¹ Evidencia, portanto, a baixa cobertura do setor saúde no rastreamento de doentes em estágio inicial da doença. Sendo assim, muitos iniciam tratamento quando o rim já perdeu grande parte de sua função.¹² Neste sentido, considerando conhecimentos e atitudes dos pacientes, questiona-se, será que informações prestadas estão sendo eficaz?

Depreende-se dos depoimentos, que eles de uma forma geral reconhecem a

importância da educação em saúde. No entanto, devido à ineficácia nas práticas educacionais, o paciente pouco sabe sobre sua condição e que o tratamento dialítico não significa a cura da doença, o que pode comprometer a adesão à terapêutica. Nessa perspectiva, identifica-se que muitos pacientes aceitam sua condição de saúde, comprovada pela incorporação da condição de ser renal.¹³ Entretanto, torna-se uma fonte de tensão à medida que esta impõe outros desafios e novas incumbências ao indivíduo, como fazer dieta, tomar medicações, e o fato da possibilidade de enfrentar desarmonias fisiológicas e restrições indesejáveis.¹⁴ Esses fatores incidem em angústia e sofrimento, os quais vão interferir nas suas relações cotidianas, assim como daqueles que os rodeiam.¹⁵

A interpretação dos relatos revela a importância de se perceber o quanto à experiência com a doença renal crônica torna-se complexa. Corroborar-se, portanto, que o processo de adoecer acompanhadas de insegurança e ansiedade, provocam expectativas negativas sobre projetos de vida, impossibilitando ver a doença dissociada da sua condição humana.¹⁶ Pacientes, por exemplo, encontram dificuldades em lidar com os riscos inerentes ao tratamento, o medo da morte permeia seu cotidiano segundo a fala: A máquina é uma forma de vida. A máquina de diálise dá a vida e pode tirar a vida também (P2).

Argumenta-se que os próprios profissionais encontram-se despreparados para conduzir com proficiência este momento da vida. A medicina praticada atualmente, embora permeada de sofisticada tecnologia, subestima as necessidades pessoais do paciente, cuja amplitude perpassa seu cotidiano, afetando a dinâmica familiar, sem mencionar o ônus financeiro imposto ao sistema de saúde.¹⁰ As declarações despertam reflexões de que tais sentimentos precisam ser trabalhados à luz do princípio do cuidar, no qual se conduz a uma amenização dos efeitos da experiência de uma doença terminal. Em contrapartida, o conhecimento sobre o acesso vascular para hemodiálise pode ser considerado insuficiente, pois este consiste em uma anastomose de uma artéria com uma veia adjacente, podendo ser confeccionado por meio de prótese (enxerto arteriovenoso), fato não correlacionado nos relatos.¹⁷

Os cuidados com a fístula acontecem desde sua confecção, devendo ocorrer de forma continuada, já que é essencial para o tratamento hemodialítico. Entre os cuidados

iniciais, o paciente deve fazer exercício regulares com a mão; nunca permitir punção venosa; a punção deve ser realizada até três centímetros do local da anastomose; as agulhas devem estar cinco centímetros afastados para evitar recirculação, além de o agrupamento das agulhas enfraquecer a parede do vaso, produzindo um aneurisma; realizar hemostasia por 10 minutos antes de fazer o curativo compressivo; não pegar peso no braço da fistula; não permitir aferir pressão arterial.¹⁷

Compreende-se, portanto, com base nos relatos que a educação e preparo psicossocial não recebem a atenção merecida. Apesar de serem considerados variáveis não biológicas, são fundamentais na otimização dos cuidados de saúde no período pré-dialítico da doença renal crônica. Em primeira instância, é preciso que enfermeiros nefrologistas aproveitem o tempo durante o cuidado, para se envolverem com a educação em saúde, de modo a criar um espaço dialógico de interação entre todos envolvidos no tratamento. Isso porque, dentro da proposta de promoção da saúde, o modelo educacional destaca-se como arcabouço conceitual e metodológico que contribui para a transformação da lógica das ações de saúde.¹⁵

É oportuno ressaltar, ainda, a importância do aconselhamento socioeconômico na progressão das doenças renais. Semelhante ao observado em outras doenças crônicas, onde é possível que as condições econômicas tenham um impacto desfavorável na evolução da doença. Assim, torna-se igualmente importante oferecer condições para o conhecimento dos seus direitos constitucionais, motivando-o a manter suas atividades profissionais e orientar sobre os diferentes programas de acesso gratuito a medicamentos, programa de cesta básica de medicamentos, medicamentos de alto custo, como a eritropoetina, benefícios e serviços disponíveis para complementar os cuidados de saúde dispensados aos pacientes com DRC.¹⁵

Caracteristicamente, as condições crônicas requerem estratégias de cuidado especiais que ajudem os usuários a despertar a consciência para o autogerenciamento. A necessidade de informação é percebida nos relatos. Estes necessitam ser encarados como foco no atendimento de qualidade, no qual, preconiza-se o cuidado e interação interpessoal como elemento norteador da prática.

CONCLUSÃO

As narrativas demonstram o viver marcado por desconhecimento e insegurança. Foi

possível depreender que a experiência com a doença renal crônica é permeada por questões complexas que envolvem limitações a adaptação e convivência com um processo de tratamento doloroso. Ficando explícita a exigência do enfrentamento permanente que expõe o paciente a laçar mão de recursos adaptativos nem sempre bem-sucedidos.

Existe uma necessidade relatada de mais informação, no qual, enfatiza-se a dicotomia entre as informações prestadas pelos pacientes que realizam o tratamento dialítico e a necessidade de conhecimento para manutenção do cuidado. Torna-se, portanto, imperativo ressaltar que este é um compromisso social ético, solidário, despojado de qualquer interesse unilateral, tendo como objetivos a promoção e recuperação da saúde, reintegração da pessoa no seu meio social e o desenvolvimento do potencial criativo do profissional na busca pela adesão ao tratamento e adequação à nova realidade. O cuidado pauta-se numa relação de corresponsabilidade, envolvimento, cooperação e espírito participativo de ambas as partes. Neste cenário, propõe-se implementação de novas propostas educativas que deverão imergir da prática diária, cuja intencionalidade perpassa as técnicas burocráticas e ao assistencialismo vinculado às atuais práticas profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Paul M. Palevsky. Renal Replacement Therapy in Acute Kidney Injury. *Advances in Chronic Kidney Disease* [Internet]. 2013 Jan [cited 2013 Jan 13];20(1):76-84. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23265599>
2. Holme I, Fellström BC, Jardín AG, Schmieder RE, Zannad F, Holdaas H. Prognostic model for total mortality in patients with haemodialysis from the Assessments of Survival and Cardiovascular Events (AURORA) study. *Internal medicine journal* [Internet]. 2012 May [cited 2013 Jan 13];271(5):463-71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21812843>
3. Bellazzi R, Sacchi L, Caffi E, Vincenzi A, Nai M, Manicone F, et al. Implementation of an automated system for monitoring adherence to hemodialysis treatment: A report of seven years of experience. *International journal of medical informatics* [Internet]. 2012 [cited 2013 Jan 13]; 81(5):320-331. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22365786>

4. Çelik G, Annagur BB, Yılmaz M, Demir T, Kara F. Are sleep and life quality of family caregivers affected as much as those of hemodialysis patients? General hospital psychiatry [Internet]. 2012 [cited 2013 Jan 13];34(5):518-524. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22401704>
5. Bustorff LACV, Moura MC, Souto CMM, Rigão TVC, Araújo VS. Análise das práticas educativas desenvolvidas por profissionais das equipes de saúde da família. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 [cited 2013 Jan 13]; 5(2):185-92. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/view/1265>
6. Theofilou P. [Quality of life in patients undergoing hemodialysis or peritoneal dialysis treatment.](#) J Clin Med Res. 2011 May 19;3(3):132-8.
7. Srivastava A, Sharma S. [Hemodialysis vascular access options after failed Brescia-Cimino arteriovenous fistula.](#) Indian journal urology. 2011;27(2):163-8).
8. Freire P. Pedagogia do oprimido. 50 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.
9. Wilson SM, Robertson JA, Chen G, Goel P, Benner DA, Krishnan M, Mayne TJ, et al. The IMPACT (Incident Management of Patients, Actions Centered on Treatment) Program: A Quality Improvement Approach for Caring for Patients Initiating Long-term Hemodialysis. American journal of kidney diseases [Internet]. 2012 [cited 2013 Jan 13];60(3):435-43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22607688>
10. Lin TR. The decision making process of ESRD families during the dialysis withdrawal period. Hu li za zhi [Internet]. 2011 [cited 2013 Jan 13];58(4):106-11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21809295>
11. Laouad I, Hbali G, Mouhoub R, Fadili W, Lisri M, Kaitouni Al. Knowledge and attitudes of Moroccan hemodialysis patients toward renal transplantation: did we inform our patients enough? Transplantation proceedings [Internet]. 2011 [cited 2013 Jan 13];43(2):445-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21440729>
12. Andrew S. Narva, Michael Briggs. The National Kidney Disease Education Program: Improving Understanding, Detection, and Management of CKD. American journal of kidney diseases [Internet]. 2009 [cited 2013 Jan 13];53(3):115-20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19231755>
13. Sanavi S, Afshar R. Depression in patients undergoing conventional maintenance hemodialysis: The disease effects on dialysis adequacy. Dialisis y trasplante (Ed. impresa) [Internet]. 2012 [cited 2013 Jan 13];33(1):13-16. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1886284511002013>
14. Gerbino G, Dimonte V, Albasi C, Lasorsa C, Vitale C, Marangella M. Adherence to therapy in patients on hemodialysis. G Ital Nefrol [Internet]. 2011 [cited 2013 Jan 13];28(4):416-24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21809311>
15. Chan R, Brooks R, Steel Z, Heung T, Erlich J, Chow J, et al. The psychosocial correlates of quality of life in the dialysis population: a systematic review and meta-regression analysis. Quality of life research [Internet]. 2011 [cited 2013 Jan 13];21(4):563-80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21805367>
16. Theofilou P. Quality of life in patients undergoing hemodialysis or peritoneal dialysis treatment. British medical journal - Clinical research ed [Internet]. 2011 [cited 2013 Jan 13];19(3):132-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3138410/>
17. Srivastava A, Sharma S. Hemodialysis vascular access options after failed Brescia-Cimino arteriovenous fistula. Indian J Urol [Internet]. 2011 [cited 2013 Jan 13];27(5):27(2):163-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3142823/>

Submissão: 02/01/2013

Aceito: 05/04/2014

Publicado: 01/06/2014

Correspondência

Maria Alzete de Lima
Rua Soriano Albuquerque, 575 / Ap. 1201
Joaquim Távora
CEP 60130160 – Fortaleza (CE), Brasil