

ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS NO DOENTE RENAL CRÔNICO

Amanda Silva Martins¹; Joyce Rogge Potratz¹; Izabela Kurth¹; Darlon de Oliveira Souza²

1. Acadêmicos do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Multivix Vitória
2. Docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Multivix Vitória

RESUMO

Nos últimos anos, mesmo que os diversos avanços tecnológicos tenham tornado mais sofisticados os métodos de terapia substitutiva renal e que o treinamento dos profissionais que atuam na reabilitação renal seja mais eficiente, os pacientes renais crônicos, durante a evolução de sua doença, podem manifestar inúmeras alterações comportamentais, mediante os diferentes sintomas e mudanças que vivenciam. Essas alterações estão diretamente relacionadas à sua nova condição e a todos os impactos que a DRC traz para o organismo. A descrição das diversas manifestações neurofisiológicas e neuroanatômicas vivenciadas pelos pacientes renais podem ajudar na compreensão das complexas alterações de ordem psicológica, sociocultural e pessoal que lhes afetam.

Palavra-chave: doente renal, doença crônica, sofrimento.

ABSTRACT

In recent years, even though the various technological advances have made the methods of renal replacement therapy more sophisticated and the training of professionals working in renal rehabilitation is more efficient, during the evolution of their disease, chronic kidney patients can manifest numerous changes. Behavioral changes, through the different symptoms and changes they experience. These changes are directly related to your new condition and all the impacts that CKD brings to the body. The description of the different neurophysiological and neuroanatomical manifestations experienced by renal patients can help in understanding the complex psychological, sociocultural and personal changes that affect them.

Keywords: kidney disease, chronic disease, suffering

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, mesmo que os diversos avanços tecnológicos tenham tornado mais sofisticados os métodos de terapia substitutiva renal e que o treinamento dos profissionais que atuam na reabilitação renal seja mais eficiente, os pacientes renais

crônicos, durante a evolução de sua doença, podem manifestar inúmeras alterações comportamentais, mediante os diferentes sintomas e mudanças que vivenciam (DELIBERATO, 2002).

Essas alterações estão diretamente relacionadas à sua nova condição e a todos os impactos que a doença renal crônica (DRC) traz para o organismo. A descrição das diversas manifestações neurofisiológicas e neuroanatômicas vivenciadas pelos pacientes renais podem ajudar na compreensão das complexas alterações de ordem psicológica, sociocultural e pessoal que lhes afetam (MICHELL, 2015 p.50).

Entre as principais alterações observadas nos pacientes renais crônicos decorrentes dos distúrbios no equilíbrio metabólico, destacam-se: surgimento de ressecamentos de pele; comprometimentos vasculares; fissuras; tumores; infecções virais, fúngicas e bacterianas; verrugas vulgares; carcinomas; microangiopatia diabética; envelhecimento tecidual e mudança de coloração cutânea (MAGALHAES, 2015). Entretanto, os estudos mais atuais demonstram que as principais alterações que acometem esses pacientes são de origem emocional, tais como depressão, ansiedade, estresse e medo. Esses eventos, individualmente ou associados, trazem impacto negativo durante o processo de tratamento, comprometendo o contexto social dos pacientes (MORAES, 2011).

DESENVOLVIMENTO

Inicialmente, a dimensão emocional do paciente pode ser afetada pelo tempo, despendido até a obtenção do diagnóstico. Em sua fase inicial, o paciente de DRC experimenta edema, aumento da pressão arterial, desconforto nas atividades diárias (andar, correr, fazer atividades domésticas, subir escadas), manifestações de cansaço físico e fadiga (inclui sobrecarga da musculatura) (VASCONCELOS, 2010).

Diante da falta dessas habilidades, os pacientes costumam pensar que serão eternamente dependentes, dada a sua incapacidade inicial para atividades antes realizadas costumeiramente e com facilidade. Assim, dizendo em linguagem popular, o indivíduo vai “quebrando a cabeça”, pois ainda não sabe o que está acontecendo com o próprio organismo, ressentindo-se de sua fragilidade e debilitação⁶. (JUNIOR, 2004).

Quando vai ao médico, o paciente pode ter um diagnóstico rápido – o que é muito positivo, pois pode começar a terapia precocemente e evitar as demais alterações da doença renal. No entanto, quando esse diagnóstico não acontece logo, há ocorrência de outras alterações de ordem fisiológica tais como perda de proteína, como a creatina, cujo nível no sangue precisa estar bem dosado para que a homeostasia ocorra de modo

adequado. Se o rim não funciona direito, a filtração do sangue fica comprometida, restando diversos eletrólitos, como a própria creatina, além de potássio, sódio e cálcio. Esses fatores acarretam uma série de consequências: o acúmulo de sódio, por exemplo, causa retenção de líquido e edema (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2011). Com edema, as terminações nervosas sofrem compressão e o paciente pode sentir dores no braço, no abdômen e dificuldade de usar calçados (CASTRO 2003).

Nossa cultura ocidental, intensamente permeada por mensagens midiáticas que se espalham pelos vários âmbitos da sociedade, ainda traz mais um agravante para os pacientes renais: a imposição de padrões estéticos. Sofrendo de inchaços em função de tantas alterações em seu organismo e do uso constante de corticoides, os pacientes veem seu corpo aumentar em diâmetro e não mais conseguem vestir suas roupas. Diante da cobrança social por estar fora do padrão estético, suas emoções ficam abaladas. Assim, as transformações trazidas pela doença renal afetam a própria identidade do paciente (DANGELO e FATINI, 2000).

Ao ser diagnosticado com uma doença crônica incurável, o paciente renal tem diversos pensamentos negativos a respeito de sua condição (AYRES 2008). Com o avançar do seu tratamento e evolução da doença, muitos são os questionamentos a respeito de suas limitações, alterações orgânicas, físicas e a forma como a sua doença repercute nos contextos familiar e profissional. Essa realidade e a rotina de tratamento, constituída por consultas médicas permanentes, exames laboratoriais, sessões de hemodálises, internações, bem como toda a sintomatologia oriunda da doença renal, favorecem o surgimento de atitudes depressivas na grande maioria dos pacientes renais crônicos (AYRES, 2008).

Pesquisas atuais têm demonstrado que nesses pacientes, o comportamento depressivo tem se tornado frequente, principalmente nos que realizam algum tipo de terapia substitutiva. As manifestações depressivas podem ser observadas de formas variadas, desde pequenas alterações em seu estado de humor a distúrbios mais intensos, que podem comprometer o convívio com seus familiares e a aceitação de sua doença, dificultando o contexto do seu tratamento (BARRET, 2014)

Via de regra, a DRC é marcada por comportamentos de natureza pessimista, uma vez que o processo patológico pode evoluir para estágios muito graves e, quando recebe seu diagnóstico, o paciente costuma ter esses estágios em mente. Muitos entram em um quadro de medo e ansiedade, mediante a possibilidade de serem submetidos aos procedimentos de hemodiálise, diálise ou transplante renal, o que pode comprometer e limitar suas funcionalidades e estilo de vida (ROMÃO, 2004). Assim, mesmo que esteja em uma fase inicial da doença, seus pensamentos costumam

orientar-se pela ideia de que, fatalmente, o pior vai lhes acontecer, acarretando em alterações de humor, falta de entusiasmo, tristeza e mesmo depressão (ROMÃO, 2004).

Dito isso, vale salientar que a autoimagem do paciente nem sempre está de acordo com as limitações do seu real quadro clínico, já que ele desenvolve um pessimismo em relação à sua futura condição. A grande maioria das pessoas com DRC acham que sua condição vai evoluir para uma fase mais avançada que requer, por exemplo, diálise jugular (PINHO, 2015). Com todos esses medos, a imunidade do organismo, que provavelmente já está diminuída devido ao processo da doença, se intensifica e faz com que a DRC progrida e o organismo se torne suscetível a outras enfermidades (SIVIERO, 2014). Além disso, a disfunção renal também limita e restringe o paciente no que diz respeito ao uso de algumas medicações. Desse modo, por vezes, doenças oportunistas não são adequadamente tratadas, ocasionando na piora do quadro clínico e conseqüente declínio de sua condição emocional, podendo evoluir para uma depressão mais acentuada (MONTEIRO, 2014).

Ainda, na DRC, a própria condição humana fica debilitada. Nas Ciências Humanas de modo geral nós, *Homo sapiens*, somos diferenciados dos demais animais em função da nossa racionalidade o que, em última análise, faria de nós seres livres, capazes de decidir seu próprio caminho existencial, tomando as rédeas de sua vida (MADEIRO, 2010). Diante disso, entende-se que o nosso corpo é uma unidade que não depende de qualquer programação para conduzir sua vida, com exceção da programação adquirida pela cultura (HARRISON, 2008). No entanto, se a disfunção renal entra em fase mais avançada, em que uma hemodiálise se faz necessária, o homem torna-se dependente de máquinas, fazendo com o paciente experimente o sentimento de perda dessa natureza voltada para a autonomia (CAVALCANTE, 2011).

Atualmente, o procedimento de hemodiálise é visto como estratégia terapêutica que visa a garantir maior expectativa de vida aos pacientes renais. Todavia, grande parte deles não mostra aceitá-la bem. Ao serem diagnosticados com DRC e iniciar o tratamento, muitos não enxergam o diagnóstico como o início de um caminho em direção a uma futura cura e o restabelecimento do seu quadro de saúde. A maior parte compreende o diagnóstico como uma transição irreversível para uma terapia contínua e imprescindível (TERRA, 2010).

Ao iniciar o tratamento dialítico, as percepções dos pacientes podem manifestar-se por forte medo em relação a como será sua vida no futuro, o que sua doença lhe reserva e como ela evoluirá. A reação frente a essas novas experiências e às sensações por elas geradas ocorre de diferentes formas nos pacientes renais crônicos. Uns aprendem a digeri-las de forma rápida, enquanto outros lidam com a situação de forma negativa por mais tempo, reduzindo suas expectativas diárias e sua percepção da

realidade. Assim, cada paciente possui uma forma particular para lidar com seus medos, dores, ansiedades e de perceber as mudanças que ocorrem em sua vida e a forma como sua rotina é reconfigurada (LUCCHETTI, 2010)

Ao se submeter ao procedimento cirúrgico para a colocação do cateter, os pacientes precisam enfrentar a primeira manifestação de dor, que, na maioria dos casos, ainda não lhes havia acometido em fases anteriores. A percepção de dor produz ansiosos e frustrações, já que até então ele estava diante de sensações ou experiências que não eram percebidas em seu organismo. Tais sensações podem ser notadas por meio de cortes cirúrgicos, edemas e cansaço mental. As sensações diante das adversidades de seu quadro de saúde produzem não só alterações no equilíbrio biológico, como também outros reflexos emocionais (MCSHERRY, 2004).

Além de ter que conviver com a dor, o paciente começa a sentir que está sempre sob os olhos examinadores do outro, que tenta entender a presença de todas aquelas máquinas em seu corpo. Adicionalmente, as máquinas também limitam o tipo de roupa que a pessoa pode vestir. No caso das pacientes mulheres, elas passam a se ver sexualmente como pouco atraentes devido presença dos aparelhos em seus corpos (KOENIG, 2017).

A ansiedade faz parte do dia a dia dos pacientes que estão em vias passar pelo procedimento de abertura de fístula e inserção de cateter para a realização do procedimento de diálise renal. Com a colocação do cateter, o paciente pode ter rejeição na fístula e se isso ocorrer, outro acesso precisará ser aberto. O primeiro acesso, por sua vez, pode não cicatrizar (SESSO, 2002). Além disso, as fístulas podem deixar a pele mais sensível e inflamada, evoluindo para edemas e cortes. Aliado a isso, a pressão gerada pela máquina acaba dilatando os capilares, provocando deformações e relevos na pele e consequente deformação nos membros. Isso agrava no paciente a insatisfação quanto às mudanças estéticas que a DRC promove em seu corpo (SILVA, 2003).

Os acessos e cateteres venosos nos quais o paciente renal é submetido contribuem para uma atitude que o deixa com uma postura assustada perante a sua realidade: seja pela quantidade destes cateteres que encontram - se expostos pelo corpo, assim como a necessidade de fístulas para a colocação desses cateteres – as quais exigem atenção especial quanto à higiene, traumas e desenvolvimento de diversas infecções. O paciente pode sentir vergonha, pois seus curativos ficam expostos e as máquinas são grandes (MCSHERRY, 2004).

Além de sofrer por não aceitar sua própria imagem e as reais limitações que lhes são impostas por seu quadro clínico, os pacientes sofrem com sessões semanais repetitivas e tempo prolongado ao qual são expostos durante a hemodiálise (RIELLA,

2003). O indivíduo pode ter necessidade de sair do trabalho e deixar de lado as atividades de lazer, o que afeta sua qualidade de vida. Essas mudanças são, geralmente, fator de difícil compreensão por parte dos pacientes. Assim, frustrações, angústias, baixa autoestima e dificuldade de se relacionar nos diferentes ambientes, seja com amigos ou com familiares, se tornam a realidade de alguns dos pacientes que passam pela hemodiálise²⁹. (MACHADO, 2014)

E por saber que não é capaz de sobreviver sem todo esse aparato (até porque, sem se submeter à hemodiálise, os dejetos no sangue começam a agravar seu quadro clínico), o paciente fica angustiado e cai em quadro de pessimismo. Mesmo nos pacientes que ainda não são submetidos à diálise, saber que ela pode vir a ser sua “sentença” gera angústia, pois eles começam a pensar nas dificuldades que isso representa (ANANDARAJAH, 2001).

Descrever as diferentes emoções e expressões que o paciente renal crônico vivencia é, sobretudo, descrever um processo marcado por uma série de perdas e de como cada pessoa que é acometida por essa patologia significa e acolhe ou refuta sua condição. Tais perdas vão muito além da debilitação da atividade renal metabólica. Assim, os pacientes desenvolvem uma separação entre sua vida “normal”, sem a presença da doença, e uma nova realidade, que traz implicações de difícil assimilação, tais como a diminuição de sua liberdade e autonomia. Muitos pacientes sentem-se como se estivessem diante de uma encruzilhada: ou realizam o processo de diálise ou, do contrário, esperam a morte. Muitos se questionam constantemente sobre qual caminho escolher³¹ (ALVES, 2001). Ao temer sua morte e, ao mesmo tempo, sua vida, os pacientes renais crônicos se transformam em homens marginais (BENZEIN, 2017).

Compreende-se por homem marginal o que se manifesta entre o mundo dos doentes e o mundo das pessoas sãs, não pertencendo a nenhum destes mundos e concomitantemente fazendo parte dos dois mundos. O homem marginal parece estar bem, no entanto, sente-se mal, espera e anseia atingir sua normalidade, mas é incapaz de alcançá-la (HERTH, 2003).

Nos doentes renais crônicos, o fator estresse surge mediante a manifestação de diferentes sintomatologias, desencadeadas por meio do estado de alarme, resistência e exaustão. É importante destacar que o estresse não é o mecanismo patológico da doença renal. Porém, o indivíduo por ela acometido apresenta uma alteração em seu mecanismo orgânico e psicoemocional, o que predispõe os pacientes renais crônicos a atitudes comportamentais que contribuem para alterações clínicas nesses indivíduos. Vale destacar, ainda, que são poucos os estudos relacionados aos níveis de estresse nos pacientes renais crônicos, mas parte deles indica que pacientes nessa condição podem apresentar diversos fatores estressantes em função de sua condição de saúde,

o que favorece, como dito, o surgimento do medo, angústia e, conseqüentemente, do estresse (VIANA, 2017). Diante disso, o estresse é uma das alterações psicoemocionais muito observadas nos pacientes que desenvolvem algum tipo de tratamento renal. Representado como uma síndrome geral na adaptação do organismo, o estresse nos doentes renais demonstra diferentes mecanismos negativos durante as várias fases de tratamento da doença. Tais alterações podem modificar o metabolismo fisiológico do indivíduo renal, potencializando os efeitos negativos no equilíbrio orgânico³⁵.

É durante o período inicial do tratamento, no qual é submetido a diferentes tipos de diálise, que o paciente renal crônico apresenta seu maior pico estresse. Isso pode ser explicado pelo fato de que, nessa fase, a maior parte dos pacientes apresenta certa resistência às terapias renais eleitas, o que contribui para o surgimento de manifestações clínicas como medo, ansiedade e insegurança, além de desencadear alterações hemodinâmicas, como aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca e desordens psicológicas e físicas (MAGÃO, 2017).

É importante sublinhar, ainda, que o indivíduo com insuficiência renal crônica, diariamente, lida com diferentes conflitos que norteiam seus pensamentos a respeito de quais foram os reais motivos que contribuíram para o surgimento de sua doença. É comum a pessoa pensar que ela se deve a uma ação ruim que porventura tenha praticado. A visão da doença como castigo revela um resquício da cultura que predominou no período medieval em relação ao corpo: sendo o caminho que conduziria o homem ao pecado, deveria ser sacrificado e punido, inclusive com doenças. Assim, as doenças representavam uma herança divina para punir o homem por seus pecados (CHOCHINOV, 2017).

Outro fator que abala emocionalmente o paciente diz respeito a restrição da ingestão de certos alimentos. A maior parte dos pacientes devem evitar a ingestão de proteínas e sódio, muito presentes nos produtos industrializados. Para uma sociedade em que a cultura alimentar tem sido marcada pelo intenso consumo de alimentos processados, bem como carnes em geral, essas restrições trazem uma mudança na qualidade de vida e a sensação de que a doença está lhe causando muitas perdas, inclusive dos seus principais prazeres, entre os quais pode estar a alimentação. Em decorrência da restrição alimentar pode ocorrer o isolamento social, já que em festividades, por exemplo, o paciente se intimida em dizer que não pode consumir a maioria dos alimentos, temendo ser julgado por isso (RODRIGUES, 2008).

Some-se a isso o fato de que a ingestão de água também pode ser uma restrição para os pacientes, dependendo de seu quadro clínico. A terapêutica de alguns pode permitir somente um copo de água por dia, causando secura da mucosa bucal, ressecamento da pele em outras regiões do corpo, com rachaduras nos pés e mãos,

principalmente. O paciente pode ser orientado a molhar os lábios para “enganar” a sede, o que também agrava a sensação de perda (BARROS, 2002).

Em suma, frente ao diagnóstico da doença renal e ao tratamento por meio de hemodiálise ou diálise, diversos pacientes passam a questionar e reavaliar tudo o que viveram anteriormente, assim como sua atual situação e suas expectativas para o futuro. Dificuldade de lidar com as incertezas e as alterações físicas faz com que os pacientes renais entrem em um conflito interno constante, procurando compreender as suas adaptações e readaptações de ordem biopsicossocial, buscando respostas para os problemas que enfrenta na sua atual realidade. A má compreensão do quadro da doença produz atitudes negativas nesses indivíduos, o que, a curto e longo prazos, pode interferir diretamente na queda da qualidade de vida (CHUENG SATIANSUP, 2017).

Se é fato que os pacientes renais apresentam grande limitação nos seus hábitos de vida (na alimentação, no vestuário, nas atividades de lazer, profissionais e esportivas) e que grande parte dessas limitações promove diferentes comportamentos a respeito de sua realidade, é de fundamental importância a assistência psicológica para essa população. Essa assistência lhes possibilita compreender, aceitar e descobrir as novas possibilidades em relação à situação que vivenciam⁴¹. Além disso, estudos recentes indicam que, mediante a situação em que se encontram os pacientes renais, é de suma importância a assistência de outros profissionais da área de saúde, desempenhando diversas estratégias que lhes possibilitem enxergar suas novas possibilidades (GUIMARÃES, 2007).

A compreensão dos contextos patológico, emocional e sentimental se torna de grande importância para a abordagem terapêutica dos pacientes renais. O conhecimento dos possíveis fatores que possam vir a se manifestar no decorrer da doença, assim como do processo de tratamento, é de fundamental importância para uma boa organização e planejamento dos meios de assistência aos DRCs, visando à melhora na qualidade de vida, bem-estar, reduzindo os impactos causados pela doença no seu contexto social (GUIMARÃES, 2007).

CONCLUSÃO

Pacientes frente ao diagnóstico de uma doença renal buscam meios de aceitar, compreender ou até mesmo minimizar o fardo de seu diagnóstico e dos possíveis tratamentos a serem realizados. A angústia, medo e aflição são sentimento bastante presentes no DRCs. Sendo assim torna-se importante que tanto os profissionais de saúde entre eles médicos, enfermeiros fisioterapeutas, bem como os cuidadores e familiares compreendem e entendam o processo de enfrentamento da doença renal

crônica, que na maioria dos casos contribuem para o afastamento de grande parte dos doentes de seu contexto sociocultural.

REFERÊNCIAS

1. DELIBERATO, P.C. *Fisioterapia preventiva*. Fundamentos e Aplicações. Barueri: Manole 2002. p. 50.
2. MICHELL, U.A.; ÁSTER F. *Fundamentos de patologia*. 8ed. São Paulo: Saúdes. 2015. p. 50.
3. MAGALHÃES, H.G.; PINTO, T.A.; REBOREDO, M.M.; FONSECA, F.D.; ALMEIDA, P.C. *Análise da eficiência do tratamento fisioterapêutico em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise*. Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária. Belo Horizonte, 2004. Disponível em: <<https://www.ufmg.br/congrent/Saude/Saude19.pdf>>. Acesso em 10 de jun. 2016.
4. MORAIS, C; GERHARDT, B; GUSSÃO, BC. *Alterações dermatológicas nos pacientes em hemodiálise e em transplantados*. 2010. *Jornal brasileiro de nefrologia*. v.33. 2, 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002011000200024>. Acesso em 23 de mai. 2016.
5. VASCONCELOS, EMA; *A associação entre vida religiosa e saúde: uma breve revisão de estudos quantitativos*. Revista Reciiis eletrônica de comunicação. Informação e inovação e saúde. Saúde. Rio de Janeiro: v. 4, n.3: p. 12-18, 2010.
6. JUNIOR, J.E.R. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 26, n. 3, p. 1, 2004.
7. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Doença renal e obesidade: Estilo de vida saudável para rins saudáveis. *SBN informa*. v.24, n. 109, p. 8, 2017.
8. CASTRO, M; CAIUBY, A; DRAIBE, S; CANZIANI, ME. *Qualidade de vida em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do*

- instrumento genérico SF-36*. Revista de Associação Médica Brasileira. v. 49, p. 245-249, 2003.
9. DANGELO, J. G.; FANTTINI, C. A. *Anatomia básica dos sistemas orgânicos: com a descrição dos ossos, juntas, músculos, vasos e nervos*. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 138.
 10. AIRES, M. M. *Fisiologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 731.
 11. GUYTON, A. C. *Fisiologia humana*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 329.
 12. BARRET, K. E. et al. *Fisiologia médica de Ganong*. 24. ed. Porto Alegre: AMGH, 2014. p. 731.
 13. ROMÃO, J. J. E. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 1, 2004.
 14. PINHO, N. P.; SILVA, G. V.; PIERIN, A. M. G. Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em pacientes internados em um hospital universitário na cidade de São Paulo, SP, Brasil. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 91-97, 2015.
 15. GUALDA, D. M. R.; BERGAMASCO, R. B. Enfermagem, cultura e o processo saúde e doença. São Paulo: Cone, 2004. p. 265.
 16. SIVIERO, P. C. L.; MACHADO, C. J.; CHERCHIGLIA, M. L. Insuficiência renal crônica no Brasil segundo enfoque de causas múltiplas de morte. *Caderno de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 75-85, 2014.
 17. MONTEIRO, D. M. R. Espiritualidade e saúde na sociedade do espetáculo. *O mundo da saúde*, v. 31, n. 2, p. 202-208, 2007.
 18. MADEIRO, A. C. et al. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 546-551, 2010.

19. HARRISON, T. R. *Medicina interna*. 17. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2008. p. 475.
20. CAVALCANTE, F. A. O uso lúdico em hemodiálise: buscando novas perspectivas na qualidade de atendimento ao paciente no centro de diálise. *Eletrônica da Facimed, Cocal*, v. 3, n. 3 p. 371-384, 2011.
21. TERRA, F. S. et al. As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, Alfenas, v. 8, n. 3, p. 187-192, 2010.
22. LUCCHETTI, G. et al. Spirituality in clinical practice: what should the general practitioner know? *Revista Brasileira de Clínica Médica*, v. 8, n. 2, p. 154-156, 2010.
23. MCSHERRY, W.; CASH, K. The language of spirituality: an emerging taxonomy. *International Journal of Nursing Studies*, v. 41, n. 2, p. 151. 2004.
24. KOENIG, H. Spirituality and mental health. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, v. 7, n. 2, p. 116-122, 2010. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/aps.239/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=www.google.com.br&purchase_site_license=LICENSE_DENIED>. Acesso em: 24 jul. 2017.
25. SESSO, R. C. C. et al. Diálise crônica no Brasil: relatório do Censo Brasileiro de Diálise, 2011. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo, v. 34, n. 3 p. 272-277, 2012.
26. SILVA, H. G.; SILVA, M. J. Motivações do paciente renal para a escolha a diálise peritoneal ambulatorial contínua. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 5, n. 1, p. 10-14, 2003.
27. MCSHERRY, W.; CASH, K. The language of spirituality: an emerging taxonomy. *International Journal of Nursing Studies*, v. 41, n. 2, p. 151. 2004.

28. RIELLA, M. C. *Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 649-660.
29. MACHADO, G. R.; PINHATI, F. R. Tratamento de diálise em pacientes com insuficiência renal crônica. *Cadernos UniFOA*, Volta Redonda, n. 26, p. 137-148, 2014.
30. ANANDARAJAH, G.; HIGHT, E. Spirituality and medical practice: using the Hope questions as a practical tool for spiritual assessment. *American Family Physician*, v. 63, n. 1, p. 82-83, 2001.
31. ALVES, M. C. *A espiritualidade e os profissionais de saúde em cuidados paliativos*. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) – Faculdade de Medicina de Lisboa, 2011. p. 18.
32. BENZEIN, E.; BERG, A. The swedish version of hearth Hope index: an instrument for palliative care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, v. 17, n. 4, p. 409-411, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14629644>>. Acesso em: 25 jul. 2017.
33. HERTH, K. Fostering Hope in terminally-ill people. *Journal of Advanced Nursing*, v. 15, n. 11, p. 1250-1259, 1990. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2269747>>. Acesso em: 12 jul. 2017.
34. VIANA, A.; QUERIDO, M. A.; BARBOSA, A. Avaliação da esperança em cuidados paliativos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, v. 2, n. 1, p. 607-616. Disponível em: <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/335/1/AVALIAÇÃO%20DA%20ESPERANÇA%20EM%20CUIDADOS%20PALIATIVOS_%20Tradução%20e%20Adaptação%20Transcultural%20do%20Herth%20Hope%20Index__.pdf>. Acesso em: 21 maio 2017.
35. MAGÃO, M. T.; LEAL, I. A esperança nos pais de crianças com cancro: uma análise fenomenológica interpretativa da relação com profissionais de saúde. *Psicologia, saúde e doenças*, v. 2, n. 1, p. 4-6, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v2n1/v2n1a01.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2017.

36. CARPENITO, L. Diagnósticos de enfermagem: *aplicação à prática clínica*. 11. ed. São Paulo: Artmed, 2009. p. 1040.
37. CHOCHINOV, H.; CANN, B. Interventions to enhance the spiritual aspects of dying. *Journal of Palliative Medicine*, v. 8, n. 1, p. 103-115, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16499458>>. Acesso em: 24 jul. 2017.
38. RODRIGUES, Sérgio Murilo. Somos homens ou somos máquinas? Para que serve a filosofia? *Sapere Aude*, v. 1, n. 1, p. 43-54, jan. /jun. 2010. Disponível em: <periodicos.pucminas.br/index.php/SapereAude/article/download/1039/4117>. Acesso em: 5 out. 2017.
39. BARROS, J. A. C. A que responde o modelo biomédico. *Saúde e Sociedade*, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n1/08>>. Acesso em: 29 set. 2017.
40. CHUENGSAIANSUP, K. Spirituality and health: an initial proposal to incorporate spiritual health impact assessment – environmental impact. *Assessment Review*, v. 23, p. 3-15, 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/hia/examples/overview/whohia203/en>>. Acesso em: 13 jul. 2017.
41. REBOLLO, Regina Andrés. O legado hipocrático e sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno. *Scientiae Studia*, v. 4, n. 1, p. 45-82, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/ss/article/view/11067>>. Acesso em: 29 set. 2017.
42. GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Psiquiatria Clínica*, supl. 1, n. 34, p. 89-91, 2007.