



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Escola Paulista de Enfermagem

Brasil

Souza Torchia, Thalita; Carvalho de Araújo, Sílvia Teresa; Guimarães Monteiro Moreira, Alessandra;

Barcellos Oliveira Koeppe, Giselle; Tavares Uchoa dos Santos, Bruna

Condições clínicas e comportamento de procura de cuidados de saúde pelo paciente renal crônico

Acta Paulista de Enfermagem, vol. 27, núm. 6, noviembre-diciembre, 2014, pp. 585-590

Escola Paulista de Enfermagem

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307032877015>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Condições clínicas e comportamento de procura de cuidados de saúde pelo paciente renal crônico

Clinical conditions and health care demand behavior of chronic renal patients

Thalita Souza Torchí¹

Sílvia Teresa Carvalho de Araújo¹

Alessandra Guimarães Monteiro Moreira¹

Giselle Barcellos Oliveira Koeppé¹

Bruna Tavares Uchoa dos Santos¹

Descritores

Cuidados de enfermagem; Enfermagem em saúde pública; Insuficiência renal crônica; Aceitação pelo paciente de cuidados de saúde; Pesquisa qualitativa

Keywords

Nursing care; Public health nursing; Chronic renal failure; Patient acceptance of health care; Qualitative research

Submetido

19 de Agosto de 2014

Aceito

26 de Agosto de 2014

Resumo

Objetivo: Identificar as condições clínicas e comportamento de procura de cuidados de saúde pelo paciente renal crônico no itinerário terapêutico para a hemodiálise.

Métodos: Estudo qualitativo, descritivo e exploratório a partir de entrevista com dez pacientes de uma clínica de terapia renal substitutiva em tratamento hemodialítico e análise resultante da utilização da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo por meio do software *qualiquantisoft*.

Resultados: As condições clínicas no itinerário terapêutico evidenciaram sintomas de mal-estar e o perfil das doenças de base identificadas foram nefroesclerose hipertensiva, nefroesclerose diabética, causa indeterminada e nefroesclerose diabética associada com hipertensão arterial. Os comportamentos que prejudicaram o controle de saúde foram à demora no atendimento na rede de saúde, a não aceitação da doença e do tratamento.

Conclusão: Poucos tiveram acompanhamento precoce, sem manifestação de sintomas. Todavia, a maioria deles tiveram internação hospitalar de maneira repentina.

Abstract

Objective: To identify the clinical conditions and health care demand behavior of chronic kidney patients in the therapeutic itinerary for hemodialysis.

Methods: Qualitative, descriptive and exploratory study based on an interview with ten patients at a renal replacement therapy clinic under hemodialysis treatment and analysis resulting from the use of the Collective Subject Discourse technique, by means of the software *qualiquantisoft*.

Results: The clinical conditions on the therapeutic itinerary evidenced symptoms of unease and the baseline disease profile identified included hypertensive nephrosclerosis, diabetic nephrosclerosis, undetermined cause and diabetic nephrosclerosis associated with arterial hypertension. The behaviors that negatively affected the health control were the delay to receive care in the health network, the non-acceptance of the disease and the treatment.

Conclusion: Few patients received early monitoring without any sign of symptoms. Nevertheless, the majority were hospitalized suddenly.

Autor correspondente

Thalita Souza Torchí

Rua Afonso Cavalcanti, 275, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP: 20211-110
nurtha@yahoo.com.br

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400095>

¹Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

A doença renal crônica possui prevalência mundial estimada em 8-16% e representa um crescente problema de saúde pública em todo o mundo. Nos Estados Unidos da América, incidência e prevalência dobraram nos últimos 10 anos.⁽¹⁾

O número de pessoas com o diagnóstico da doença em estágio avançado, que necessitam iniciar o tratamento de forma emergencial vem aumentando e em condições desfavoráveis ao paciente e aos profissionais da saúde, pois compromete de forma significativa a qualidade de inserção e adaptação ao tratamento.

Essa situação induziu-nos à seguinte reflexão: – Que fatores estão presentes no itinerário terapêutico do paciente, que interferem no diagnóstico e tratamento?

Entende-se por itinerário terapêutico o caminho percorrido pelos indivíduos na busca da saúde ou na busca de cuidados terapêuticos. A evolução da doença renal crônica é silenciosa e o curso é, frequentemente, assintomático até que atinja seu estágio avançado. Isto resulta em que o paciente só busque cuidados médicos quando já apresenta uma ou mais complicações da doença e/ou comorbidades,⁽²⁾ o que exige maior desafio no atendimento profissional.

A abordagem terapêutica é essencial para as ações inter/transdisciplinares e também imprescindível para a prática comunicativa orientada para o entendimento mútuo.⁽³⁾ E, quando a conduta é precoce e adequada ao portador de diabetes *mellitus*, hipertensão arterial ou com doença renal crônica, e articulada entre os níveis de complexidade da rede de saúde, possibilita retardar o início da terapia dialítica.⁽⁴⁾

A doença renal crônica vem tomando proporções alarmantes.⁽⁴⁾ E o Brasil possui uma importante prevalência e incidência de pacientes em terapia renal substitutiva, e são considerados grupos de risco para desenvolver a doença renal crônica quando portador da hipertensão; diabetes e obesidade.^(5,6)

Embora a Política Nacional de Atenção Básica coloque como atribuição de todos os profissionais de saúde a garantia da integralidade da atenção,

destacando a prevenção de agravos, ainda há uma lacuna entre os níveis de atenção primário e secundário, pois o acesso ao usuário ainda possui obstáculos capazes de comprometer a integralidade da assistência.⁽⁵⁾

Na média complexidade espera-se a atenção diagnóstica e terapêutica especializada garantida a partir do processo de referência e contrarreferência do portador de hipertensão arterial, de diabetes *mellitus* e de doenças renais. Já na alta complexidade é preciso garantir o acesso e assegurar a qualidade do processo de diálise visando alcançar impacto positivo na sobrevida, na morbidade e na qualidade de vida.⁽⁶⁾

Consideramos importante conhecer os fatores presentes nos itinerários terapêuticos de pessoas em busca de atenção à saúde, que influenciam o modo de enfrentamento tanto diante do diagnóstico da doença quanto da prescrição do tratamento. Conhecer o itinerário nos permite apreender sobre a interferência do cenário, abordagem e postura da equipe no atendimento da clientela.

Dessa forma, a pesquisa teve como objetivos Identificar as condições clínicas e comportamentos do paciente renal no itinerário terapêutico para inserção na hemodiálise e discutir como esses dados podem subsidiar a intervenção do enfermeiro.

Métodos

Pesquisa qualitativa desenvolvida no período de janeiro a março de 2013, em clínica de terapia renal substitutiva, de natureza privada, credenciada pelo Sistema Único de Saúde, no município do Rio de Janeiro, região sudeste do Brasil.

Participaram da pesquisa dez pacientes com doença renal crônica, correspondendo a 70% dos adultos do serviço diurno na hemodiálise, maiores de 18 anos, ambos os gêneros, no primeiro ano de tratamento hemodialítico, para privilegiar o resgate da memória sobre sua trajetória terapêutica. Foram excluídos os adultos sem condições clínicas para participar no momento da entrevista.

As informações obtidas nos prontuários favoreceram a caracterização pessoal e clínica dos

participantes. Posteriormente, durante a sessão de hemodiálise, foi realizada entrevista individual, com questões semiestruturadas, com duração média de uma hora, relativas à trajetória terapêutica, com aspectos sobre o atendimento pelos profissionais em diferentes instituições de saúde até aquele momento.

Na análise e discussão dos dados contamos com a utilização da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, utilizando o software *qualiquantisoft*. A partir das figuras metodológicas Expressões-Chave, Ideias Centrais e DSC foi possível revelar a essência e o sentido de cada depoimento em um só discurso-síntese coletivo.⁽⁷⁾

A leitura e releitura dos depoimentos e a utilização dos dispositivos do programa para análise dos dados nos possibilitou desvelar os significados atribuídos por eles e dispostos como DSC, como uma primeira aproximação às condições clínicas e comportamentos individuais no itinerário terapêutico até inserção na hemodiálise.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

A amostra de participantes foi constituída por três (30%) pacientes do gênero masculino e sete (70%) do gênero feminino, com uma média de idade de 51 anos. As doenças de base identificadas nos prontuários apontaram 50% nefroesclerose hipertensiva, 20% nefroesclerose diabética, 10% causa indeterminada e 20% nefroesclerose diabética associada com hipertensão arterial.

Nos depoimentos da entrevista gravada, ficou evidenciado que eles descobriram a doença renal quando apresentaram mal-estar, iniciando seu fluxo de atendimento pelo posto de saúde 30%, pelo hospital 30%, em consultas particulares pelo plano de saúde 20%, somando 80% de indivíduos que iniciaram hemodiálise em ambiente intra-hospitalar de maneira repentina. E, outros 20% sem manifestação de sintomas, apesar de terem realizado acompanhamento periódico

co das doenças de base no posto de saúde, com posterior tratamento conservador e início da diálise hospitalar, ainda assim, o problema renal foi detectado tarde.

Sobre comportamentos para o atendimento na rede de saúde duas ideias centrais prevaleceram como fatores prejudiciais ao controle de saúde. E, sobre essas, 50% foram relativas à demora no atendimento, como apontado nas expressões chaves: [...] para marcar a primeira consulta no posto tive que chegar lá quatro horas da manhã e já pegar uma fila dando volta no quarteirão! Tive que dormir na fila para conseguir um número! [...] Isso é um massacre para quem está doente! [...] Mas é o que a gente vê no dia a dia [...]. Fiquei esperando o dia inteiro, só fui atendido de noite [...].

Outra ideia apontada por 60% dos participantes foi relativa a não aceitação da doença e do tratamento, conforme foi evidenciado nas expressões chaves: [...] o que mais complicou foi eu não querer ir fazer! não ter coragem [...], dificuldade de aceitar [...]. É horrível dormir pensando que tem que acordar no outro dia [...] para fazer diálise, [...] sair para tentar sobreviver, [...] ir para uma máquina e depende dela para viver, isso é muito difícil [...].

Discussão

Os resultados não podem ser generalizados às vivências da clientela renal crônica em hemodiálise. Ainda que o método promova a junção e a síntese dos depoimentos em discurso coletivo, cada um deles trás a riqueza individual relativa às condições clínicas e comportamentais de cada participante na trajetória terapêutica. Essas, por sua vez, se constituem em experiências singulares que reservam características peculiares e individualizadas, ainda que possam se apresentar como ideias centrais em um discurso coletivo.

A compreensão da dinâmica de vida dos pacientes contribui para a reflexão do cuidado de enfermagem, pois implica considerar comportamentos relativos às dificuldades de enfrentamento e adaptação, e, fragilidades existentes na abordagem profissional, na qual aponta que a intervenção necessita ser mais

precisa. E que, o ato de acolher, tão importante para esses indivíduos, está ao nosso alcance.

Para a prevenção da doença renal todo paciente pertencente ao grupo de risco, ainda que assintomático, necessita de avaliação anual. Exames simples e baratos, como os de sangue, para detecção de creatinina sérica e o exame de urina para detectar proteína, pois estes são marcadores da função renal que podem ser controlados na própria atenção primária.⁽²⁾

O fluxo de atendimento demonstrou que a descoberta da doença foi tardia, necessitando o paciente de atendimento emergencial. O atendimento profissional mais meticuloso no diagnóstico evita idas e vindas ao setor de saúde e progressão galopante da doença.⁽⁸⁾ O diagnóstico tardio e a visita tardia ao nefrologista, revela que 25,8% dos médicos do nível primário de saúde não encaminham pacientes com casos característicos de redução avançada da taxa da função renal, ao serviço especializado de nefrologia. O que sinaliza o risco ocasionado por esta situação em relação à morbimortalidade e aos custos relacionados às complicações decorrentes de condutas inadequadas.⁽⁴⁻⁶⁾

Devido à ausência de sintomas nos estágios iniciais da doença é necessário que os profissionais de saúde mantenham sempre uma suspeição, principalmente em pacientes com fatores de risco. Essa dificuldade diagnóstica precoce prejudica a oportunidade de implementação de medidas de prevenção, em parte pela ausência de conhecimento da definição e classificação dos estágios da doença, e o não emprego de testes simples para o diagnóstico e avaliação funcional da mesma.^(9,10)

Estudos apontam que, quando pacientes são atendidos na fase pré-dialítica e por uma equipe interdisciplinar comparados aos que receberam apenas o atendimento médico tradicional, tiveram aumentada sua sobrevida em oito meses após entrarem diálise.⁽¹¹⁾

E o cuidado prestado por essa equipe favorece aos pacientes resultados clínicos satisfatórios quando em terapia, reduz a frequência de diálise de emergência, a ocorrência de internações e a taxa de mortalidade.^(12,13) Para que isso ocorra, a equipe dos serviços de saúde com sua lógica própria de

cuidados, para atender em certa medida e de certo modo as necessidades do paciente, deve estimular sua autonomia frente a nova condição de saúde.⁽¹⁴⁾

O momento do diagnóstico foi evidenciado como uma fase difícil, de enfrentamento da doença e das restrições impostas pelo tratamento. Entretanto, o apoio, o respeito, a atenção dos profissionais de saúde dispensada a esses pacientes foram destacados como uma competência profissional e fator que gera facilidade. O profissional deve conhecê-los e identificá-los a partir dos comportamentos, para ajudar no enfrentamento de sua condição atual, aliviar suas tensões e medos. Além disso, possibilita uma intervenção mais direcionada podendo impedir/prevenir complicações futuras.⁽¹⁵⁾

Apesar do atendimento atencioso e, por vezes, falta de acolhimento no atendimento hospitalar, a superlotação nas emergências, que no Rio de Janeiro é uma constante, e causam baixa resolubilidade da atenção básica e a precariedade da rede hospitalar, que gera a incertezas e/ou medos quanto a realização do tratamento.^(16,17)

O serviço de emergência, como principal porta de entrada do paciente nos serviços, possui características que dificultam a manutenção da privacidade do indivíduo frente a muitos atendimentos e procedimentos. O compartilhamento das ações pode ser um elemento adicional ao estresse do paciente, já agravado pelo diagnóstico e por sua condição clínica instável. Isso influencia e dificulta o enfrentamento à doença renal crônica e a sua adaptação na terapia renal substitutiva.⁽¹⁸⁾

Uma comunicação efetiva é o primeiro passo para um bom acolhimento, e de certo modo, quando bem utilizada pode amenizar os problemas relacionados à infraestrutura descrita por eles. A abordagem tem sido documentada como ponto-chave na assistência, com grande potencial de dano ou benefício ao paciente. Aproximadamente 63% dos eventos sentinelas estão diretamente ligados a falhas de comunicação.⁽¹⁹⁾

A segunda limitação, de ordem pessoal, foi a dificuldade de aceitação da doença e do tratamento. E, os fatores que influenciam na adesão e no tratamento são a confiança na equipe, redes de apoio, aceitação da doença; e os que dificultam

são a não aceitação da doença/tratamento, e a insegurança.⁽²⁰⁾

A negação pode estar relacionada à insegurança e a todos os outros fatores identificados como limitantes. No início do tratamento existe uma significativa prevalência de sentimentos angustiantes e depressivos, prejudicando a adaptação, portanto é necessário considerar cuidados psicológicos mais extensos e ativos ainda durante a fase pré-dialise.⁽¹⁷⁾

Essa limitação pode ter estreita relação com o pouco tempo entre diagnóstico e início do tratamento. E, quando o início da diálise não é um evento inesperado, 85% tem tempo para se encontrar, imaginar como seria viver em diálise e bem preparado para iniciar o tratamento, pelo acompanhamento em consultas de nefrologia ao longo de seis meses antes da diálise.⁽²¹⁾

Por outro lado, foi observado uma tendência para a diminuição do sentimento negativo ao longo do tempo, indicando que os pacientes sentiram-se menos preocupados e menos dispostos a chorar no final do primeiro ano do início do tratamento.⁽²¹⁾

Como o tratamento acarreta impacto negativo nas relações sociais, familiares e no estado físico-psicológico dos pacientes; e o estresse, a angústia e a depressão pelos quais muitos desses passam têm raízes na carência de informações sobre a doença, seu tratamento e sua expectativa de vida, há urgência de mudanças no que concerne à elaboração de estratégias de abordagem.

A equipe de saúde que atua nas terapias dialíticas e principalmente no tratamento conservador necessita se estruturar para enfrentar os problemas surgidos entre a clientela em seus respectivos campos de atuação para assim iniciar uma mudança dessa realidade.⁽¹³⁾

Cabe ao enfermeiro acompanhar e auxiliar o paciente no processo de enfrentamento da doença, vigilância e monitoramento das metas da terapia, com ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, no enfrentamento de fatores de risco, fortalecimento dos sistemas de atenção à saúde.⁽²²⁾

E ainda estar atento a todos os aspectos que cercem este paciente para que possa respeitar os limites de cada indivíduo, pois um saber-fazer deve estar integrado, no qual o cuidado é pautado por

uma relação comprometida, responsável, sincera e de confiança entre profissionais e usuário.⁽²³⁾

A demora no atendimento, como terceiro fator limitante na trajetória, demonstrou que a organização deste sistema está permitindo que a demanda pelo serviço de nefrologia seja maior do que a oferta. Isto dificulta o acesso ao tratamento e contribui para o início tardio, afeta a opção pela terapia que melhor lhes atenda; resulta em defasagem nas orientações recebidas, insegurança e não aceitação da doença e do estado de saúde.

Um melhor acesso aos cuidados de saúde tem sido associado a um melhor tratamento e controle da hipertensão e diabetes, um potencial mecanismo, através do qual poderia evitar a incidência da doença renal crônica.⁽²⁴⁾

Ao mergulhar na retrospectiva terapêutica de acertos e erros, do medo, da facilidade e dificuldade foi possível resignificar posturas e condutas no enfrentamento da doença e tratamento e os (des) (com)passos comuns aos pacientes atendidos na rede de saúde. Esses são subsídios para ações profissionais que tornem a terapia mais efetiva.

Conclusão

A maioria dos participantes iniciou seu fluxo de atendimento pela rede pública de saúde. As condições clínicas no itinerário terapêutico evidenciaram sintomas de mal-estar e o perfil clínico avançado das doenças de base.

Os comportamentos prejudicaram o controle de saúde pela demora no atendimento na rede de saúde, a não aceitação da doença e do tratamento. Reduzido número de participantes realizaram acompanhamento periódico das doenças de base em posto de saúde e sem manifestação de sintomas. Todavia, a maioria deles com internação hospitalar de maneira repentina.

Agradecimentos

À Escola de Enfermagem Anna Nery pelo suporte institucional para a realização do estudo. Ao Comitê Nacional de Pesquisa pela Bolsa de Produtividade em Pesquisa, Nível 2, a Fundação de Amparo

a Pesquisa do Rio de Janeiro e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior, pelas bolsas de mestrado concedidas.

Colaborações

Torchi TS contribuiu com a concepção do projeto, execução da pesquisa e redação do artigo. Araújo STC contribuiu com a concepção do projeto, redação do artigo e na revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. Moreira AGM, Koeppen GBO e Santos BTU colaboraram na redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Jha V, Garcia-Garcia G, Iseki K, Li Z, Naicker S, Plattner B, et al. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. Lancet. 2013; 382(9888):260-72.
2. Bastos MG, Kirsztajn GM. [Chronic kidney disease: importance of early diagnosis, immediate referral and structured interdisciplinary approach to improve outcomes in patients not yet on dialysis]. J Bras Nefrol. 2011; 33(1):93-108. Portuguese.
3. Viegas SM, Penna CM. [The construction of integrality in the daily work of health family team]. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2013; 17(1):133-41. Portuguese.
4. Pena PF, Silva Junior AG, Oliveira PT, Moreira GA, Libório AB. [Care for patients with Chronic Kidney Disease at the primary healthcare level: considerations about comprehensiveness and establishing a matrix]. Ciênc Saúde Coletiva 2012; 17(11): 3135-44. Portuguese.
5. The National Collaborating Centre for Chronic Conditions (UK). Chronic Kidney Disease: National Clinical Guideline for Early Identification and Management in Adults in Primary and Secondary Care. London: Royal College of Physicians (UK); 2008 Sep.
6. Cueto-Manzano AM, Córtes-Sanabria L, Martínez-Ramírez HR. Management of chronic kidney disease: primary health-care setting, self-care and multidisciplinary approach. Clin Nephrol. 2010; 74 Suppl 1:S99-S104.
7. Lefevre F, Lefevre AM, Marques MCC. [Discourse of the collective subject, complexity and self-organization]. Ciênc Saúde Coletiva. 2009; 14(4):1193-204. Portuguese.
8. Peixoto ER, Reis IA, Machado EL, Andrade EL, Acurcio FA, Cherchiglia ML. [Planned dialysis and regular use of primary care by diabetic patients in the city of Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil]. Cad Saúde Pública. 2013; 29(6):1241-50. Portuguese.
9. Bastos MG, Kirsztajn GM. [Chronic kidney disease: importance of early diagnosis, immediate referral and structured interdisciplinary approach to improve outcomes in patients not yet on dialysis]. J Bras Nefrol. 2011; 33(1):93-108. Portuguese.
10. Bastos MG, Bregman R, Kirsztajn GM. [Chronic kidney diseases: common and harmful, but also preventable and treatable]. Rev Assoc Med Bras. 2010; 56(2):248-53. Portuguese.
11. Santos FR, Filgueiras MS, Chaoubah A, Bastos MG, Paula RB. [Quality of life and improvement of laboratory parameters as an outcome of an interdisciplinary approach to the care of patients with chronic kidney disease]. Rev Psiquiatr Clín. 2008; 35(3):87-95. Portuguese.
12. Goldstein M, Yassa T, Dacouris N, McFarlane P. Multidisciplinary predialysis care and morbidity and mortality of patients on dialysis. Am J Kidney Dis. 2004; 44(4):706-14.
13. Cho EJ, Park HC, Yoon HB, Ju KD, Kim H, Oh YK, et al. Effect of multidisciplinary pre-dialysis education in advanced chronic kidney disease: propensity score matched cohort analysis. Nephrology (Carlton). 2012; 17(5):472-9.
14. Nygardh A, Malm D, Wikby K, Ahlström G. The experience of empowerment in the patient-staff encounter: the patient's perspective. J Clin Nurs. 2012; 21(5/6): 897-904.
15. Koeppen GB, Araújo ST. [Communication as a research theme in Nephrology: basis for nursing care]. Acta Paul Enferm. 2009; 22(Spe 1):558-63. Portuguese.
16. O'Dwyer Gisele O, Oliveira SP, Seta MH. [Evaluation of emergency services of the hospitals from the QualiSUS program]. Ciênc Saúde Coletiva. 2009; 14(5):1881- 90. Portuguese.
17. Walters BA, Hays RD, Spritzer KL, Friedman M, Carter WB. Health-related quality of life, depressive symptoms, anemia, and malnutrition at hemodialysis initiation. Am J Kidney Dis. 2002; 40(6):1185- 94.
18. Harwood L, Wilson B, Sontrop J, Clark AM. Influência de estressores da doença renal crônica na escolha da modalidade de diálise. J Adv Nurs. 2012; 68(11):2454-65.
19. Garrick R, Kliger A, Stefanchik B. Patient and facility safety in hemodialysis: opportunities and strategies to develop a culture of safety. Clin J Am Soc Nephrol. 2012; 7(4):680-8.
20. Maldaner CR, Beuter M, Brondani CM, Budó ML, Pauleto MR. [Factors that influence treatment adherence in chronic disease patients undergoing hemodialysis: [review]]. Rev Gaúcha Enferm. 2008; 29(4):647-53. Portuguese.
21. Ruiz AF, Basabe BN, Saracho RR. El afrontamiento como predictor de la calidad de vida en diálisis: un estudio longitudinal y multicéntrico. Nefrología (Madr.). 2013; 33(3):342-54.
22. Malta DC, Dimech CP, Moura LS, Jarbas B. [Brazilian Strategic Action Plan to Combat Chronic Non-communicable Diseases and the global targets set to confront these diseases by 2025: a review]. Epidemiol Serv Saúde. 2013; 22(1): 171-8. Portuguese.
23. Leonello VM, Oliveira MA. [Integrity of healthcare as an educational competency of the nurse]. Rev Bras Enferm. 2010; 63(3):366-70. Portuguese.
24. Evans K, Coresh J, Bash LD, Gary-Webb T, Köttgen A, Carson K, Boulware LE. Race differences in access to health care and disparities in incident chronic kidney disease in the US. Nephrol Dial Transplant. 2011; 26(3): 899-908.