



**Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)**

DISCURSOS, SABERES E PRÁTICAS DA ENFERMAGEM 3

Atena
Editora
Ano 2019



**Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)**

DISCURSOS, SABERES E PRÁTICAS DA ENFERMAGEM 3

Atena
Editora
Ano 2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Natália Sandrini
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobom – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
D611	<p>Discursos, saberes e práticas da enfermagem 3 [recurso eletrônico] / Organizadora Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Discursos, saberes e práticas da enfermagem; v. 3)</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia. ISBN 978-85-7247-876-2 DOI 10.22533/at.ed.762192312</p> <p>1. Enfermagem – Pesquisa – Brasil. 2. Enfermagem – Prática. I. Sombra, Isabelle Cordeiro de Nojosa. II. Série.</p> <p style="text-align: right;">CDD 610.73</p>
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A obra “*Discursos, Saberes e Práticas da Enfermagem*” aborda uma série de estudos realizados na área da Enfermagem, sendo suas publicações realizadas pela Atena Editora. Em sua totalidade está composta por 6 volumes, sendo eles classificados de acordo com a área de abrangência e temáticas de estudo. Em seus 25 capítulos, o volume III aborda diferentes aspectos relacionados à Enfermagem, desde assuntos inerentes ao processo de avaliação em saúde, quanto os fatores que envolvem os principais enfrentamentos da profissão.

As pesquisas sobre avaliação em saúde, surgem trazendo publicações sobre iniquidade, infraestrutura, humanização e organização dos serviços de saúde no Brasil. Em se tratando de saúde ocupacional, a vertente é estudada desde a formação profissional até a atuação propriamente dita do profissional nos serviços assistenciais.

Quando se trata da evolução da Enfermagem enquanto ciência, bem como de sua atuação nos mais diversas vertentes, é inquestionável a sua importância e os avanços obtidos até os dias de hoje. No entanto, mesmo diante da necessidade desse profissional para a qualidade na assistência à saúde e demais ramos de sua atuação, observa-se o constante adoecimento do profissional de enfermagem, havendo assim, a necessidade de medidas que visem a saúde ocupacional.

Ademais, esperamos que este livro possa fornecer subsídios para o conhecimento dos mais diversos desafios enfrentados pelos serviços de saúde no Brasil, bem como a identificação de situações que possam comprometer a qualidade de tais serviços e a consequente busca de estratégias que visem qualificá-los. Além disso, objetivamos com o presente volume dessa obra, fortalecer e estimular a prática clínica de enfermagem através de pesquisas relevantes envolvendo os aspectos evolutivos de sua essência enquanto ciência que cuida, bem como estimular a sensibilização para observação das necessidades de saúde ocupacional mediante o reconhecimento do profissional e promoção da saúde do profissional de enfermagem.

Isabelle C. de N. Sombra

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A IMPORTÂNCIA DA IMPLANTAÇÃO DO AMBULATÓRIO INTERDISCIPLINAR PARA TRATAMENTO CONSERVADOR EM USUÁRIOS RENAIIS CRÔNICOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES (Hupaa), NO ESTADO DE ALAGOAS	
Marcela Araújo Galdino Caldas Elysia Karine Nenes Mendonça Ramires Fernanda Paula Sena Colares Jaqueline Maria Silva dos Santos Júnia Costa Vaz de Almeida Maíra Fontes da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.7621923121	
CAPÍTULO 2	13
A UTILIZAÇÃO DO COLAR CERVICAL NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	
Andrio Corrêa Barros Ana Leticia Lago Da Luz Ludmylle Rodrigues Silva França Raylena Pereira Gomes Said Antonio Trabulsi Sobrinho	
DOI 10.22533/at.ed.7621923122	
CAPÍTULO 3	20
INIQUIDADE NA SAÚDE!	
Elizete Maria de Souza Bueno Claudia Carina Conceição dos Santos Mariângela Conceição dos Santos Marcia Kuck Kelly Bueno Sanhudo	
DOI 10.22533/at.ed.7621923123	
CAPÍTULO 4	28
A PERCEPÇÃO DO DISCENTE DE ENFERMAGEM ACERCA DA HUMANIZAÇÃO: O PROCESSO DE FORMAÇÃO E O RESGATE DA <i>LEBENSWELT</i> PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM	
Bianca Marques dos Santos Ticiane Roberta Pinto Goés Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva Eliane Ramos Pereira	
DOI 10.22533/at.ed.7621923124	
CAPÍTULO 5	38
DESENVOLVIMENTO DE UMA TÉCNICA PARA A AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO DE TECIDOS COMO BARREIRA FÍSICA AOS FLUIDOS E ÀS BACTÉRIAS	
Felipe Lazarini Bim Lucas Lazarini Bim Rachel Maciel Monteiro André Pereira dos Santos Marinila Buzanelo Machado Evandro Watanabe	
DOI 10.22533/at.ed.7621923125	

CAPÍTULO 6 49

A VISITA MULTIPROFISSIONAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: CONCATENANDO SABERES PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE

Gabriella de Araújo Gama
Elizabeth Moura Soares de Souza
Karine de Moura Cavalcante
Gustavo Henrique de Oliveira Maia
Anny Suellen Rocha de Melo
Fernanda Correia da Silva

DOI 10.22533/at.ed.7621923126

CAPÍTULO 7 55

PHYSICAL-STRUCTURAL EVALUATION OF MATERIAL AND STERELIZATION CENTERS IN PRIMARE CARE UNITS

Francisco Gilberto Fernandes Pereira
Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos
Jayne Ramos Araújo Moura
Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.7621923127

CAPÍTULO 8 68

AVALIAÇÃO DO CONTEXTO ORGANIZACIONAL DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM CAXIAS-MA

Tatyanne Maria Pereira de Oliveira
Joseneide Teixeira Câmara
Beatriz Mourão Pereira
Núbia e Silva Ribeiro
Tharlíane Silva Chaves
Leônidas Reis Pinheiro Moura
Hayla Nunes da Conceição
Bruna Carolynne Tôrres Müller
Helayne Cristina Rodrigues
Francielle Borba dos Santos
Ananda Santos Freitas
Leticia de Almeida da Silva

DOI 10.22533/at.ed.7621923128

CAPÍTULO 9 81

AVANÇOS E PERCALÇOS FRENTE À REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Paula Cristina da Silva Cavalcanti
Ines Leoneza de Souza
Hercules Rigoni Bossato
Regina Célia Correa Pinto
Flávia Marques Diniz da Costa
Érica Torres Duarte
Paula Cristina da Silva Cavalcanti

DOI 10.22533/at.ed.7621923129

CAPÍTULO 10 94

A SÍNDROME DE BURNOUT SOB O OLHAR DA ENFERMAGEM

Mayrla da Silva Bezerra
Luana Géssica Freire Martins
Carine Severo Freire
Raimundo Nonato de Holanda Filho

CAPÍTULO 11	99
ACIDENTES OCUPACIONAIS POR MATERIAIS BIOLÓGICOS NOTIFICADOS EM ALAGOAS	
Linda Concita Nunes Araújo Margarete Batista da Silva Juliana de Moraes Calheiros Ana Simone Silva do Nascimento Arly Karolyne Albert Alves Santos Arlyane Albert Alves Santos Camila Correia Firmino Maely Nunes Araújo	
DOI 10.22533/at.ed.76219231211	
CAPÍTULO 12	112
AFASTAMENTO DO TRABALHO E SOFRIMENTO FÍSICO E MENTAL EM TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA	
Rafael Mondego Fontenele Cristina Maria Douat Loyola	
DOI 10.22533/at.ed.76219231212	
CAPÍTULO 13	126
CONTROLE SOCIAL: NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE	
Silvana Cavalcanti dos Santos Natália Nunes de Araújo Rhaíza Victória Feitoza Pires Cabral Sílvia Camêlo de Albuquerque Izadora Fernanda Feitoza Pires Cabral Marcelo Flávio Batista da Silva Jefferson Nunes dos Santos Caio Clayderman Ferreira de Lima e Silva	
DOI 10.22533/at.ed.76219231213	
CAPÍTULO 14	139
CUIDADOS À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	
Fabiana Ferreira Koopmans Donizete Vago Daher Magda Guimarães de Araujo Faria Hermes Candido de Paula Andressa Ambrosino Pinto	
DOI 10.22533/at.ed.76219231214	
CAPÍTULO 15	152
AUTOESTIMA E ESTILO DE VIDA DOS ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS DE UM HOSPITAL BAIANO	
Viviane Medeiros Avena Andrea Gomes da Costa Mohallem Maria Mercedes Fernandez Samperiz	
DOI 10.22533/at.ed.76219231215	

CAPÍTULO 16 167

DETERMINANTES E CONSEQUÊNCIAS DO ABSENTEÍSMO ENTRE TRABALHADORE(A)S DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL DA REDE PÚBLICA

Silvio Arcanjo Matos Filho
Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza
Ninalva de Andrade Santos
Thereza Christina Mó Y Mó Loureiro Varella

DOI 10.22533/at.ed.76219231216

CAPÍTULO 17 177

BURNOUT NA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO AMBIENTE HOSPITALAR

Potiguara de Oliveira Paz
Lauana Gottens Del Sent
Dagmar Elaine Kaiser

DOI 10.22533/at.ed.76219231217

CAPÍTULO 18 190

ESTRESSE OCUPACIONAL DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Laryssa Veras Andrade
Samuel Miranda Mattos
Açucena Leal de Araújo
Mairi Alencar de Lacerda Ferraz
Sarah Ellen da Paz Fabricio
Lara Lídia Ventura Damasceno
Thereza Maria Magalhães Moreira

DOI 10.22533/at.ed.76219231218

CAPÍTULO 19 203

GRAUS DE SATISFAÇÃO COM O PROCESSO DE TRABALHO, SOBRECARGA LABORAL E ATITUDES DE ENFERMEIROS EM SERVIÇOS COMUNITÁRIOS DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: ESTUDO CORRELACIONAL

Carolina Fernandes Santos
Bianca Cristina Silva de Assis
Maria Odete Pereira
Mark Anthony Beinner

DOI 10.22533/at.ed.76219231219

CAPÍTULO 20 217

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ACADÊMICO E SÍNDROME DE BURNOUT EM RESIDENTES MULTIPROFISISONAIS

Rodrigo Marques da Silva
Ihago Santos Guilherme
Cristilene Akiko Kimura
Osmar Pereira dos Santos
Maria Fernanda Rocha Proença
Débora Dadiani Dantas Cangussu
Carla Chiste Tomazoli Santos
Ana Lúcia Siqueira Costa
Laura de Azevedo Guido

DOI 10.22533/at.ed.76219231220

CAPÍTULO 21 240

KNOWLEDGE OF NURSING GRADUATION STUDENTS ON PALIATIVE CARE

Barbara Fernandes Custódio
Adriana de Moraes Bezerra
Naanda Kaanna Matos de Souza
Karina Ellen Alves de Albuquerque
Andreliny Bezerra Silva
Kelly Suianne de Oliveira Lima
Liana Ingrid Cândido Ferreira
Sarah Lucena Nunes
Francisco Ayslan Ferreira Torres
Antonio José Silva dos Santos
Amanda Vilma de Oliveira Lacerda
Maiara Bezerra Dantas

DOI 10.22533/at.ed.76219231221

CAPÍTULO 22 253

ÓTICA DA FAMÍLIA FRENTE À VISITA DOMICILIAR DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
REPERCUSSÕES DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DO IDOSO

Wanderson Alves Ribeiro
Bruna Porath Azevedo Fassarella
Keila do Carmo Neves
Ana Lúcia Naves Alves
Larissa Meirelles de Moura
Raimunda Farias Torres Costa
Juliana de Lima Gomes
Roberta Gomes Santos Oliveira
Andreia de Jesus Santos
Priscila Antunes Figueiredo da Silva Costa
Júlia Ferreira
Ana Carolina Mendes Soares Benevenuto Maia

DOI 10.22533/at.ed.76219231222

CAPÍTULO 23 268

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ACOLHIMENTO A PESSOAS PORTADORAS DE DOENÇAS
CRÔNICAS

Margarete Batista da Silva
Linda Concita Nunes Araújo
Rosa Caroline Mata Verçosa
Camila Correia Firmino
Maely Nunes de Araújo

DOI 10.22533/at.ed.76219231223

CAPÍTULO 24 276

NIVEIS DE ESTRESSE EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Maria Angélica Melo e Oliveira
Patrícia Magnabosco

DOI 10.22533/at.ed.76219231224

CAPÍTULO 25	287
O ESTRESSE NA EQUIPE DE ENFERMAGEM E SUA INTERFACE COM A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA	
Yasmim Rathes dos Santos	
Francisco Carlos Pinto Rodrigues	
Aline Zuse de Freitas Borges	
Katryn Corrêa da Silva	
Vivian Lemes Lobo Bittencourt	
Narciso Vieira Soares	
Patrícia Grzeca	
DOI 10.22533/at.ed.76219231225	
SOBRE A ORGANIZADORA.....	294
ÍNDICE REMISSIVO	295

A IMPORTÂNCIA DA IMPLANTAÇÃO DO AMBULATÓRIO INTERDISCIPLINAR PARA TRATAMENTO CONSERVADOR EM USUÁRIOS RENAIIS CRÔNICOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES (HUPAA), NO ESTADO DE ALAGOAS

Data de aceite: 25/11/2019

Marcela Araújo Galdino Caldas

Enfermeira no Hospital Universitário Professor
Alberto Antunes (HUPAA)
Maceió - AL

Elysia Karine Nenes Mendonça Ramires

Nutricionista no Hospital Universitário Professor
Alberto Antunes (HUPAA)
Maceió – AL

Fernanda Paula Sena Colares

Enfermeira no Hospital Universitário Professor
Alberto Antunes (HUPAA)
Maceió – AL

Jaqueline Maria Silva dos Santos

Acadêmica de Enfermagem pela Faculdade de
Tecnologia de Alagoas (FAT)
Maceió - AL

Júnia Costa Vaz de Almeida

Psicóloga no Hospital Universitário Professor
Alberto Antunes (HUPAA)
Maceió - AL

Maíra Fontes da Silva

Enfermeira no Hospital Universitário Professor
Alberto Antunes (HUPAA)
Maceió – AL

RESUMO: O presente trabalho aborda a atuação da equipe interdisciplinar na busca por uma melhor adesão dos pacientes renais

crônicos ao tratamento renal conservador. Tem como objetivo demonstrar a importância da atuação da equipe para a melhoria na adesão ao tratamento renal conservador, para tal descreve o que é o tratamento renal conservador, as ações da equipe de saúde neste tratamento e avalia a importância das ações do enfermeiro para melhorar a adesão. Trata-se de um estudo descritivo, baseado em uma revisão de literatura sobre a implantação de um ambulatório interdisciplinar para tratamento conservador em usuários renais crônicos. Como resultados, identificou-se que no âmbito psicossocial, existem muitos fatores que podem afetar os pacientes com IRC, como: a restrição de tempo, limitação para viagens de longa permanência, restrições alimentares, disfunções sexuais, restrições para o trabalho, conflitos com a família, medo da morte. Percebe-se que a maioria dos indivíduos iniciam o tratamento de diálise despreparados, inseguros e descompensados clinicamente, fatores que podem colaborar para uma baixa aceitação de sua atual condição de saúde e conseqüentemente a não adesão ao tratamento e baixa qualidade de vida. Conclui-se que a DRC provoca mudanças repentinas no cotidiano dos pacientes, criando limitações para realizar as atividades de vida diária, ocorrem inúmeras perdas nos âmbitos profissional,

social, sexual e psicológico. A atuação do ambulatório multidisciplinar associado ao investimento em ações de promoção da adesão ao tratamento pode contribuir para a melhor qualidade de vida dos usuários.

PALAVRAS-CHAVE: Adesão ao tratamento, tratamento conservador, equipe interdisciplinar.

1 | INTRODUÇÃO

A doença renal crônica vem despertando o interesse de muitos profissionais, visto que sua incidência vem aumentando em todo o mundo. Desta forma, tem sido considerada um problema de saúde pública, que atinge a população mundial e dispende grande quantia de recursos para tratá-la. (MADEIRO et al., 2010,p. 547).

Conforme Roso Et Al (2013) é considerada uma patologia silenciosa, por não apresentar sinais e sintomas prévios significativos e tem no tratamento renal conservador a possibilidade de reduzir o ritmo de progressão da doença renal, manter a função renal, melhorar as condições clínicas, psicológicas e sociais do usuário.

Destacam-se os ambulatórios voltados para o tratamento renal conservador, que prepararam os pacientes que possuem indicações das referidas terapias, encaminhando-os para a confecção de acessos venosos, imunização, ajustando medicações e corrigindo complicações como: anemia e distúrbios eletrolíticos e ácido-básicos.

As condutas supracitadas tem o objetivo de diminuir os impactos causados ao indivíduo quando precisa iniciar uma terapia renal substitutiva (hemodiálise, diálise peritoneal) de emergência, sem qualquer preparo ou tratamento prévio.

No entanto, existe um problema real, trata-se da escassez de diagnóstico precoce das comorbidades que colaboram com o aumento da incidência e prevalência de DRC. Desta forma, quando o paciente consegue ser atendido por um nefrologista, já se encontra em um estágio muito avançado da DRC, muitas vezes, com indicação de iniciar uma terapia renal substitutiva.

Tendo em vista a relevância dos ambulatórios interdisciplinares, o trabalho se propõe a descrever o que é o tratamento conservador e dentro deste tratamento descrever suas ações e avaliar a importância do ambulatório para uma melhor adesão do paciente ao tratamento, pois nos últimos anos muitos trabalhos tem como foco a insuficiência renal crônica, sendo pouco os estudos referentes ao tratamento conservador.

Desta forma, tem-se como objetivo geral demonstrar a importância do ambulatório interdisciplinar para a melhoria na adesão ao Tratamento Renal Conservador e como objetivos específicos : descrever o que é o Tratamento Renal

Conservador e identificar a importância das ações do ambulatório interdisciplinar no Tratamento Renal Conservador;

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, baseado em uma revisão de literatura, com abordagem qualitativa que não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc.

Após o levantamento bibliográfico, foi realizado estudo para compreender o tratamento renal conservador, seu funcionamento, metodologia e benefícios para o usuário, de forma que possamos avaliar a importância do ambulatório de tratamento renal conservador para a melhor adesão ao tratamento proposto, a fim de otimizar o resultado do mesmo bem como melhorar a qualidade de vida do indivíduo.

3 | REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Contextualizando a Insuficiência Renal Crônica

O corpo humano é composto por diversos sistemas, que trabalham interligados e em sincronia, visando à manutenção da vida, entre esses, o sistema urinário desempenha um importante papel. Destacam-se os rins, com sua “função básica de limpar o plasma sanguíneo de substâncias indesejáveis para o organismo” (FERMI, 2010, p.12).

No entanto, as funções renais são inúmeras,

Regulam também a água e os eletrólitos do corpo. Fazem com que permaneça constante o meio interno (homeostase), cuja estabilidade é imprescindível para a vida. Os rins também funcionam como glândula endócrina (papel no metabolismo de vitamina D, sistema renina-angiotensina, síntese de eritropoietina, entre outras). Pode-se dizer que os rins eliminam, equilibram (homeostase) e produzem (LIMA et al., 2009, p.162).

Diante da importância destes órgãos, percebe-se o quanto qualquer comprometimento do mesmo pode afetar a fisiologia do organismo. Entre as patologias renais, existem dois tipos das chamadas insuficiências renais, a saber: Lesão Renal Aguda (LRA), antes denominada Insuficiência Renal Crônica, e Doença Renal Crônica (DRC), também denominada Doença Renal Crônica Terminal (DRCT).

Entre as principais causas que levam a DRC estão o diabetes melitus (DM) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS). Existem outros fatores, porém, em menor escala: rins policísticos, doenças autoimunes, glomerulonefrites, lesão ou trauma nos rins, pielonefrites, entre outros.

Daugirdas et al.(2016) afirma que há várias definições, mas adota o conceito da US Preventive Health Service que utiliza a taxa de filtração glomerular (TFG) < 60 ml/min ou lesão renal por no mínimo 3 meses e entre os fatores de risco, identifica: doença cardiovascular, tabagismo, obesidade, idade maior que 60 anos, origem indígena e histórico familiar de DRC, hipertensão e diabetes melito. A TFG é definida como “o volume de soro depurado pelos rins por unidade de tempo[...] depende da área de superfície corporal e da idade” (DAUGIRDAS et al., 2016, p. 04).

Atualmente, a DRC é dividida em cinco estágios, que variam de acordo com a progressão da doença e baseia-se na Kidney Disease Outcome Quality Initiative (KDOQI) da National Kidney Foundation (NKF), explicado por Daugirdas et al. (2016) da seguinte forma: Estágios I e II são os mais leves, nestes, existe a evidência de lesão renal, mas a TFG ainda está acima de 60 ml/min, enquanto nos estágios 3, 4 e 5, a TFG está respectivamente inferior a 60, 30 e 15 ml/min.

A partir do estágio 4, já deve ser iniciada a preparação para uma futura terapia de substituição renal, o paciente já deve estar acompanhado por um nefrologista e os fatores de risco associados a doença cardiovascular e a evolução da DRC devem estar sendo tratados. Deve-se sempre atentar para os fatores de risco visto que a sobrevivência dos pacientes com doença renal terminal (DRET) está diretamente relacionada a condição na qual o mesmo iniciou o tratamento de substituição renal.

Silva (2015) relata que a partir da década passada ficou evidente que a progressão da DRC em pacientes com diferentes patologias renais e aos cuidados de nefrologistas poderia ser retardada ou mesmo interrompida com medidas como controle rigoroso da pressão arterial e emprego de medicamentos bloqueadores do eixo renina-angiotensina-aldosterona (ERAA), entre outras.

Quando a IRC é diagnosticada em um indivíduo, há duas possibilidades: iniciar o tratamento renal conservador ou o tratamento para substituição parcial das funções renais, definidos como: diálise, que dependendo do processo adotado pode ser hemodiálise ou diálise peritoneal e transplante renal. Esses mantêm a vida, porém não promovem a cura.

De acordo com Riella (2003), a hemodiálise consiste na diálise realizada por uma máquina, a qual promove a filtração extracorpórea do sangue. A National Kidney Foundation considera que a dose ideal de hemodiálise já se encontra estabelecida mundialmente: frequência de três vezes por semana e duração de 4 horas cada sessão, com a meta e manutenção de uma taxa de remoção de ureia (Kt/V) em torno de 1,2.

Desta forma, para atingir a meta de redução da taxa de mortalidade faz-se necessário destinar as pesquisas realizadas atualmente para outras áreas, a exemplo da adesão do paciente ao regime terapêutico proposto.

3.2 O Preparo do Paciente para a Hemodiálise

O preparo de um paciente para a diálise inclui diversas medidas, a saber: escolha da modalidade de diálise, do local de realização, instituição de acesso venoso, atualização do esquema vacinal, seguimento nutricional rigoroso e controle de ingesta líquida.

Segundo Lima et al (2009), o portador de doença renal crônica tem suas necessidades humanas básicas afetadas, necessitando de assistência qualificada e individualizada, pois cada indivíduo pode sentir em maior ou menor necessidade as manifestações da uremia, que consiste em sinais e sintomas que resultam da perda de todas as funções renais (excretora, endócrina e metabólica) quando a filtração glomerular está abaixo de 20-30 ml/min.

O encaminhamento do paciente com doença renal crônica para um serviço especializado é imprescindível, quanto antes esse paciente conseguir ser atendido nestes serviços maiores serão as chances de lentificar a progressão da doença renal, utilizando tratamentos adequados, com os quais poderão prevenir complicações da uremia, como a desnutrição, anemia, desidratação, descompensação diabética, desequilíbrios hidroeletrólíticos e ácido básico, osteodistrofia renal, hipertensão grave.

Neste sentido,

A IRC requer adaptação ou, pelo menos, adesão do cliente ao tratamento dialítico, visto que muitas pessoas não conseguem adaptar-se ao novo estilo de vida, apenas aderem por ser essencial para a manutenção da vida. Indivíduos submetidos à diálise enfrentam perdas e alterações estressantes da imagem e das funções orgânicas. Como consequência dessas perdas, muitas pessoas submetidas à diálise tornam-se deprimidas e ansiosas. Não obstante, a maioria consegue adaptar-se à diálise ou, pelo menos, aderir ao tratamento (MADEIRO et al., 2010,p. 547).

No âmbito psicossocial, existem muitos fatores que podem afetar os pacientes com DRC, como: a restrição de tempo, limitação para viagens de longa permanência, restrições alimentares, disfunções sexuais, restrições para o trabalho, conflitos com a família, medo da morte.

Em relação à adesão ao tratamento, a importância do suporte social e do apoio oferecido pela equipe de saúde é considerado um recurso essencial na aceitação da doença e do tratamento.

Segundo Oliveira et al.(2016) a DRC provoca mudanças repentinas no cotidiano dos pacientes, criando limitações para realizar as atividades de vida diária e gerando um grande impacto nas emoções e na qualidade de vida do paciente e além dos impactos fisiológicos e emocionais, ocorrem inúmeras perdas nos âmbitos profissional, social, sexual e psicológico.

Deve-se considerar que os pacientes com DRC são envolvidos por diversos

sentimentos de conflito, visto a dependência a medicamentos, dieta, realização de exames e a situação vida-morte que a doença provoca.

As autoras Medeiros e Sá (2011) relatam que a compreensão da visão dos portadores de doença renal crônica sobre a sua patologia e importância do tratamento a nível ambulatorial é de extrema significância para identificar o grau de conhecimento dessa população.

Sabe-se que o autocuidado inclui: tomada de medicamentos, seguimento de uma dieta adequada as condições de saúde, seguimento de hábitos de vida saudáveis, entre outras atitudes, que juntas podem melhorar as condições clínicas dos usuários e retardar o início de terapias renais substitutivas.

A equipe tem um papel fundamental, no entanto, a adesão ao tratamento é em grande parte determinada pelas atitudes do paciente, considerando que o mesmo é responsável por todas as medidas supracitadas. Apesar da grande influência e colaboração dos profissionais e familiares, a decisão por aderir ou não ao tratamento depende do indivíduo com doença renal crônica.

Prezzoto (2014) relata que a adaptação a um novo estilo de vida geram muitas mudanças relacionadas a rotina destes pacientes, visto que a própria patologia impõe distintas necessidades, como a alteração nos hábitos alimentares e na ingesta hídrica, o tratamento medicamentoso rigoroso, a necessidade da realização semanal das sessões dialíticas.

A orientação e o apoio da equipe multidisciplinar a esses pacientes com o objetivo de facilitar o entendimento sobre a sua doença, almejando a superação das diferenças e das mudanças em seu estilo de vida é imprescindível.

O enfoque no autocuidado visa reforçar para o usuário a importância que o mesmo possui no seu tratamento, já que também passa a ser responsável pelo mesmo. Não se trata de diminuir a responsabilidade da equipe multidisciplinar, mas sim, de dá autonomia ao indivíduo e faze-lo entender que o resultado de seu tratamento também depende de sua aceitação.

Desta forma, percebe-se que há um ciclo, que precisa ser contínuo: a equipe precisa está treinada e receptiva para preparar o paciente, este necessita ser bem preparado, mas também está aberto para receber os ensinamentos e colocar em prática. Porém, há uma continuidade, é um processo que permeia todo o tratamento, devendo haver uma troca entre os elementos envolvidos.

Para tal, deve-se perceber e valorizar o paciente renal crônico e tentar entender as suas necessidades e motivações, fato que pode contribuir para a sua cooperação com a equipe e conseqüentemente para a valorização da sua própria vida, de forma que assuma as suas responsabilidades e possa aderir ao tratamento proposto e cumprir com suas obrigações.

De acordo com Martins (2008), a adesão ao tratamento de hemodiálise é difícil

para os pacientes, pois poucos tratamentos são tão complexos e exigentes como o prescrito para estes. A autora ainda utiliza a definição da Organização Mundial de Saúde (2004) para explicar a complexidade do termo adesão, que consiste no grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa – tomar o medicamento, realizar dieta ou mudanças nos hábitos de vida – e a as prescrições de saúde.

“A adesão ao tratamento é considerada um processo multifatorial, fundamentado na parceria entre quem cuida e quem é cuidado, através do qual se estabelece uma aproximação que possibilita abertura para o diálogo” (SILVEIRA; RIBEIRO, 2015, p.94).

Para Marciel (2015), a adesão é um processo no qual o sujeito atende às expectativas do tratamento proposto, seguindo as orientações e prescrições recomendadas pela equipe multiprofissional. O autor refoça a ideia afirmando que a adesão proporciona a melhoria do quadro clínico dos usuários e o conhecimento dos fatores que a envolvem é imprescindível.

Ainda o mesmo autor defende que a aceitação da doença e o reconhecimento da importância do tratamento proposto leva o indivíduo a seguir as recomendações dadas pelos profissionais, reduzindo as complicações da DRC e melhorando suas condições clínicas. Para ele, tal fato confere maior autonomia ao paciente na busca de alternativas de superação das dificuldades e a possibilidade de adaptar-se à nova condição de saúde.

Em estudo realizado por Marciel (2015) foi identificado que os pacientes demonstraram ter pouco conhecimento acerca de sua patologia, limitando-se apenas ao discernimento das causas subjacentes ao problema renal e a um entendimento superficial sobre a doença. O autor percebeu que o conhecimento mostrou-se restrito às consequências da DRC e às limitações impostas pelo tratamento relacionado à dieta e à ingestão hídrica.

Ao analisar Coutinho (2011), percebe-se a problemática da constatação acima, visto que para o autor o déficit de conhecimento influencia negativamente no processo de autocuidado, pois os pacientes com baixa instrução têm dificuldade de compreender as recomendações dadas, obtendo maior índice de abandono ao tratamento.

É justamente nesse momento que a atuação da equipe multidisciplinar é evidenciada, pois a mesma dispõe de artifícios, como a educação em saúde com enfoque na promoção do conhecimento, que pode subsidiar a abordagem dos pacientes e enriquecer os resultados obtidos na busca pela adesão do mesmo, apesar das limitações impostas pela condição social.

Salientando o exposto, Prezzoto (2014) afirma que a equipe de saúde pode desempenhar um papel fundamental no enfrentamento do paciente e de sua família quando inseridos num processo de doença crônica.

O autor defende que a confiança depositada pelo paciente na equipe multidisciplinar é um fator preponderante na questão da adesão ao tratamento, deixando o paciente mais a vontade para o diálogo com a equipe, expondo suas dúvidas, medos e idéias, facilitando desta forma a construção do vínculo entre paciente e equipe que o assiste.

Grasselli (2012) já atentava para essas mudanças e limitações físicas e psicossociais, destacando os inúmeros problemas secundários que surgem, como isolamento social, incapacidade para trabalhar, depressão, pessimismo e desistência do tratamento. Por essa razão, defende que a presença da família e da equipe de saúde é fundamental para resgatar nos indivíduos a vontade de viver, a autoestima e o autocontrole no decurso da enfermidade.

Atrelado a tais fatores deve-se ainda considerar que a interação dos doentes renais crônicos com os demais pacientes, seus familiares e a equipe multiprofissional proporciona a troca de experiências e pode ser utilizado como um excelente meio de conhecimento de sua patologia e tratamento.

Daugirdas et al. (2016), destaca a necessidade da equipe profissional que cuida de tais pacientes reconhecer a percepção de qualidade de vida dos mesmos, considerando que a diálise pode interferir diretamente sobre a referida percepção e esta, por sua vez, está relacionada à maior sensação de bem estar que pode tornar o paciente mais propenso a aderir às prescrições de diálise.

Percebe-se que a não-adesão ao tratamento é uma dificuldade na assistência ao paciente. De acordo com Maldaner et al. (2008), o tratamento requer trabalho em equipe, envolvendo o esforço dos profissionais de saúde e a utilização da tecnologia disponível, mas principalmente, requer a colaboração e o envolvimento da pessoa portadora da patologia no cuidado de si.

Na realidade, deve-se considerar imprescindível a assistência da equipe multidisciplinar aos pacientes em hemodiálise, aliados ao conhecimento científico, a fim de melhorar sua atuação, principalmente a enfermagem, que tem o cuidar como essência da profissão e é extremamente intervencionista, seja no âmbito individual ou coletivo.

Para Marciel (2015), a equipe multidisciplinar deve compartilhar as responsabilidades com os pacientes, formando uma aliança terapêutica, na qual os profissionais de saúde têm a função de envolver o paciente e seus familiares em um processo de adaptação, diminuindo as dúvidas e esclarecendo a importância da aderência à terapia para o bem estar e redução da mortalidade, que é algo tão presente nesse grupo de paciente com patologias crônicas.

O paciente deve ser visto não apenas como um ser individual, a família também precisa estar inserida nesse processo de cuidar, pois a doença altera a rotina dos membros familiares.

Nessa perspectiva, Rosso (2013) relata que a promoção e o encorajamento para o cuidado de si é um dos caminhos para melhorar a autoestima e orientar o enfrentamento da doença e a adaptação a nova rotina.

O estímulo ao autocuidado e a adesão ao tratamento é um dos objetivos do atendimento nos ambulatorios para pacientes em tratamento renal conservador, considerando que ao controlar as patologias crônicas já instaladas aumentam-se as chances de manter o vínculo para um maior apoio na manutenção do tratamento conservador.

Acredita-se que a linguagem adequada durante a realização das orientações aos pacientes é fundamental nesse processo, visto que uma linguagem mais técnica pode contribuir a não adesão dos pacientes ao tratamento. O apoio da equipe multiprofissional é fundamental para que o indivíduo e seus acompanhantes possam assimilar e responder melhor a vivência da doença crônica e do tratamento.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

O atendimento nos ambulatórios de tratamento renal conservador, geralmente, funcionam da seguinte forma: o médico consulta e encaminha o paciente ao atendimento multiprofissional, durante este atendimento a equipe faz uma escuta do paciente e uma triagem que vai permitir conhecer a sua realidade e demandas existentes.

Após esse primeiro contato, o indivíduo pode ser encaminhado ao atendimento individual com o psicólogo, o nutricionista, o assistente social e o enfermeiro, além de outros serviços, como: sala de vacina para a imunização, laboratório afim de realizar exames, secretarias de saúde, na qual darão entrada nos benefícios que lhes são garantidos e a farmácia excepcional para adquirirem as medicações que necessitam para iniciar o tratamento.

Atualmente, existem nove instituições de saúde que ofertam tratamento hemodialítico na cidade de Maceió, destas, apenas uma é composta apenas por pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), que é a Unidade do Sistema Urinário do Hospital Universitário (HUPAA). As demais atendem usuários do SUS, de convênios de saúde e particulares.

Durante as atividades desenvolvidas no ambulatório interdisciplinar, observou-se que a equipe conhece a necessidade da adesão para o sucesso do tratamento, no entanto, sente-se desestimulada em persistir com ações para melhorar a mesma por acreditar que os pacientes não colaboram com o seu tratamento.

No entanto, as causas que podem colaborar para a não adesão ao tratamento, muitas vezes, são desconhecidas ou não são trabalhadas seja dentro da equipe multiprofissional, com o próprio paciente ou com sua família.

Diante do aumento no número de usuários renais que eram encaminhados para atendimento, percebeu-se a importância da detecção precoce das doenças renais, com o objetivo de realizar ações capazes de retardar e preparar tais usuários para a fase da falência total dos rins, que tem como consequência a necessidade de iniciar terapias de substituição renal, a saber: diálise peritoneal, hemodiálise e transplante renal.

Percebeu-se que uma parcela dos pacientes inicia o tratamento de diálise despreparada, insegura e descompensada clinicamente, fatores que podem colaborar para uma baixa aceitação de sua atual condição de saúde e conseqüentemente a não adesão ao tratamento, visto que, se não há entendimento da importância do mesmo, o valor atribuído poderá ser muito pouco, fazendo muitos pacientes acreditarem que comparecer as sessões de hemodiálise é suficiente.

Quando as políticas de promoção da saúde e prevenção de agravos não são prioridades em um sistema de saúde o resultado é uma sobrecarga na rede de alta complexidade, pois se não houver prevenção, os agravos aparecerão em maior número e as doenças demandaram mais cuidados e gastos, este é o cenário nacional em relação as patologias renais.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doença renal crônica tem um grande impacto na vida dos indivíduos acometidos e de suas famílias. É inegável que a DRC provoca mudanças repentinas no cotidiano dos pacientes, criando limitações para realizar as atividades de vida diária e gerando um grande impacto nas emoções e na qualidade de vida do indivíduo, além dos impactos fisiológicos e emocionais, ocorrem inúmeras perdas nos âmbitos profissional, social, sexual e psicológico.

O trabalho interdisciplinar enfrenta desafios, no entanto, a articulação de saberes é uma proposta de trabalho enriquecedora não apenas para o usuário, como também para a equipe, como possibilidade de favorecer uma assistência integral em saúde e ofertar um atendimento de mais qualidade dentro do serviço.

É muito importante identificar a percepção de qualidade de vida dos pacientes e considerar que a diálise pode interferir diretamente sobre a referida percepção e esta, por sua vez, está relacionada à maior sensação de bem estar que pode tornar o paciente mais propenso a aderir ao tratamento proposto.

Nesse sentido, o investimento em ações de promoção da adesão ao tratamento pode contribuir para a melhor qualidade de vida dos usuários, que pode influenciar na aceitação da patologia e conseqüentemente proporcionar melhorias para o tratamento, assim como diminuir os índices de internamento e morbimortalidade.

Todas essas medidas, sem dúvidas, podem contribuir para um melhor empenho da equipe, pois quando o profissional percebe que suas ações estão gerando resultados, sentem-se mais estimulados para investir em melhorias na assistência prestada, principalmente quando se trata de vidas.

O perfil do indivíduo que necessita de uma terapia renal substitutiva e são atendidos nos ambulatórios para tratamento renal conservador: são pacientes que, muitas vezes, estão revoltados por não terem se cuidado e como resultado terão suas rotinas modificadas radicalmente.

Diante do exposto, ressalta-se a importância da equipe interdisciplinar, com sua atuação na construção de ações contínuas de educação em saúde, na identificação das necessidades do indivíduo assistido, visto o tempo de convivência com o mesmo, na assistência as suas demandas e na motivação da equipe em persistir acreditando na capacidade de adesão dos pacientes ao tratamento, como forma de otimizar os resultados preteridos e em consequência os resultados preteridos.

REFERÊNCIAS

Coutinho NPS, Tavares MCH. **Atenção ao paciente renal crônico, em hemodiálise, sob a ótica do usuário.** Cad. Saúde Colet. 2011; 19(2). Disponível: www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_2/artigos/csc_v19n2_232-239.pdf. Acesso: 06 de setembro de 2018.

DAUGIRDAS, J. T. et al. . **Manual de Diálise.** 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

FERMI, M.R.V. **Diálise para Enfermagem: guia prático.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

GRASSELLI, CSM, Chaves ECL, Simão TP, Botelho PB, Silva RR. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise. Rev. Bras. Clin. Med. 2012; 10(6). Disponível: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n6/a3185.pdf>. Acesso: 06 de setembro de 2018.

LIMA, E.X.; SANTOS, I.; SOUZA, E.R.M. Tecnologia e o Cuidar de Enfermagem em Terapias Renais Substitutivas. São Paulo: Atheneu, 2009.

MACIEL, C.G.; FERRAZ, R.N.; FRANÇA, V.V.; FRAZÃO, I.S.; BORBA, A.K.O.T. **Adesão ao tratamento hemodialítico: percepção dos pacientes renais crônicos.** Cogitare Enferm. 2015 Jul/set; 20(3): 540-547. Disponível em: Acesso: 06 de setembro de 2018.

MADEIRO, A. C. et al . **Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise.** Acta paul. enferm., São Paulo , v. 23, n. 4, p. 546-551, abril, 2010 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000400016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 de outubro de 2017.

MALDANER et al. **Fatores que Influenciam a Adesão ao Tratamento na Doença Crônica: o doente em terapia hemodialítica.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre; vol.29, n.4, p.647-653, dez, 2008. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7638/4693>. Acesso em: 20 de outubro de 2017.

MARTINS, R. R. . **Elaboração e Avaliação de Indicadores Comportamentais de Aderência ao Tratamento Hemodialítico.** 2008. 117 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal

do Rio Grande do Norte, Natal, 2008. Disponível em: <<http://www.natal.rn.gov.br/bvn/publicacoes/remersonrm.pdf>. > Acesso: 20 de outubro de 2017.

MEDEIROS, MCWC; Sá, MPC. **Adesão dos Portadores de doença Renal crônica ao tratamento conservador**. Rev Rene, Fortaleza, 2011 jan/mar; 12(1):65-72. Acesso: 03 set 2016. Disponível em http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a09v12n1.pdf

OLIVEIRA et al. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e sua relação com mortalidade, hospitalizações e má adesão ao tratamento. Jornal Brasileiro de Nefrologia, Paraná, v.38, n. 4, p.411-420, out. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbn/v38n4/pt_0101-2800-jbn-38-04-0411.pdf. Acesso: 20 de outubro de 2017.

PACHECO GS, Santos I, Bregman R. **Características de clientes com doença renal crônica: evidências para o ensino do autocuidado**. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2006 jul/set; 14(3):434-9. Acesso em 03 set.2016. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reuerj/v14n3/v14n3a16.pdf>

PREZOTTO, K.H.; ABREU, I. S.; O paciente renal crônico e a adesão ao tratamento hemodialítico. Rev enferm UFPE on line., Recife, 8(3):600-5, mar., 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9715/9794>. Acesso em: 06 de setembro de 2018.

ROMÃO Junior JE. **Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação**. J Brás Nefrologia. 2004 ago.; XXVI(3Supl. 1): S1-3.

ROSO, CC; Beuter, M; Brondani, CM; Timm, AMB ; Pauletto, MR; Cordeiro, FR. **O autocuidado de doentes renais em tratamento conservador: uma revisão integrativa**. Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online); 5(5,n.esp): 102-110, dez. 2013. tab. Acesso em 03 set.2016. Disponível em <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-700269>

ROSO, CC; Beuter,M; Kruse, MHL; Perlim, NMOG; Jacobi, CS; Cordeiro,FR **O cuidado de si de pessoas em tratamento conservador da doença renal crônica**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Jul-Set; 22(3): 739-45. Acesso: 03 set 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a21.pdf>

SILVEIRA, L. M. C. ; RIBEIRO, V. M. B. **Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes**. Interface, Botucatu, v. 9, n. 16, fev. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de outubro de 2017.

SOBRE A ORGANIZADORA

ISABELLE CORDEIRO DE NOJOSA SOMBRA - Enfermeira pelas Faculdades Nordeste - FANOR (Bolsista pelo PROUNI). Doutoranda em Obstetrícia (DINTER UFC/UNIFESP). Mestre em Saúde Coletiva - PPSAC/UECE. Especialização em Enfermagem Obstétrica - (4 Saberes). Especialista em Saúde Pública - UECE. Atua como consultora materno-infantil. Enfermeira Obstetra na clínica Colo. Atuou como docente do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará e do Centro Universitário Pitágoras de Fortaleza. Atuou como professora do Grupo de Pesquisa em Avaliação da Saúde da Mulher - GPASM/ESTÁCIO. Atuou como docente do Curso Técnico em Cuidado de Idosos - PRONATEC/Unichristus. Atuou como supervisora pedagógica do Curso Técnico em Enfermagem da Diretoria de Educação Profissional em Saúde (DIEPS) da Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE. Atuou como enfermeira assistencial no Hospital Distrital Dr. Fernandes Távora (HFT). Atuou na preceptoria de estágio das Faculdades Nordeste - FANOR. Atuou como pesquisadora de campo da Universidade Federal do Ceará (UFC) - Faculdade de Medicina - no Projeto vinculado ao Departamento de Saúde Materno Infantil. Atuou no Projeto de Práticas Interdisciplinares no Contexto de Promoção da Saúde sendo integrante do grupo de pesquisa "Cuidando e Promovendo a Saúde da Criança e do Adolescente" - FANOR;. Atuou como Membro do Grupo de Pesquisa em Estudos Quantitativos da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Atua principalmente nos seguintes temas: saúde da mulher, saúde materno-infantil e saúde coletiva.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Absenteísmo 114, 119, 121, 122, 124, 167, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 192, 197
Adesão ao tratamento 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 264
Ambiente de trabalho 36, 55, 63, 64, 66, 102, 104, 108, 109, 115, 117, 121, 124, 161, 169, 178, 181, 186, 187, 200, 201, 213
Assistência centrada no paciente 50
Atenção primária à saúde 55
Autocuidado 6, 7, 9, 12, 152, 153, 154, 164, 256, 257, 272
Autoimagem 152
Avaliação em saúde 69, 286

B

Burnout 94, 95, 96, 97, 98, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 194, 196, 197, 198, 199, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 217, 218, 219, 220, 222, 223, 224, 225, 226, 229, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 286, 293

C

Carga de trabalho 64, 124, 160, 162, 181, 184, 204
Colar cervical 13, 15, 17, 18, 19
Conselheiros de saúde 126, 127, 130, 132, 133, 136
Conselho municipal de saúde 126
Controle social 126, 127, 128, 129, 133, 135, 137, 138
Cuidados críticos 112
Cuidados paliativos 240, 241, 242, 244, 247, 248, 249, 250, 251, 252

D

Discente 28
Discriminação 20, 21, 22, 24, 25, 26, 120, 121, 122, 186

E

Ensino 12, 19, 29, 30, 35, 84, 94, 95, 112, 123, 130, 131, 162, 165, 239, 241, 242, 243, 246, 249, 250, 253, 261, 276, 278, 285
Equidade 21, 23, 24, 25, 27, 145, 150, 258, 268, 269
Equipe de enfermagem 15, 19, 100, 101, 113, 114, 119, 123, 124, 166, 169, 170, 171, 175, 176, 177, 178, 181, 182, 183, 185, 186, 187, 190, 191, 194, 195, 197, 200, 201, 202, 251, 256, 287, 288, 290, 293
Equipe interdisciplinar 1, 2, 11, 203, 205, 206
Equipe multiprofissional 7, 8, 9, 50, 51, 54, 113, 201, 251, 272, 274, 283
Esgotamento profissional 177, 182, 183, 185, 191, 195, 204, 205

Esterilização 41, 42, 43, 48, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67
Estilo de vida 5, 6, 100, 152, 154, 155, 156, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165
Estresse 27, 36, 94, 95, 109, 113, 114, 117, 118, 121, 122, 124, 140, 154, 156, 160, 161, 162, 165, 177, 178, 179, 181, 182, 183, 184, 185, 187, 188, 190, 191, 192, 193, 194, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 206, 208, 212, 213, 214, 218, 238, 239, 264, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293
Estresse psicológico 177, 182, 183
Estudante de enfermagem 276
Estudantes 28, 30, 31, 33, 34, 36, 94, 95, 98, 156, 165, 237, 238, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 276, 277, 278, 279, 281, 282, 283, 284, 285, 286
Estudantes de enfermagem 94, 95, 238, 240, 247, 249, 276, 277, 278, 279, 283, 284, 285, 286
Exposição a agentes biológicos 100

F

Família 1, 5, 7, 8, 9, 13, 33, 52, 54, 73, 79, 87, 91, 106, 123, 124, 125, 138, 145, 150, 154, 156, 161, 177, 217, 238, 242, 247, 250, 253, 254, 256, 257, 258, 259, 261, 262, 263, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 274, 275, 288, 291

H

Hospitais 22, 54, 64, 66, 83, 88, 99, 101, 121, 122, 128, 169, 173, 174, 177, 180, 187, 189, 214, 239
Humanização 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 52, 83, 87, 91, 250, 271, 272, 273, 274

I

Idoso 19, 20, 51, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 294
Infecção cruzada 38
Integralidade em saúde 50, 79

M

Movimentos sociais 81, 82, 83, 84, 89, 91, 92, 128

N

Notificação de acidentes de trabalho 100

P

Pessoas em situação de rua 139, 140, 142
Psiquiatria 81, 83, 87, 90, 203, 214, 258

R

Residência multiprofissional em saúde 51, 218, 237, 238, 239
Revisão 1, 3, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 23, 24, 66, 81, 84, 92, 111, 123, 138, 139, 141, 143,

144, 146, 148, 151, 165, 166, 175, 176, 177, 181, 182, 188, 190, 194, 196, 201, 202, 237, 274, 286, 290, 293

S

Saúde 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 34, 36, 39, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 62, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 73, 74, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 96, 98, 99, 101, 102, 103, 104, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 156, 157, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 187, 188, 189, 190, 192, 193, 197, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 212, 213, 214, 215, 218, 232, 237, 238, 239, 241, 242, 245, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 277, 278, 285, 286, 287, 288, 289, 291, 292, 293, 294

Saúde do trabalhador 20, 99, 101, 102, 104, 108, 110, 112, 120, 123, 124, 161, 164, 166, 177, 178, 180, 181, 182, 183, 189, 199, 200

Saúde mental 81, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 96, 142, 174, 201, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 212, 213, 214, 215, 239

Saúde pública 2, 27, 79, 98, 104, 123, 129, 138, 139, 144, 146, 150, 166, 202, 203, 213, 237, 267, 274, 286, 287, 291, 294

Segurança do paciente 117, 122, 287, 288, 291, 292, 293

Serviços de saúde mental 204, 205, 206, 207, 212, 213, 214

Síndrome de burnout 94, 95, 96, 97, 98, 179, 182, 183, 186, 187, 188, 196, 197, 201, 202, 203, 204, 205, 213, 217, 218, 237, 239, 293

T

Tecidos 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48

Técnicas 33, 38, 57, 62, 66, 243, 254, 264, 266

Técnicos de enfermagem 99, 104, 109, 112, 113, 114, 115, 116, 118, 166, 170, 171, 173

Trabalhadores 20, 26, 54, 64, 66, 81, 83, 86, 88, 89, 90, 91, 101, 102, 106, 108, 109, 113, 114, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 126, 132, 156, 161, 162, 163, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 178, 179, 180, 181, 183, 184, 187, 188, 189, 192, 193, 196, 200, 201, 202, 204, 205, 213, 280, 286, 287, 291

Tratamento conservador 1, 2, 9, 12

Trauma; imobilização 3, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19

Tuberculose 68, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 121

U

Unidades de terapia intensiva 112, 124, 191, 196, 197, 201, 202, 238

V

Vulnerabilidade em saúde 139

