

Autoavaliação da saúde de indivíduos com doença renal crônica em terapia dialítica

Health self-assessment by individuals with chronic kidney disease in dialysis therapy

Autoevaluación de la salud de individuos con enfermedad renal crónica en terapia dialítica

Silvia Maria Cristovam Barbosa^I; Marcelo Francisco do Ó^{II}; Jéssica Naylla de Melo Bezerra^{III};
Anna Karla de Oliveira Tito Borba^{IV}

RESUMO

Objetivo: analisar a autopercepção de saúde e os fatores associados dos indivíduos com doença renal crônica em terapia dialítica. **Método:** estudo transversal, quantitativo, com 42 pacientes assistidos na unidade de nefrologia de um hospital público em Recife/PE, no período de maio a agosto de 2016. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, analisados por estatística descritiva e inferencial, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** a autoavaliação de saúde ruim esteve presente em 29 (69%) pacientes, porém sem associação com as características sociodemográficas e clínicas ($p < 0,05$). **Conclusão:** a alta prevalência da autoavaliação de saúde ruim reflete a necessidade de informações educativas e autocuidado para uma melhor compreensão do estado de saúde e consequente adesão terapêutica.

Descritores: Doença renal crônica; autoavaliação diagnóstica; impacto social; indicadores de saúde.

ABSTRACT

Objective: to examine health self-perception and associated factors in individuals with chronic kidney disease in dialysis therapy. **Method:** in this quantitative, cross-sectional study of 42 patients attending the nephrology unit of a public hospital in Recife, Pernambuco, from May to August 2016, data were collected by semistructured interview and analyzed by descriptive and inferential statistics, after approval by the research ethics committee. **Results:** 29 patients (69%) self-assessed their health as poor, but no association was found with sociodemographic and clinical characteristics ($p < 0.05$). **Conclusion:** the high prevalence of self-assessed poor health reflects the need for educational information and self-care for a better understanding of health status and consequent adherence to therapy.

Descriptors: Chronic renal disease; diagnostic self-assessment; social impact; health indicators.

RESUMEN

Objetivo: analizar la autopercepción de salud y los factores asociados de los individuos con enfermedad renal crónica en terapia dialítica. **Método:** estudio transversal, cuantitativo, junto a 42 pacientes asistidos en la unidad de nefrología de un hospital público en Recife/Pernambuco, en el período de mayo a agosto de 2016. Los datos fueron recolectados por medio de entrevista semiestructurada, analizados por estadística descriptiva e inferencial, después de la aprobación del Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** la autoevaluación de mala salud estuvo presente en 29 (69%) pacientes, pero sin asociación con las características sociodemográficas y clínicas ($p < 0,05$). **Conclusión:** la alta prevalencia de la autoevaluación de mala salud refleja la necesidad de informaciones educativas y autocuidado para una mejor comprensión del estado de salud y consecuente adhesión terapéutica.

Descriptores: Enfermedad renal crónica; autoevaluación diagnóstica; impacto social; indicadores de salud.

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) representa grande impacto na saúde pública. Pesquisas recentes comprovam que, no mundo, a incidência da doença renal cresce cerca de 10% ao ano. No Brasil, em 2015, mais de 1,5 milhões de pessoas estavam em terapia renal substitutiva (TRS)¹.

No tocante à manutenção financeira do tratamento, em janeiro de 2017, os recursos destinados à nefrologia para TRS, internações, transplantes e medicamentos, alcançaram o valor de R\$ 3,9 bilhões, beneficiando indivíduos renais crônicos dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS)².

Esse cenário requer de profissionais e gestores, planejamentos das ações de atenção à saúde considerando o caráter multifatorial da DRC, pois, além dos custos financeiros, o processo dialítico gera repercussões no cotidiano dos indivíduos e exige adaptação a uma vida regrada e repleta de compromissos com a TRS.

^IEnfermeira. Universidade Federal de Pernambuco. Brasil. E-mail: smcbarbosa24@gmail.com

^{II}Enfermeiro. Universidade Federal de Pernambuco. Brasil. E-mail: Marcelo_enfermeiroufpe@hotmail.com

^{III}Enfermeira. Especialista em Nefrologia. Universidade Federal de Pernambuco. Brasil. E-mail: jessicanaylla.melo@gmail.com

^{IV}Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco. Brasil. E-mail: anninhaitito@gmail.com

A autoavaliação de saúde (AAS) é um indicador útil das necessidades de cuidados em saúde, baseia-se nos conhecimentos e crenças pessoais em aspectos objetivos e subjetivos, englobando aspectos biológicos, psicológicos e sociais, sendo uma importante estimativa de morbimortalidade³.

Diversos fatores estão associados à AAS, e o reconhecimento desses fatores pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias que melhorem a saúde dos pacientes em tratamento dialítico⁴.

Nesse contexto, os profissionais precisam conhecer a percepção dos pacientes referente à sua saúde, o modo de lidar com a DRC e identificar o quanto ela interfere no autocuidado, no seu contexto de vida e subjetividade, para favorecer o gerenciamento dos casos e desfecho satisfatório do quadro clínico⁵.

Este estudo teve como objetivo analisar a AAS e os fatores associados de indivíduos com DRC em terapia dialítica.

REVISÃO DE LITERATURA

A DRC assumiu importância global em virtude do exponencial aumento dos casos registrados. O Brasil está em primeiro lugar na prevalência de pacientes em TRS e na proporção de investimentos do Produto Interno Bruto (PIB) em saúde⁶.

Segundo o Censo Brasileiro de Nefrologia, em 2017, o total estimado de pacientes em diálise foram 126. 583 em todo país, onde 91,2% desses pacientes realizam hemodiálise (HD)^{2,6}.

Para o diagnóstico da DRC, é necessária a presença de um dos seguintes critérios, por tempo igual ou maior que três meses: marcadores de lesão renal (um ou mais) albuminúria (maior que 30 mg/24h; relação albumina/creatinina 30 mg/g); anormalidades no sedimento urinário distúrbios eletrolíticos e outros devido a lesões tubulares; anormalidades detectadas por exame histológico; anormalidades estruturais detectadas por exame de imagem; história de transplante renal ou Taxa de Filtração Glomerular (TFG) diminuída (menor que 60 ml/min/1,73 m²)⁷.

A diálise peritoneal (DP) e a HD são TRS, porém, a HD é mais utilizada ao nível mundial devido, entre outros, aos diversos problemas dos programas de transplantes, seja pela falta de órgãos ou estrutura inadequada para captá-los e aproveitá-los⁸. São realizados cerca de 5.900 transplantes/ano².

Devido às iniquidades no serviço de saúde, alguns obstáculos apresentam-se diante da ideia de igualdade na assistência à saúde, como exemplo a dinâmica de tratamento que é determinada por fatores econômicos e sociais, afetando a forma como as pessoas recebem assistência⁵.

A TRS tem elevada importância social e econômica. Além do procedimento dialítico, os pacientes portadores de DRC demandam a utilização de terapias medicamentosas suplementares e enfrentam um regime terapêutico complexo, o qual envolve restrições alimentares e hídricas⁹.

Essa terapia pode despertar sentimentos nocivos, diante da realização de um tratamento que, por vezes, provoca dor, mal-estar, deformidades físicas e que consome boa parte do dia do indivíduo, inibindo sua liberdade e autonomia¹⁰.

A AAS é um aferidor confiável para estimar o estado geral de saúde, construído a partir daquilo que o sujeito prioriza ao autoavaliar sua saúde. É possível entender a realidade desses pacientes, através da humanização do cuidado, proporcionando ao usuário um tratamento viável que também aborde sua vida nos aspectos biopsicossociais⁴.

O autocuidado refere-se a como atividades autônomas realizadas pelo indivíduo para manter a vida, a saúde e o bem-estar, beneficiando aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais¹¹.

A adoção de estilos de vida saudáveis ainda é pouco frequente na população brasileira. Contudo, a associação de comportamentos saudáveis com a AAS é indício de que a população já começa a relacionar a avaliação positiva de sua saúde a práticas de autocuidado para melhora do seu bem-estar e qualidade de vida (QV)¹².

À medida que a insuficiência renal progride e o paciente passa a apresentar sintomas que interferem nas suas atividades diárias, a percepção do indivíduo passa a influenciar diretamente a qualidade de saúde, os desfechos do tratamento podem ser negativos, levando inclusive ao abandono da terapia¹³.

Considera-se, portanto, que a educação transforma a realidade pelo potencial de proporcionar a reflexão em saúde, direcionando a consciência do indivíduo para ações positivas nas condições de saúde ou doença. Resulta na ampliação da autonomia e consequentemente, melhoras na QV. Comumente, dificuldades psicológicas e sociais, em consequência da insuficiência renal e do tratamento, reduzem quando os profissionais de saúde educam e estimulam os indivíduos a serem independentes¹⁴.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado na unidade de nefrologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), Recife, Brasil, que atende pacientes com insuficiência renal aguda ou crônica para acompanhamento no tratamento conservador, HD ou DP.

A amostra, estabelecida por conveniência, incluiu todos os 42 pacientes portadores de nefropatia em terapia dialítica (HD ou DP), maiores de 18 anos, alfabetizados, com tempo de tratamento dialítico acima de 2 meses e assistidos no serviço, no período de maio a agosto de 2016. Foram excluídos pacientes portadores de doença neurodegenerativa, com registro no prontuário, e uso de medicação comprometedor da cognição.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada, realizada por enfermeiro e estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem da UFPE, previamente treinados. A abordagem ao paciente ocorreu na sala de HD ou na sala de recepção, após a assinatura ou impressão digital do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a coleta, utilizou-se instrumento organizado em blocos por conjuntos temáticos, composto por variáveis sociodemográficas, clínicas e AAS. As variáveis sociodemográficas e clínicas incluíram: sexo, idade, anos completos de estudo, situação conjugal, arranjo familiar, modalidade dialítica e tipo de acesso. A AAS foi categorizada em *boa*, que incluiu o indivíduo que respondeu excelente ou boa, e em *ruim*, incluindo o que respondeu regular ou ruim.

Na análise dos dados, as informações foram digitadas em planilha eletrônica do programa *Excel* para *Windows*®, em dupla entrada, verificados com o *VALIDATE*, módulo do Programa *Epi-info*® versão 6.04, para checar a consistência e validação. Em seguida, os dados foram transferidos ao programa *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS) versão 18.0.

Para avaliar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes foram calculadas as frequências e seus respectivos percentuais. Foi estimado o resultado da AAS e investigada sua associação com características sociodemográficas e clínicas dos indivíduos, por meio dos testes Qui-Quadrado de Independência de Person ou o Exato de Fisher. Em todas as análises, foram adotados o nível de significância de 5% e intervalos de 95% de confiança.

Este estudo seguiu os princípios éticos e seu projeto foi desenvolvido após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFPE sob o CAAE 51953815.0.0000.5208.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 42 indivíduos portadores de doença renal crônica em diálise, 26 (61,9%) eram do sexo feminino, 17 (40,5%) na faixa etária de 18 a 39 anos, 20 (47,6%) possuíam mais de 12 anos de estudo, 23 (54,8%) tinham companheiro e apenas 2 (4,8%) moravam sozinhos. Quanto à modalidade dialítica, 30 (71,4%) faziam HD e 12 (28,6%) DP. O tipo de acesso predominante para diálise foi o permanente - 35 (83,3%).

A AAS ruim esteve presente entre 29 (69,0%) dos entrevistados. Esse resultado corrobora outros estudos realizados em Belo Horizonte/MG, com valores de 349 (50,5%) e 883 (54,5%)^{4,5}. Os resultados da AAS estão apresentados na Figura 1.

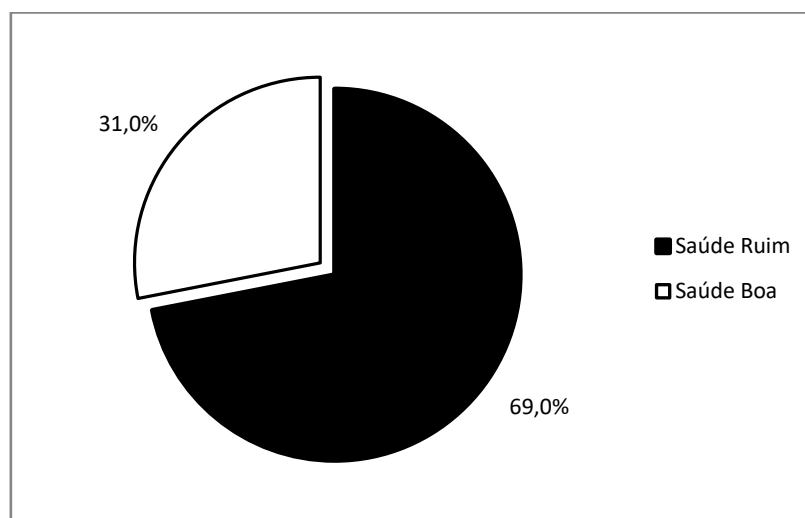


FIGURA 1: Autoavaliação de saúde de indivíduos com doença renal crônica em terapia dialítica. Recife, PE, Brasil, 2016.

A distribuição das variáveis sociodemográficas e clínicas e a avaliação de sua associação com a AAS ruim são estão especificadas na Tabela 1.

TABELA 1: Distribuição da amostra e do grupo autoavaliação de saúde ruim segundo fatores sociodemográficos e clínicos de indivíduos com doença renal crônica em terapia dialítica. Recife, PE, Brasil, 2016.

Variáveis	Autoavaliação de saúde ruim			
	f	f	%	p-valor
Sexo				
Masculino	16(38,1)	10	34,5	0,510(*)
Feminino	26(61,9)	19	65,5	
Faixa etária (anos)				
18-39	17(40,5)	13	44,8	0,698(*)
40-59	15(35,7)	10	34,5	
60 ou mais	10(23,8)	6	20,7	
Situação conjugal				
Com companheiro	23(54,8)	14	48,3	0,207(**)
Sem companheiro	19(45,2)	15	51,7	
Arranjo Familiar				
Mora sozinho	2(4,8)	1	3,4	0,528(*)
Mora acompanhado	40(95,2)	28	96,6	
Anos completos de estudo				
<4	2(1,0)	1	3,4	1,000(*)
4-7	10(5,1)	7	24,1	
8-10	10(5,1)	7	24,1	
11 ou mais	20(10,1)	14	48,3	
Modalidade dialítica				
Hemodiálise	30(71,4)	22	75,9	0,463(*)
Díálise Peritoneal	12(28,6)	7	24,1	
Tipo de acesso				
Permanente	35(83,3)	22	75,9	0,079(*)
Temporário	7(16,7)	7	24,1	

(*)Teste Exato de Fisher; (**)Teste de Qui-Quadrado de Person

Entre os pacientes pesquisados, observa-se que indivíduos do sexo feminino com menor faixa etária (18 até 39 anos), sem companheiro, porém, co-residindo com outras pessoas, de maior nível de instrução, em HD como terapia dialítica, por meio de acesso temporário, apresentaram prevalência de AAS ruim.

Contudo, as variáveis sociodemográficas e clínicas não estiveram significativamente associadas com o desfecho, na análise univariada.

O sexo feminino foi prevalente entre os indivíduos com a ASS ruim, o que difere de outro estudo realizado na cidade de Belo Horizonte/MG com pacientes em TRS, atendidos em unidades de diálise e centros transplantadores de alta complexidade, onde o sexo masculino foi predominante^{4,5}.

A Pesquisa Nacional de Saúde realizada em âmbito nacional, nos anos de 2013 e 2014, constatou que AAS ruim foi prevalente entre as mulheres. Com isso, pode-se afirmar que resultados da influência do sexo, na AAS, são contraditórios e outras pesquisas são necessárias para compreender melhor a relação entre sexo e AAS.

Sob a ótica do gênero, infere-se que a AAS ruim entre as mulheres pode estar relacionada ao seu papel na sociedade - à manutenção das funções tradicionalmente femininas, como a responsabilidade de cuidar da casa e dos filhos e a participação no mercado de trabalho remunerado, exposição à maior carga de estresse físico e mental, resultando em pior AAS em comparação aos homens⁴.

Com relação à faixa etária, neste estudo, a AAS ruim prevaleceu entre os mais jovens. Dois estudos realizados em Belo Horizonte/MG, envolvendo pacientes em HD foram observados resultados divergentes quanto à associação entre AAS ruim e idade. Enquanto um dos estudos encontrou associação de AAS ruim em faixas etárias mais avançadas⁴, em outro não encontraram associação estatisticamente significativa entre ASS ruim e faixa etária³.

A HD tem efeitos na QV que fragilizam aspectos biopsicossociais do indivíduo, entretanto, para o jovem é ainda mais intenso. Nessa faixa etária, os indivíduos almejam alcançar objetivos envolvendo a vida social e edificação da própria família, como os estudos, a profissão, entre outros, ficando prejudicados diante da exigência da

responsabilidade e comprometimento com o tratamento e a convivência com um futuro incerto, na dependência de uma máquina.

Em estudo realizado com pacientes jovens, no Rio Grande do Sul em duas clínicas de HD, os problemas mais relatados por eles estiveram associado ao tempo para realização da HD, as dificuldades em manter a vida profissional e social, sentimentos de inutilidade, perda da liberdade, alterações induzidas pela DRC nos planos para o futuro e mudanças nos hábitos, como as viagens e a prática de esportes¹⁵.

A DRC e seu tratamento podem levar a limitações, prejudicando o cotidiano e, conseqüentemente, o comprometimento nos aspectos físico e psicológico, com repercussões de ordem pessoal, familiar e social¹⁶.

A exclusão do mercado de trabalho pode ser o maior infortúnio para o paciente renal em idade produtiva, pois, existem maiores expectativas, empregatícias frente aos limites impostos para concretizá-las, devido à dificuldade em conciliar o tratamento com seu emprego formal e vida social¹⁷.

Visto que podem existir problemas em manter a estabilidade no mercado de trabalho, torna-se necessária a busca por auxílio governamental, o qual muitas vezes, é inferior à renda antes do adoecimento; os problemas financeiros podem abalar não só o indivíduo como ter repercussões familiares e influenciar outros aspectos da vida, como alimentação, lazer, transporte, qualidade do tratamento, entre outros¹⁷.

No que concerne à situação conjugal, a AAS ruim prevaleceu entre os indivíduos sem companheiro. Em contrapartida, outros estudos realizados na Bahia e Paraíba, observaram o predomínio de pessoas casadas, as quais encontram apoio de familiares e amigos, como suportes na adaptação à doença, em virtude da proximidade e auxílio em todos os momentos, revigorando o indivíduo e melhorando a QV de ambos¹⁸⁻²¹.

Contudo, quanto ao arranjo familiar, a AAS ruim predominou entre indivíduos que moravam acompanhados. Alguns autores sugerem, ao se avaliar a associação entre características familiares e saúde, considerar a influência de variáveis, como o sexo, nível socioeconômico e contexto sociocultural^{20, 22}.

O apoio familiar é relevante diante de um tratamento que exige dos pacientes muito tempo e dedicação. Os familiares precisam ser orientados e compreender a necessidade de corresponsabilização, tanto por parte do paciente e equipe de saúde, quanto dos indivíduos que convivem com esses pacientes, assim, os resultados das intervenções podem ter efeitos positivos sobre a QV.

As relações de confiança com a família constituem apoio e segurança diante dos transtornos biopsicossociais oriundos da doença e tratamento dialítico²¹. Além disso, contribuem para a redução dos índices de depressão e mortalidade, servindo meio do suporte no âmbito social e para melhoria da QV do paciente em TRS^{4, 5}.

No presente estudo, indivíduos com maior escolaridade apresentaram prevalência de AAS ruim, divergindo de outros estudos realizados em Mato Grosso do Sul e Minas Gerais, que encontraram a prevalência de AAS ruim entre indivíduos de menor escolaridade, corroborando com outras pesquisas realizadas por todo Brasil, através da Pesquisa Nacional de Saúde, que têm apontado a associação entre desigualdade social e resultados de AAS negativos^{3,5,13,23,24}.

A educação determina múltiplas vantagens para a saúde, os indivíduos com maior escolaridade encontram-se menos propensos a se exporem aos fatores de risco para doenças, diante do maior acesso às informações inerentes à saúde e, em geral, maior acesso a recursos econômicos e sociais, favorecendo as condições de saúde.

Entre os indicadores socioeconômicos, o nível de escolaridade, provavelmente é o mais utilizado, pois, é considerado mais estável que a situação ocupacional e renda, que, ao contrário da educação, podem variar ao longo do tempo^{3,5}.

A educação é uma base no desenvolvimento de aspectos biopsicossociais. Quanto maior o nível educacional, maiores as oportunidades no âmbito empregatício, fato que possibilita o desenvolvimento socioeconômico adequado para atender às necessidades físicas, biológicas e mentais.

Diante de uma situação financeira bem edificada, é possível alcançar uma alimentação saudável associada a práticas de atividade física, moradia adequada, bem como facilidade de acesso aos serviços de saúde e recursos medicamentosos, condições consideradas imperativas para o bem-estar e QV dos indivíduos.

No entanto, neste estudo as variáveis socioeconômicas não estiveram associadas a AAS ruim, resultados provavelmente relacionados ao tamanho amostral.

Quanto às variáveis clínicas, observou-se a AAS ruim prevalente entre os pacientes em HD quando comparado aqueles em DP. Ao considerar a progressão da DRC, as limitações impostas pela rotina da HD interferem nas atividades diárias. Em fases mais avançadas, os sintomas podem prejudicar a rotina, o emprego formal e, conseqüentemente, alterar a QV.

A DP é menos invasiva e equivalente à HD. Mantém o indivíduo sem sintomas indesejáveis em uma terapia que permite sua permanência no ambiente familiar²⁵. Entretanto, apesar do avanço tecnológico alcançado, ainda existem

complicações associadas à DP. Sua eficácia em longo prazo é limitada por complicações, desde a mais comum, como a peritonite bacteriana, até a peritonite encapsulante esclerosante temida por sua gravidade²⁴.

A DRC é um grande desafio desde seu diagnóstico, geralmente, os pacientes precisam de um maquinário totalmente desconhecido para sobreviver. Diante dessa expectativa, ainda é preciso se adaptar a uma alimentação regrada e consumo hídrico restrito, associados à utilização de inúmeras medicações.

Esses indivíduos passam a lidar com sintomas típicos do desenvolvimento progressivo da doença, depreciando sua interação com as atividades diárias que antes ocorriam normalmente.

O tipo de acesso temporário foi prevalente entre os pacientes com AAS ruim quando comparado com o permanente. Contudo, não foram encontrados estudos que abordassem associações específicas entre essas variáveis.

No cotidiano desses pacientes, sentimentos negativos, como medo do prognóstico da incapacidade, da dependência econômica e da alteração da autoimagem são frequentes²⁵.

A restrição física de um dos braços, em decorrência da fistula arteriovenosa (FAV) ou do desconforto causado pelo cateter no pescoço, resulta em mudanças no desempenho das atividades diárias e profissionais dos pacientes, podendo torná-los mais inseguros no autocuidado²³.

A autoimagem é prejudicada e pode causar danos à saúde mental, comprometendo o tratamento. Os pacientes reconhecem a necessidade da FAV na hemodiálise, no entanto, relatam sentimentos negativos e amargura com a dependência da fístula para sobreviver²³.

Depender de um aparelho, que não faz parte da estrutura natural do corpo, geralmente é desestabilizador, mesmo se esse dispositivo ou acesso proporcionar a vida, pois, o indivíduo vive numa sociedade que mesmo de maneira subjetiva, exige a perfeição, e, até o paciente conseguir lidar com os impactos do tratamento, muitas vezes a solução é vista como alteração da autoimagem, que representa mais um empecilho diante das suas atividades diárias.

A equipe multiprofissional de saúde precisa estar atenta e intervir com atividades de educação em saúde, e orientar, se necessário, o acompanhamento psicológico para pacientes com maiores dificuldades na adaptação.

Com os resultados de pesquisas relacionadas à AAS é possível a compreensão de fatores associados à AAS ruim, o que facilita a promoção de cuidados necessários, e, dessa forma, gerar hipóteses a serem testadas por estudos longitudinais, buscando melhorar a QV desses indivíduos³.

CONCLUSÃO

A AAS ruim esteve prevalente entre os entrevistados, porém, não apresentou associação às características sociodemográficas e clínicas examinadas.

Como indicador de saúde, a ASS possibilita ao enfermeiro a identificação dos grupos de riscos compostos por indivíduos recém-diagnosticados e aqueles com dificuldade de adaptação as medidas de autocuidado mesmo após anos de diagnóstico.

Diante desse cenário, as ações educativas e de autocuidado, como orientações quanto à higiene correta das mãos, uso de máscara facial durante TRS, técnica para o procedimento de diálise peritoneal, controle alimentar, hídrico e reconhecimento da intensidade dos efeitos colaterais, devem ser ofertadas aos portadores de DRC.

Essas abordagens devem contemplar as necessidades biopsicossociais do indivíduo e o fazer compreender seu estado de saúde, facilitando a adesão terapêutica e, consequentemente, os desfechos positivos da TRS selecionada.

Espera-se que este estudo tenha desdobramentos futuros e possa subsidiar a prática de saúde, pautada na abordagem interdisciplinar, envolvendo a enfermagem e a equipe de saúde no reconhecimento do suporte biopsicossocial adequado para cada indivíduo, de acordo com as suas necessidades, eliminando ou controlando as fragilidades prejudiciais ao sucesso do tratamento dialítico.

Entre as limitações do estudo, destaca-se a reduzida amostra que impede a generalização dos achados. Recomenda-se a realização de outros estudos com maior tamanho amostral para melhor investigar a associação da AAS com as características sociodemográficas e clínicas.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Informe Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Nefrologia. 2016 [cited 2018 Dec 12]; 23(105):1-28. Available from: https://arquivos.sbn.org.br/uploads/sbninforma105_2016_bx-1.pdf
2. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Informa Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Nefrologia. 2019 [cited 2019 Jan 13]; 26(117):1-32. Available from: <https://arquivos.sbn.org.br/uploads/SBN-Informa-Ed-117.pdf>

3. Flores ERM. Autopercepção de saúde e suporte social em pacientes sob tratamento dialítico em Belo Horizonte, Minas Gerais [dissertação de mestrado]. Universidade Federal de Minas Gerais; 2015. [cited 2018 Nov 21] Belo Horizonte (MG): Available from: <http://hdl.handle.net/1843/BUBD-A8QLKS>
4. Moreira TR, Giatti L, Cesar CC, Andrade ELG, Acurcio FA, Cherchiglia ML. Health self-assessment by hemodialysis patients in the Unified Health System. *Rev. Saúde Pública* (online). 2016 [cited 2018 Nov 20]; 50(10):1-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005885>
5. Arruda GO, Santos AL, Teston EF, Cecilio HPM, Radovanovic CAT, Marcon SS. Association between self-reported health and sociodemographic characteristics with cardiovascular diseases in adults. *Esc. Enferm. USP*. 2015 [cited 2018 Nov 20]; 49(1):61-68. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100008>
6. Ferraz FHRT, Rodrigues CIS, Gatto GC, Sá NM. Differences and inequalities in relation to access to renal replacement therapy in the BRICS countries. *Ciênc. saúde coletiva* (Online). 2017 [cited 2019 Jun 17]; 22(7):2175-85. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017227.00662017>
7. Kidney Disease Improving Global Outcomes. Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Official Journal of the International Society of Nephrology. 2017 [cited 2018 Nov 28]; 7(1):1-60. Available from: <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/2017-KDIGO-CKD-MBD-GL-Update.pdf>
8. Garcia G, Harden P, Chapman JO. The global role of kidney transplantation. *J. Bras. Nefrologia*. 2012 [cited 2018 Nov 21]; 34(1):1-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002012000100001>
9. Cristóvão AFAJ. Fluid and dietary restriction's efficacy on chronic kidney disease patients in hemodialysis. *Rev. bras. enferm.* (online). 2015 [cited 2018 Nov 20]; 68(6):842-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680622i>
10. Santos FK, Gomes AMT, Rafael RMR, Silva FVC, Assad LG, Cunha LP. Social representations of hemodialysis among patients with chronic kidney disease. *Rev. enferm. UERJ*. 2018 [cited 2019 Jun 17]; 26:e23125. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.23125>
11. Pires AF, Santos BN, Santos PN, Brasil VR, Luna AA. The importance of Dorothea E. Orem's theory of self-care in nursing care. *Rev. rede de cuidados em saúde*. 2015 [cited 2018 Jul 02]; 9(2):1-4. Available from: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/2533>
12. Szwarcwaldi CL, Damacena DN, Júnior PRBS, Almeida WS, Lima LTM, Malta DC. Determinants of self-rated health and the influence of healthy behaviors: results from the National Health Survey, 2013. *Rev. bras. Epidemiol.* 2015 [cited 2018 Nov 27]; 18(2):33-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060004>
13. Xavier BLS, Santos I, Silva FVC. Promoting self-care in clients on hemodialysis: application of nola pender's diagram. *Rev. fundam. care.* (Online). 2017 [cited 2018 Jul 17]; 9(2):545-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.545-550>
14. Ferraz RN, Maciel CG, Borba AKOT, Frazão IS, França VV. Health personnel's perceptions of factors influencing hemodialysis treatment adherence. *Rev. enferm. UERJ*. 2017 [cited 2019 Jan 11]; 25:e15504. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.15504>
15. Lanius GIP. The perception of the young patient with chronic renal failure undergoing hemodialysis. *Biblioteca Digital da Univates*. 2012 [cited 2018 Oct 17]; Available from: <http://hdl.handle.net/10737/421>
16. Almeida MAB, Gutierrez GL, Marques R. Quality of life definition, concepts and interfaces with other areas of research. 22ª ed. São Paulo : Universidade de São Paulo; 2012 [cited 2018 Nov 22]; Available from: http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf
17. Marinho CLA, Oliveira JF, Borges JES, Silva RS, Fernandes FECV. Quality of life of people with chronic kidney disease on hemodialysis. *Rev. Rene.* (Online). 2017 [cited 2018 Sep 24]; 18 (3): 396-403. DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000300016>
18. Costa FG, Coutinho MPL. Hemodiálisis y depresión: representación social de los pacientes. 2014 [cited 2018 Nov 08]; 19(4):657-67. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-73722381608>
19. Silva AS, Silveira RS, Fernandes GFM, Lunardi VL, Backes VMS. Perceptions and changes in the quality of life of patients submitted to hemodialysis. *Rev. bras. enferm.* 2011 [cited 2018 Ago 12]; 64(5):839-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000500006>
20. Patat CL, Stumm EMF, Kirchner RM, Guido LA, Barbosa DA. Analysis of the quality of life of hemodialysis users. *Enferm. glob.* 2012 [cited 2018 Dec 11]; 11(27): 54-65. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n27/pt_clinica4.pdf
21. Nascimento MEB, Mantovani MF, Oliveira DC. Care, disease and health: social representations among people undergoing dialysis. *Texto & contexto enferm.* (Online). 2018 [cited 2019 Jan 13]; 27(1):e3290016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018003290016>
22. Silva, RJS, Smith-Menezes A, Tribess S, Rómo-Perez V, Virtuoso JRJS. Prevalence and factors associated with negative health perception by the Brazilian elderly. *Rev. Bras. Epidemiologia*. 2012 [cited 2018 Nov 21]; 15(1):49-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000100005>
23. Dachs JNW, Santos APR. Health self-rating in Brazil: analysis of data of the PNAD/2003. *Ciênc. saúde coletiva* (online). 2006 [cited 2018 Nov 20]; 11(4):887-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400012>
24. Candido PCM, Werner AF, Pereira IMF. Sclerosing encapsulating peritonitis: a case report. *Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem*. 2015 [cited 2018 Nov 30]; 48(1):56-58. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2013.1909>
25. Oliveira CG, Pinheiro LO, Pereira SGS, Costa FM, Lima CA, Carneiro JA. Assessment of the impact of chronic renal failure in the quality of life of patients on hemodialysis. *J. Health. Sci. Inst.* 2015 [cited 2018 Set 05]; 33(2):151-5. Available from: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2015/02_abr-jun/V33_n2_2015_p151a155.pdf