

Capítulo 3

PERDAS ALÉM DO PROCESSO DIALÍTICO: RESSIGNIFICAÇÃO PSICOSSOCIAL ATRAVÉS DO PADRÃO DIETÉTICO NA DOENÇA RENAL CRÔNICA

HELDER MATHEUS ALVES FERNANDES¹
GABRIELLE CAVALCANTE BARBOSA LOPES²
HELOISA ALENCAR DUARTE³
ERIC WENDA RIBEIRO LOURENÇO¹
SAMANTHA JAMILLY SILVA REBOUÇAS⁴
MIGUEL AUGUSTO LOPES NETO⁵
JOÃO VICTOR DE SOUSA OSTI⁵
ANA KAROLLYNE QUEIROZ DE LIMA²
JOVILMA MARIA SOARES DE MEDEIROS⁶
ELANE DA SILVA BARBOSA⁷
TAMARA COSME RODRIGUES FERREIRA⁸

1. *Discente – Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará*
2. *Docente – Faculdade Católica do Rio Grande do Norte*
3. *Nutricionista – Mestre em Saúde Sociedade da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte*
4. *Nutricionista Residente – Universidade Federal do Maranhão*
5. *Nutricionista – Faculdade Nova Esperança de Mossoró.*
6. *Docente - Faculdade Nova Esperança de Mossoró.*
7. *Docente – Doutora em Educação da Universidade Estadual do Ceará*
8. *Especialista em Urgência e Emergência da Escola de Saúde Pública do Ceará*

Palavras Chave Doença Renal Crônica; Hemodiálise; Psicossocial; Dieta.

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) consiste em uma síndrome, na qual ocorre uma perda lenta e silenciosa, progressiva e irreversível da função renal. Por definição, é considerada quando há alterações renais (estruturais ou funcionais) com duração superior a três meses e/ou uma diminuição da Taxa de Filtração Glomerular (TFG) para valores menores do que 60 ml/min/1,73 m², também por um período maior do que três meses (SANTOS *et al.* , 2017)

Diante dessa classificação, é preciso reconhecer que a DRC está mais suscetível à morbimortalidade quando associada a alguns fatores de risco, entre os quais se destacam a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM), que são comumente coexistentes na DRC. Além do mais, podem ser citados outros fatores de risco, como as Doenças Cardiovasculares (DCV), a obesidade, a idade avançada e o uso de medicações nefrotóxicas, que podem colaborar com resultados indesejáveis na saúde, bem-estar, predispondo a inúmeras desordens e obstáculos na convivência da doença (AGUIAR *et al.* , 2020).

Nessa perspectiva, nos últimos anos, a DRC tem sido considerada como um grande problema de saúde pública, afetando mais de 2 milhões de pessoas em todo o mundo, uma vez que vem recebendo bastante atenção pelos pesquisadores na área da Nefrologia e profissionais da área da saúde, em investigar medidas alternativas para melhorar a qualidade de vida e bem-estar, dado que a doença não possui cura (NEVES; SANTOS; TREVISAN, 2016).

Os portadores de DRC em estágios avançados têm o seu tratamento baseado na Terapia Renal Substitutiva (TRS): hemodiálise (HD), diálise peritoneal (DP) e transplante renal (Tx-R), sendo a HD a principal escolha, tornando-

se utilizada em 91% dos casos (SESSO *et al.* , 2016).

Mediante a visão das modalidades atuais no tratamento da DRC, frequentemente surgem novas intervenções de cuidado nas diferentes dimensões do sujeito, no sentido de possibilitar uma melhor convivência com a doença, estando incluídas diversas abordagens, entre elas se destacam a farmacoterapia e medidas não farmacológicas, isto é, dietoterapia, exercício físico e modificação no estilo de vida com acompanhamento do Estado Nutricional (EN) por intermédio de exames laboratoriais, consumo alimentar e história clínica (MAGALHÃES; GOULART; PREARO, 2018).

Desse modo, é imprescindível perceber a importância do acompanhamento desses pacientes, ou seja, desde o enfrentamento da doença, como tem sido a relação com dietoterapia, ambiente social, estado emocional/psíquico e fisiológico, uma vez que viver com essa enfermidade implica em sofrer perdas além do processo dialítico, provocando medos e ansios na convivência da doença devido às suas complicações séricas em estágios mais avançados.

Diante do exposto, entendendo a importância de vislumbrar o paciente renal crônico como um ser psicossocial, isto é, considerando todas as dimensões físicas, emocionais, culturais, psicológicas, alimentares e sociais do paciente com o nutricionista (MESTRE; BARBOSA; MESTRE, 2016).

O objetivo deste estudo foi identificar os fatores psicossociais que influenciam no padrão dietético em pacientes que fazem hemodiálise.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo observacional e descritivo-analítico, com delineamento transversal, realizado em pacientes com DRC submetidos à hemodiálise. A localização da pesquisa foi por intermédio do acesso

à internet, não possuindo uma delimitação da região, estado ou cidade específica para a coleta de dados.

A pesquisa foi realizada com portadores de DRC através da internet, por meio de formulário eletrônico, via Google Forms, uma ferramenta da Google, criada em 24 de abril de 2012, de gerenciamento de pesquisas bastante utilizada durante a pandemia da Covid-19.

Assim, os pesquisadores que adotam esta nova ferramenta poderão realizar pesquisa e coletar dados sobre os pesquisados, além do mais pode ser usada para questionários e formulários de registro de participação.

Em relação à população do estudo, esta foi composta por pacientes com o diagnóstico de Doença Renal Crônica há mais de um ano e que estavam realizando o tratamento de terapia renal substitutiva, especificamente hemodiálise. Nessa representação, a amostra ocorreu por meio de amostragem não probabilística e não aleatória. A escolha deu-se por conveniência, na qual os pesquisados serão previamente contatados por meio das redes sociais (Instagram, WhatsApp, Telegram e Facebook).

Mediante os critérios, foram incluídos aqueles pacientes com portador de DRC em terapia hemodialítica, a partir dos 18 anos de idade, de ambos os sexos e que estejam com o tratamento há mais de um ano. Assim, foram excluídos do estudo pacientes que realizam diálise peritoneal, transplantados, pacientes que apresentam insuficiência renal aguda e outras doen-

ças associadas a nefropatias, isto é, nefrolitíase renal, síndrome nefrítica/nefrótica, tumores renais e crianças com DRC.

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário semiestruturado, composto por módulos, decorrendo-se das características clínicas, informações mediante padrões psicossociais e comportamentais, além do padrão dietético e suas correlações que poderiam ocasionar com o comportamento psíquico do sujeito.

A coleta de dados iniciou-se após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE – FAMENE João Pessoa – PB, com a CAAE: 50592821.0.0000.5179 e com parecer nº4.983.490.

Os dados foram digitados no programa Excel para Windows®, e as análises, realizadas no Programa SPSS® versão 22.0. As variáveis contínuas foram testadas quanto à normalidade da distribuição, pelo teste de Kolmogorov-Smirnov.

RESULTADOS

A amostra final da pesquisa foi de uma totalidade de 105 participantes, com idade média de $43,00 \pm 16,82$ anos. A seguir, nos resultados e discussões, serão apresentadas as informações coletadas junto aos pacientes renais crônicos sobre as características psicossocial e dietéticas e suas ressignificação entre elas (**Tabela 3.1**).

Tabela 3.1 Características Psicossociais

| Variáveis | Freq. | % |
|---|-------|------|
| Sentimento em relação ao seu corpo | | |
| Satisfeito | 37 | 35,2 |
| Insatisfeito | 17 | 16,2 |
| Poderia melhorar | 51 | 48,6 |
| Sentimento em relação ao convívio com a doença renal | | |
| Satisfeito | 33 | 31,4 |
| Insatisfeito | 28 | 26,7 |
| Poderia Melhorar | 44 | 42 |
| Apoio das famílias/amigos | | |
| Sim | 100 | 95,2 |
| Não | 1 | 1 |
| Às vezes | 4 | 3,8 |
| Sentimento em relação às punções/ao cateter | | |
| Dor | 43 | 41 |
| Desconforto | 54 | 51,4 |
| Medo | 34 | 32,4 |
| Insuportável | 9 | 8,6 |
| Não aguento mais | 5 | 4,8 |
| Normal/Me acostumei | 52 | 49,5 |
| Outros | 3 | 2,9 |
| Expectativa na espera do transplante renal | | |
| Animado | 43 | 41 |
| Ansioso | 38 | 36,2 |
| Esperançoso | 56 | 53,3 |
| Desanimado | 15 | 14,3 |
| Desestimulado | 10 | 9,5 |
| Outros | 20 | 19 |
| Distrações nas sessões na hemodiálise | | |
| Mexe no celular/tablets | 78 | 74,3 |
| Ler livros/jornais/notícias/ | 32 | 30,5 |
| Ouve música | 44 | 41,9 |
| Interage com o pessoal da clínica | 68 | 64,8 |
| Dorme/descansa | 48 | 45,7 |
| Assiste à TV/a filmes/a séries/ao Youtube | 65 | 61,9 |
| O que a doença renal significa em sua vida? | | |
| Tristeza | 33 | 31,4 |
| Descuido com a saúde | 45 | 42,9 |
| Mudança na vida | 63 | 63 |
| Ressignificação da vida | 63 | 63 |
| Outros | 10 | 9,5 |
| Sentimentos negativos em relação ao tratamento | | |
| Insegurança | 42 | 40 |
| Medo | 55 | 52,4 |
| Ansiedade | 57 | 54,3 |
| Sentimentos depressivos | 34 | 32,4 |
| Revoltado/inconfortável | 16 | 15,2 |
| Desconfortável | 27 | 25,7 |
| Outros | 24 | 22,9 |
| Sentimentos positivos em relação ao tratamento | | |
| Bem-estar | 47 | 44,8 |
| Segurança no tratamento | 73 | 69,5 |
| Manutenção de uma vida | 98 | 93,3 |
| Autonomia | 20 | 19 |
| Outros | 5 | 4,8 |

Quando se abordam as características psicossociais dos pacientes renais crônicos, é necessário ter em mente, primeiramente, que essa variável vai ser individualizada devido às crenças e às experiências de cada paciente bem como à rotina exaustiva da hemodiálise, não sendo um sentimento crônico, e sim, por vezes, passageiro. Logo, obteve-se a frequência do resultado de que poderia melhorar em relação ao corpo com 48,6%, os que estavam satisfeitos com 35,2% e com 16,2% os insatisfeitos.

Uma das perguntas delicadas do questionário era “Como você se sente convivendo com a doença renal?”, a qual teve como resultado uma prevalência interessante de que poderia melhorar, totalizando 42%; como satisfeitos, mostraram-se 31,4%; e 26,7% responderam que estavam insatisfeitos. Nota-se uma frequência, também, esperada quando questionados se possui apoio das famílias/amigos, representado por 95,2% da amostra, seguido de 3,8% que, às vezes, possui apoio, e 1% não o possui.

Quando investigados os sentimentos em relação às punções/ao cateter, metade dos pacientes apresentou uma frequência expondo que ficam desconfortáveis, representando 51,5%; já outra parte, representada por 49,5%, acostumou-se e os considera normal, uma vez que fazem parte da sua vida; os que sentem dor somaram 41%; os que possuem ou já possuíram medo devido à insegurança do tratamento totalizaram 32,4%; 8,6% consideram uma dor insuportável; os que não aguentam mais estão representados por 4,8%; e, por fim, os demais participantes declararam-se como outros, com 2,9%.

Em relação à expectativa na espera do transplante renal, metade dos pacientes, 53,3%, está esperançosa para conseguir um rim novo; 41% se sentem animados; 36,2% alegam que estão ansiosos; 19% expuseram outros sentimentos; 14,3% consideraram-se desanimados; e 9,5% estão desestimulados.

As distrações nas sessões de hemodiálises foram bem variadas, no entanto obteve uma frequência acima da média, de 74,3%, que mexem nos celulares e tablets para navegar na internet; 64,8% responderam que interagem com o pessoal da clínica de diálise; 61,9% assistem a filmes, a séries e ao YouTube, tanto na clínica quanto no celular; 45,7% dormem e descansam; 41,9% ouvem músicas; e, por fim, 30,5% alegaram que leem livros, jornais e/ou notícias.

De todas as perguntas relacionadas às características psicossociais dos pacientes, quando questionados sobre “O que a doença renal significa em sua vida”, houve igualdade em 2 respostas, isto é, 63% consideram que a doença renal gerou uma ressignificação da vida e que provocou mudanças na forma em que via a vida. Já 42,9% caracterizaram como um descuido com a saúde, 31,4% relataram tristeza e finalizou com 9,5%, que não revelaram os sentimentos, sendo classificados como outros.

Os sentimentos negativos em relação ao tratamento foram de uma amostragem de 54,3%, que possuem ansiedade, seguidos dos que sentem medo, totalizando 52,4%. Já 40% apresentaram insegurança no tratamento, 32,4% apresentaram sentimentos depressivos, 25,7% relataram desconforto, 15,2% se sentem revoltados/desconfortáveis com a doença, e 22,9% não revelaram os sentimentos, os quais foram caracterizados como outros.

Quando questionados, também, sobre os sentimentos positivos em relação ao tratamento, obteve-se uma frequência alta dos que consideram a hemodiálise como uma manutenção de uma vida com 93,3%. Seguindo esse resultado, vem os que se sentem seguros com o tratamento, contabilizando 69,5%; os que sentem bem-estar com o tratamento, totalizando 44,8%; os entrevistados que sentem disposição com 22,9%; os que recuperaram sua autonomia em alguns aspectos na vida, resultando em 19%; os

que possuem ânimo, totalizando 17,1%; e os demais foram classificados como outros com 4,8% (**Tabela 3.2**).

Tabela 3.2 Características do padrão dietético dos pacientes em terapia hemodialítica

| Variáveis | Freq. | % |
|---|-------|------|
| Já foi a uma consulta com um/uma nutricionista? | | |
| Sim | 91 | 86,7 |
| Não | 8 | 7,6 |
| Pretendo ir | 6 | 5,7 |
| Segue alguma dieta específica? | | |
| Sim | 49 | 46,7 |
| Não | 46 | 43,9 |
| Conforme a rotina | 45 | 42,9 |
| Tem dificuldades em seguir a dieta? | | |
| Sim | 34 | 32,4 |
| Não | 38 | 36,2 |
| Razoável | 38 | 36,2 |
| Percepções ao consumo de frutas | | |
| Insegurança por conta de o potássio aumentar | 53 | 50,5 |
| Não tenho medo | 11 | 10,5 |
| Normal | 36 | 34,1 |
| Percepções ao consumo de alimentos de origem animal | | |
| Insegurança por conta por conta da proteína | 47 | 44,8 |
| Insegurança por conta de o fósforo aumentar | 41 | 39,1 |
| Não tenho medo | 37 | 35,3 |
| Normal | 17 | 16,2 |
| Outros | 1 | 1,1 |
| Foi alertado sobre os perigos do consumo excessivo de alimentos ricos em fósforo? | | |
| Sim | 103 | 98,1 |
| Não | 0 | 0,0 |
| Foi alertado sobre os perigos do consumo excessivo de alimentos rico em potássio? | | |
| Sim | 103 | 98,1 |
| Não | 0 | 0,0 |
| Percepções sobre a restrição hídrica | | |
| Desconfortável | 53 | 50,5 |
| Necessidade de beber mais água | 70 | 66,7 |
| Muita sede | 47 | 44,8 |
| Normal | 25 | 23,8 |
| Não sei (NS) | 2 | 1,9 |
| Falta de apetite | | |
| Sim | 34 | 32,4 |
| Não | 46 | 43,9 |
| Razoável | 45 | 42,9 |
| Possui alguma restrição alimentar devido à doença renal? | | |
| Sim | 22 | 20,9 |
| Não | 16 | 15,2 |
| Razoável | 9 | 8,6 |
| O que foi mais difícil diante dessas restrições? | | |
| Sódio (cloreto de sódio) | 14 | 13,3 |
| Ingestão hídrica | 80 | 76,2 |
| Alimentos | | |
| Proteínas | 31 | 29,5 |
| Quais os sentimentos sobre essas restrições? | | |
| Medo | | |
| Angústia | 43 | 41 |
| Incômodo | 61 | 58 |
| Despreocupado | | |
| Normal | 44 | 42,9 |
| Razoável | 24 | 22,9 |

Fonte Fernandes, HMA *et al.*, (2022)

Sobre as características dietéticas dos pacientes renais crônicos, os resultados demonstram que em relação à consulta com o nutricionista, mostra-se uma frequência significativa, com 86,7% representando os que fazem acompanhamento nutricional, 7,6% os que não fazem esse acompanhamento e 5,7% os que pretendem ir.

Assim, quando questionados se seguem alguma dieta específica de nefropatas, metade dos pacientes afirmou que realizam dieta específica com 46,7%, seguido dos que vão conforme a rotina com 42,9% e, por fim, dos que não seguem com 10,5%. Em relação às dificuldades de seguir dietas, a maioria dos participantes ficou equivalente, sendo representada por razoável com 36,2%, seguidos dos que apresentam dificuldades com 32,4% e 32,4% representando os que não apresentam.

Quando investigados sobre as percepções de determinados nutrientes, notaram-se características interessantes, assim, quando as percepções do consumo de frutas foram analisadas, 50,5% colocaram que possuem insegurança em relação ao potássio aumentar, seguidos de 39% = 41, que se sentem normal em relação à ingestão, e 10,5% não possuem medo.

Em relação a se já foram alertados sobre os perigos do consumo excessivo de alimentos ricos em fósforo, 98,1% apresentaram que sim e 1,9% que não. E, por fim, quando alertados sobre os perigos do consumo excessivo de alimentos ricos em potássio, 98,1% informaram que já foram informados e 1,9% que não foram.

As percepções sobre a restrição hídrica foram bastante significativas, sendo representados por 66,7% os que sentem necessidade de beber mais água, seguindo com 50,5% representando os que ficam desconfortáveis devido a essa restrição. Ainda 44,8% sentem muita sede, 23,8% estão acostumados e 1,9% não souberam responder.

Em relação à falta de apetite, obteve-se uma frequência de 46,7% que não sentiram, enquanto 32,4% expuseram que sentiram e 20,9% consideraram como razoável. E, quando questionados sobre se possuem alguma restrição alimentar devido à doença renal, 76,2% afirmaram que sim, 15,2% que não e 8,6% ficaram entre razoável.

Uma das perguntas mais delicadas sobre as características dietéticas está associada ao que foi mais difícil diante das restrições, e 76,2% afirmaram que foram os líquidos, seguindo com 37,1% relatando que foram frutas, verduras, legumes, 29,5% colocaram que foram os alimentos proteicos (fonte de fósforo) e 13,3% afirmaram que foi o sódio (cloreto de sódio).

Quando se descobre renal crônico, os hábitos precisam ser diminuídos através das restrições, devido ao desconforto, à necessidade de beber mais líquidos e de alimentar-se muito conforme apresentam os resultados logo a seguir. Sobre os sentimentos associados às restrições impostas, a pesquisa demonstrou que 58% se sentem incomodados, 41% ficam angustiados, 22,9% sentem-se normal, 20% ficam com medo, 13,3% ficam despreocupados, 10,5% ficam num estado razoável e, por fim, 1,9% classifica suas respostas como outros.

DISCUSSÃO

Além da dependência de uma máquina, o paciente renal crônico em estágio final se considera "preso" entre a morte certa e uma vida dependente do suporte tecnológico, visto que, as alterações psicossociais e no padrão alimentar se tornaram marcante nessa nova etapa da vida deles, as quais necessitaram da resignificação de sentindo de vida para que promova reflexões sobre as repercussões vivenciadas (CRUZ; TAGLIAMENTO; WANDERBROCKER, 2016).

Além dessas insatisfações, existe também o preconceito, principalmente dentro da sociedade, permeada por acesso à internet e a redes sociais, que têm a propagação constante de fotos e corpos esbeltas dentro dos padrões de beleza exigidos pela sociedade e mídia, estimulando a realização de dietas "milagrosas" ou estratégias alimentares para se encaixar no novo padrão exposto, possibilitando um grande desafio decorrente da própria condição patológica, isto é, ser portador de doença renal (IBIAPINA *et al.*, 2016).

Em relação ao apoio de familiares/amigos, a frequência foi bem significativa, tornando-se um importante suporte e criação de uma rede de apoio, uma vez que estes podem auxiliar a controlar o humor, apoiar emocionalmente diante das dificuldades e restrições alimentares, indicar grupo de apoio, promover esperança com a espera do transplante, apoiar no enfrentamento das crises e na tomada de decisões e, por fim, incentivar a participação de grupos de apoio (SILVA *et al.*, 2019).

É importante lembrar que os acessos vasculares, incluindo os cateteres e a FAV, além das restrições alimentares, são um dos fatores que influenciam na adesão da hemodiálise, além de prejudicar a adesão, permite o não cumprimento das necessidades humanas básicas, como: conforto (ausência de dor), sono, repouso, ingestão hídrica, cuidados no banho, lazer, posição para dormir.

Nota-se uma série de sentimentos positivos em torno do transplante, sendo observada a presença de esperança por sair das máquinas, animados para recuperar a autonomia e a dependência de vida, além de outros sentimentos não identificados (SILVA *et al.*, 2019; MADEIRO *et al.*, 2010). Uma das parcelas que se sente desestimulada relatou, por meios das redes sociais, que as desvantagens de se realizar a TxR é, exclusivamente, a retirada das má-

quinas, o uso contínuo de medicamentos, inclusive, até intensos, além não possuir autonomia de “poder comer o que quiser”, necessidade de passar por um procedimento cirúrgico, além do risco de rejeição e mudanças nos estilos de vida, que ainda vão perpassar a vida toda (SILVA *et al.* , 2019; MADEIRO *et al.* , 2010).

É necessária a criação de espaços humanizados, acolhedores e de estratégias que promovam o melhor conforto para os pacientes renais crônicos. Uma dessas estratégias que pode ser utilizada é a distração aos pacientes submetidos às sessões de hemodiálise, em razão de que elas são necessárias para abreviar os momentos de angústia, sofrimento, cansaço e problemas externos durante o tratamento, além da oferta de alimentos que promovam “Confort Food” isto é “Alimento que traz conforto” para os períodos intensos nas sessões, estimulando o prazer e desejo de comer durante o acompanhamento (COSTA & TAVARES, 2016).

Um dos pontos-chave das características psicossociais dos pacientes é identificar quais as principais variáveis que permitem descobrir o que a doença renal significa na vida do paciente, inclusive, quais simbolismo a mudança da alimentação poderia trazer por eles, alimentar-se para sofrer ou sobreviver? Além disso, é importante reforçar que as perdas da doença renal são além do processo dialítico e provocam uma série de situações para o renal crônico, comprometendo os aspectos físicos, culturais, psicológicos, emocionais, com repercussões pessoais, alimentares, familiares e sociais (QUEIROZ & RIBEIRO, 2021).

Assim, Knobel (2008) defende a argumentação dos autores anteriores, que o profissional da saúde deve auxiliar na busca pela aceitação do processo e, principalmente, na adesão ao tratamento para evitar o risco de complicações e/ou morbimortalidade, viabilizando

uma prática de autocuidado e autonomia durante esse procedimento, favorecendo o entendimento patológico do processo de adoecer sobre outra perspectiva, isto é, ressignificar a situação vivenciada para outro paradigma. No entanto, a experiência de ressignificação de vida é marcada pela individualidade de cada paciente.

Assim, quando os dados apontam para a frequência de tristeza, descuido com a saúde (alimentação não saudável, baixa ingestão hídrica ou doença de base descontrolada) tornam-se necessárias mudanças nessas “distorções” dos pensamentos, emoções e sentimentos, necessitando de ressignificação diante esses processos. Contudo, Lima e Junior-Lima (2015) abordam que, quando se teve uma frequência maior de mudança de vida e ressignificação de saúde, isto possibilita um espaço para outro sentido à experiência vivenciada, além de entender que, apesar da situação vivenciada, é preciso compreender que o paciente é um ser psicossocioespiritual, com medos, vivências, percepções e que reage de forma imprevisível frente às situações diversas (KNOBEL, 2008; LIMA & JUNIOR-LIMA, 2015).

Desse modo, este autor continua argumentando que o apoio dos familiares, sentimentos em relação ao corpo, enfrentamento das complicações durante hemodiálise e no percurso da DRC e as restrições alimentares e hídricas contribuem muito para um suporte adequado, principalmente quando se tentar abordar as crenças dos pacientes, uma vez que, na espiritualidade, a figura representada por “Deus” é considerada uma vertente muito presente como uma “força” que contribui para a busca de sentidos de vida, ressignificação do sofrimento e enfrentamento da doença durante a hemodiálise (OLIVEIRA *et al.* , 2020).

As sensações de bem-estar, ânimo e disposição presente durante o percurso da doença surgem para quebrar o paradigma de que, a

partir do momento que o paciente renal faz hemodiálise, ele é visto como limitante, incapaz, fraco, incapaz, cheio de restrições alimentares e que não consegue fazer nada na vida devido ao fato de ser portador de doença renal, sendo totalmente equivocadas e errôneas essas atribuições (LIMA & JUNIOR-LIMA, 2015). O paciente é livre e tem a autonomia para escolher suas demandas alimentares e de vida, no entanto é necessária uma prática dialógica entre paciente e a equipe interdisciplinar para que o sofrimento se torne menos agravante (VENTO, 2018).

A presença de ir aos eventos/festas sociais, apresentam uma incidência maior naqueles que sempre vão permitindo que o paciente renal não seja limitado aos eventos do seu cotidiano (EVERLING *et al*, 2016). No entanto, quando realizada uma análise comparativa entre idade e frequência de não ir a esses eventos, esse ponto fica esclarecido devido a restrição alimentar, ingestão hídrica e à exacerbação das fístulas nos braços com hematomas, ocasionando constrangimento e insatisfação corporal (EVERLING *et al*, 2016).

O acompanhamento nutricional é de suma importância para o controle da doença, minimização da progressão, além de evitar as futuras complicações clínicas (MAHAN; STUMP; REYMOND, 2018). Favalessa *et al*. (2009) descrevem que o nutricionista, através da anamnese alimentar detalhada, sinais e sintomas e exames bioquímicos, é capaz de realizar um planejamento alimentar individualizado com enfoque no comportamento nutricional, compreensão dos fatores psicossociais para não acontecer o abandono da dieta e tratamento, além de construir uma boa relação com alimentação.

Uns dos pacientes relataram que as consultas nutricionais são por intermédio da própria clínica de diálise “sic.” Permitindo o a-

companhamento mais próximo do paciente. Com isso, o fato de os pacientes não seguirem uma dieta, como apresentou os resultados, ocorre devido ao não entendimento dos motivos pelos quais deve se priorizar uma alimentação restrita-livre, assim como a relação que esta tem com o seu tratamento (CARVALHO; LUZ; PRADO, 2011).

Não existe dieta específica para o paciente renal, a “Dieta Específica” é definida através do nutricionista que deve e leva em consideração o planejamento alimentar, os aspectos socioeconômicos, psicológicos, comportamentais, culturais e habituais, devendo a dieta está adaptada ao paciente e não o contrário, por isso, se porventura “A insuficiência renal piorar, a dieta recomendada pode ser modificada” (SANTOS, 2010).

No decorrer das dificuldades em seguir a dieta, se destacam algumas variáveis, entre elas: descontar o estresse na comida quando estão nervosos ou comer demais ou de menos; não realizar os planos e a organização das refeições; comer rápido demais e não mastigar os alimentos suficientemente para que o corpo não entenda os sinais de saciedade; e, por fim, fazer dietas rígidas, principalmente quando, na doença renal, existem alguns alimentos que precisam estar mais (SANTOS, 2010).

O medo de comer precisa ser bem trabalhado com os pacientes, informando-lhe que “pode comer de tudo um pouco”, não possuindo restrição, e sim adequação do cardápio. Esses medos em torno da alimentação e nutrição, vêm se tornando bastante preocupantes nos renais crônicos, posto que afetam diretamente a forma de comer, relacionar-se e entender a importância da comida no paciente para além das necessidades fisiológicas (KATTERMAN, 2014)

O ato de comer não é apenas uma decisão diária para atender nossos desejos de fome, é

uma decisão que se faz a todo momento através de reflexões sobre o quê, como e quando se deve ou não comer. Essas reflexões envolvem um controle permanente dos desejos, sensações, fomes e ansiedades, uma reconstrução do gosto alimentar que, por muitas vezes, desestruturam vidas humanas (SANTOS, 2008).

Realizar comportamento alimentar com esses pacientes vem sendo discutido nos últimos anos, como uma abordagem integral e inovadora para se trabalhar a relação disfuncional com o comer e a comida, e com comprometimento do funcionamento psicossocial do sujeito (WARREN; SMITH; ASHWELL, 2017).

Um das ferramentas poderosas é a *mindfulness eating* (Comer com atenção plena), sendo descrito por um estado de consciência que o indivíduo emerge por completo o ato de comer com total atenção, atento aos sinais físicos de fome e saciedade, no momento presente, sem julgados e culpas, permitindo o indivíduo a reconstrução de um ótimo relacionamento com a comida (KABAT-ZINN, 1990).

Ainda, o comer intuitivo (CI) ou "alimentação intuitiva" é uma ferramenta considerada menos desconhecida em relação a anterior. Ela se norteia em três pilares: permissão incondicional para comer; alimentar-se para atender necessidades fisiológicas e não emocionais; seguir os sinais internos de fome e saciedade (KABAT-ZINN, 1990; TRIBOLE; RESCH, 2012).

Os resultados das duas perguntas foram significativamente aumentados, posto que é crucial o nutricionista passar todas as orientações nutricionais na fase dialítica sobre determinados nutrientes, para que os pacientes possuam autonomia e autocuidado sobre os o consumo excessivo de alimentos rico em potássio, fósforo e proteínas (SANTOS, 2008).

O controle da hipercalemia na DRC é um grande desafio, tendo em vista que precisa possuir um equilíbrio entre ingestão de potássio e qualidade e variedades de alimentos na dieta. Com isso, utilizam-se técnicas culinárias para controlar essa situação, sendo realizada a cocção das hortaliças e leguminosas em água – auxilia na redução do potássio (em média 60% é eliminado na água) (CUPPARI *et al.*, 2004).

Não é recomendado cozinhar duas vezes, posto que compromete significativamente o grau de palatabilidade da comida, ocasionando uma baixa aceitação da dieta. Contudo, não é necessário, também, cozinhar as frutas, visto que pode realizar ciclagem e variar de forma individualizada os alimentos com quantidades de alto, médio e baixo teor de potássio nos alimentos (CUPPARI *et al.*, 2004).

A leitura dos rótulos dos alimentos permite, também, evitar a aquisição e o consumo de alimentos contendo aditivos de fósforo e substituir alimentos com aditivos de fósforo por alimentos similares sem a adição destes, o que reduz significativamente o nível sérico e plasmático de fósforo dos pacientes que apresentam hiperfosfatemia (BRASIL, 2014).

Pacientes que estão na hemodiálise precisam ser submetidos à restrição de líquidos, sendo sua recomendação diária a restrição de 500-1.000 ml mais diurese de 24 horas, aumentando a sua quantidade em situações como diarreia e transpiração excessiva (RIELLA, 2010).

A partir do momento que se descobre que vai para hemodiálise ou, até mesmo, que vai realizar tratamento conservador, o paciente é submetido a algumas restrições, sendo esse ponto crucial para que a equipe interdisciplinar atue junto ao paciente para que ele entenda o motivo dessas restrições e, por vezes, na perspectiva dietética, podem ocorrer algumas flexibilidades e liberdade quanto às escolhas alimentares, permitindo um melhor convívio com

a doença (KATTERMA *et al.*, 2014; SANTOS, 2008)

Assim, é constatado que grande parte dos participantes sente vontade de beber mais água e fica desconfortável com isso, devido às funções fisiológicas exigirem do organismo uma maior capacidade de absorver água. No entanto, a literatura aponta algumas orientações para o controle de líquidos, como, por exemplo, utilizar uma garrafa para controlar, chupar pedras de gelo e preferir água ao invés de sucos (CARVALHO & ZANARDO, 2010).

Um dos participantes da pesquisa descreveu, por meio das redes sociais, que: “já se acostumou e não sentem muita sede”, contudo esses pacientes possuem idade avançada, sendo justificados esses comentários, uma vez que, no envelhecimento, ocorrem alterações fisiológicas em que o idoso possui pouca vontade de beber água, ocasionando a desidratação (CARVALHO & ZANARDO, 2010). Assim, a ingestão de água precisa ocorrer mesmo quando não há sede. Outros pacientes também informaram que preferem a água ao invés de sucos de frutas e refrigerantes.

Além disso, as restrições das frutas, verduras, hortaliças e legumes foram baixas em relação às dos líquidos, uma vez que a alimentação e a nutrição conseguem controlar a ingestão de forma mais fácil, permitindo graus de liberdade quanto ao consumo alimentar.

CONCLUSÃO

Com o estudo realizado, conclui e pode-se sugerir que as perdas ultrapassam o processo dialítico, as quais podem ser tanto de cunho psicossocial como dietético, possibilitando a ressignificação para um novo sentido de vida diante da Doença Renal Crônica frente a essas

perdas. Essa sugestão é devida que foi identificado as correlações entre o medo do consumo de alimentos fonte de potássio, fósforo e proteínas, desencadeando sentimentos de ordem psicossocial como medo, insegurança e angústia em torno da relação com alimentação, em que interfere nas condições fisiológicas de fome-saciedade, além do sistema alimentar, aquisição destes e interferências socioculturais.

Ademais, foi identificada a coexistência dos padrões dietéticos e psicossociais nos pacientes, representada pelas influências emocionais, comportamentais e cognitivas em relação à alimentação e nutrição, causando aspectos de conflito e perturbação psíquica em não saber se relacionar com a comida, devido às restrições da doença renal, e, também, a ressignificação de procurar assistência em saúde mental e melhorar/modificar os hábitos alimentares inadequados para uma alimentação mais saudável, empática e humana.

Portanto, considera-se importante a demanda para a realização de mais estudos aprofundados que assumam perspectivas diferenciadas entre a coexistência das perdas psicossociais bem como alimentares e possibilitem estratégias de como o renal crônico pode ressignificar sua vida através dessas coexistências, a fim de mobilizar os governantes, profissionais da área da nefrologia e nutrição, a sociedade, incluindo os setores de pesquisa e dos meios de comunicação, para o planejamento e a execução de intervenções e/ou de reformulação de políticas públicas nesta área, frente a essa problemática, de modo a considerar as perdas além do processo dialítico, isto é, as sociais, alimentares, laborais, psicológicas, comportamentais, emocionais e culturais, afim de que estas possam ser superadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- SANTOS, B.P dos. *et al* . Oliveira VA, Soares MC, Schwartz E. Doença renal crônica: relação dos pacientes com a hemodiálise. ABCS Health Sciences. Santo Andre. v.42, p.8-14, 2017. <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v42i1.943>.
- AGUIAR, L.K de. *et al* . Fatores associados à doença renal crônica: inquérito epidemiológico da Pesquisa Nacional de Saúde. Revista Brasileira de Epidemiologia. São Paulo. v.1, p.1-15, 2020. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200044>.
- NEVES, E.C.; SANTOS, G.S.; TREVISAN, J.A. Hemodiálise: cuidados de enfermagem a pessoas com fístula arteriovenosa. Revista Icesp Promove. São Paulo, v.1, p.1-15, 2016.
- SESSO, R.C, *et al* . Brazilian chronic dialysis census 2014. Brazilian Journal of Nephrology. Curitiba. v.38, p.54-61, 2016. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20160009>.
- MAGALHÃES, F.G.; GOULART, R.M.M.; PREARO, L.C. Impacto de um programa de intervenção nutricional com idosos portadores de doença renal crônica. Ciência & Saúde Coletiva. São Paulo. v.23, p.2555-2564, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.23972016>.
- MESTRE, M.; BARBOSA, P.C.; MESTRE, D.M. Perdas Biopsicossociais e Doença Renal Crônica. Revista Gestão & Saúde. Brasília.14(2):1-12, 2016.
- CRUZ, B.F.ES.; TAGLIAMENTO, G.; WANDERBROOCKER, A.C. A manutenção da vida laboral por doentes renais crônicos em tratamento de hemodiálise: uma análise dos significados do trabalho. Saúde e Sociedade, São Paulo. v.25, p.1050-1063, 2016. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016155525>.
- IBIAPINA, A.R.S. *et al* . Aspectos psicossociais do paciente renal crônico em terapia hemodialítica. SANARE, Sobral. v.15, p.25-31, 2016.
- SILVA, M.J.S. *et al* . O impacto do tratamento hemodialítico no portador de insuficiência renal crônica. Enciclopédia biosfera, Centro Científico Conhecer – Goiânia. v.1, p.1-15, 2019.
- MADEIRO, A.C. *et al* . Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. Acta Paulista de Enfermagem. v.23, p.1-10, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000400016>.
- COSTA, R.R & TAVARES, J.F. Comfort food como estratégia de fortalecimento social emocional em idosos institucionalizados. Revista Diálogos em Saúde. v.2, p.1-13, 2016.
- QUEIROZ, J.S. & RIBEIRO, J.F.S. Assistência Psicológica na Hemodiálise: um espaço possível para a resignificação. Revista Mosaico. v.12, p.86-92, 2021. <https://doi.org/10.21727/rm.v12i1.2397>.
- KNOBEL, E. Psicologia e Humanização: assistência a pacientes graves / Elias Knobel, Paola B. de Araujo Andreoli, Manes R. Erlichman. – São Paulo, Atheneu, 2008.
- LIMA, S.E.S. & JUNIOR-LIMA, K. O Imaginário dos Pacientes acerca da Doença Renal Crônica. ID Online Revista de Psicologia. v.1, p.1-16, 2015. <https://doi.org/10.14295/idonline.v9i27.347>.
- OLIVEIRA, L.M *et al* . Qualidade de vida e espiritualidade de pacientes com doença renal crônica: análise pré e pós-transplante. Revista Brasileira de Enfermagem. v.73, p.1-7, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0408>.
- VENTO, H.M. A autonomia do paciente com doença renal crônica: percepções do paciente e da equipe de saúde. Revista da sociedade brasileira de psicologia hospitalar, Rio de Janeiro. v.2, p.1-15, 2018.
- EVERLING, J. *et al* . Eventos associados à hemodiálise e percepções de incômodo com a doença renal. Revista Avances en Enfermería. v.34, p.1-15. jan./apr, 2016. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.41177>..
- MAHAN, K.L.; STUMP, E.T.S.; RAYMOND, J. Krause. Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. 14º Ed. GEN Guanabara Koogan. 2018.
- FAVALESSA, E. *et al* . Avaliação Nutricional e Consumo Alimentar de Pacientes com Insuficiência Renal Crônica. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde. v.11, p.39-48, 2009.

CARVALHO, M.C.V.; LUZ, M.T.; PRADO, S.D. Comer, alimentar e nutrir: categorias analíticas instrumentais no campo da pesquisa científica. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.16, p.155-163, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000100019>.

SANTOS, L.A.S. Da dieta à reeducação alimentar: algumas notas sobre o comer contemporâneo a partir dos programas de emagrecimento na Internet. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. v.20, p.459-474, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000200007>.

SANTOS, L.A.S. O corpo, o comer e a comida: um estudo sobre as práticas corporais e alimentares no mundo contemporâneo. Salvador: Edufba, 2008, 330p.

WARREN, J.M.; SMITH, N.; ASHWELL, M.A. Structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutrition Research Reviews*. v.30, p.272-83, 2017. <https://doi.org/10.1017/S0954422417000154>.

KABAT-ZINN J. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. 2a. ed. New York (NY): Delta; 720p, 1990.

TRIBOLE, E. & RESCH, E. Intuitive Eating. A revolutionary program that works. New York (NY): St. Martins Griffin Press; 344p, 2012.

CUPPARI, L. *et al.* Preparo de vegetais para utilização em dieta restrita em potássio Vegetables for low potassium diet. *Nutrire*. v.28, p.1-7, 2004.

Ministério da Saúde. Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica – DRC no sistema único de saúde. Brasília, p.1-37, 2014.

RIELLA, M.C. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólítico. 5ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

CARVALHO, A.P.L. & ZANARDO, V.P.S. Consumo de água e outros líquidos em adultos e idosos residentes no município de Erechim – Rio Grande Do Sul. *Perspectiva*, Erechim, v.34, p.117-126, 2010.

WAITZBERG, D.L. Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica. 5ª Ed. Revista e Atualizada, Ed. Atheneu. 2017