



LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM

KLEBER CRISTIANO CABRAL DO NASCIMENTO

ENFRENTAMENTO DE UM PACIENTE QUANTO AO TRATAMENTO DE
HEMODIÁLISE: História oral

NATAL/RN
2015

KLEBER CRISTIANO CABRAL DO NASCIMENTO

ENFRENTAMENTO DE UM PACIENTE QUANTO AO TRATAMENTO DE
HEMODIÁLISE: História oral

Artigo científico apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em enfermagem.

Docente: Prof^a. Kétsia Bezerra Medeiros

Orientada: Prof^a. Ms. Edilene Castro dos Santos.

NATAL/ RN
2015

RESUMO

A insuficiência Renal Crônica tem se tornado um problema de saúde pública, limitando a vida de milhares de pessoas no Brasil e no mundo. Mesmo com a adesão ao tratamento e trazendo uma relativa melhora na qualidade de vida, ainda é um tratamento que traz muita debilidade ao paciente, impondo muitas limitações, seja ela física ou social. Esta pesquisa traz como questão norteadora como acontece o enfrentamento de um paciente quanto à aceitação no tratamento de hemodiálise. Objetiva compreender a experiência do paciente portador de insuficiência renal crônica no tratamento em hemodiálise há pelo menos um ano e como enfrentará esse novo processo e suas dificuldades. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória de abordagem qualitativa do tipo história oral. Os critérios de inclusão foi o paciente ser portador de doença renal crônica ao menos um ano. A coleta de dados se deu por uma entrevista semi estruturada e a análise desta pesquisa ocorreu pela proposta da análise de conteúdo de Bardin. Durante essa pesquisa foi descoberto que é fundamental ter o conhecimento sobre a doença e o tratamento, e como o paciente reage a essa nova realidade. Portanto é necessário que a enfermagem, que é o elo entre paciente, tratamento e doença saiba que precisam compreender essas pessoas frente às diferentes situações vivenciadas em sua trajetória de vida e como a enfermagem pode melhorar humanamente, cientificamente e holisticamente o tratamento desse paciente.

Palavras chaves: Hemodiálise, enfermagem, história oral.

ABSTRACT

Chronic Kidney failure has become a public health problem by limiting the lives of thousands of people in Brazil and worldwide. Even with treatment adherence and bringing some improvement in quality of life, is still a treatment that brings a lot of weakness to the patient, imposing many restrictions, whether physical or social. This research has as guiding question as is the confrontation of a patient and the acceptance in the hemodialysis treatment. Aims to understand the experience of a patient with chronic renal failure on hemodialysis treatment for at least one year and to face this new process and its difficulties. It is a descriptive, exploratory qualitative approach to history oral type. Inclusion criteria was the patient had chronic kidney disease at least one year. The data collection was carried out by a semi-structured interview and the analysis of this research was proposed by Bardin's content analysis. During this research we found it important to have knowledge about the disease and treatment, and how the patient reacts to this new reality. It is therefore necessary that nursing, which is the link between patient treatment and disease know they need to understand these people face the different situations experienced in his life story and how nursing can improve humanly, scientifically and holistically treating this patient.

Key words: hemodialysis, nursing, oral history.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
1.1 CARACTERIZAÇÃO DO TEMA E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA	5
1.2 JUSTIFICATIVA	7
2. OBJETIVOS	9
2.1 OBJETIVO GERAL	9
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
3. REFERENCIAL TEÓRICO	10
3.1 INTRODUÇÃO A INSUFICIÊNCIA RENAL	10
3.1.1 Fisiologia dos rins	10
3.2 CAUSAS DA INSUFICIÊNCIA RENAL	11
3.3 TRATAMENTO	12
3.3.1 Hemodiálise	12
3.3.2 Diálise Peritoneal	13
3.3.3 Transplante Renal	13
3.4 PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES	13
3.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	14
4. METODOLOGIA.....	16
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	19
5.1 A EXPERIÊNCIA DE RECEBER O DIAGNÓSTICO.....	19
5.2 MUDANÇAS, MEDOS E SOFRIMENTOS	20
5.3 O APOIO DA FAMÍLIA, AMIGOS E EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	20
5.4 SUPERANDO AS DIFICULDADES DO TRATAMENTO.....	22
6. CONCLUSÃO.....	24
REFERÊNCIAS	26
APÊNDICE A- Termo de Consentimento livre e esclarecido	30
APÊNDICE B- Termo de Autorização para gravação de voz.....	32
APÊNDICE C- Instrumento de Coleta de Dados	33
ANEXO A- Comprovante de Pesquisa Aprovada	34

1. INTRODUÇÃO

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO TEMA E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) consiste na perda progressiva e irreversível da função dos rins, prejudicando a função metabólica e o controle hidroeletrolítico no corpo humano (MOURA et al., 2009).

A insuficiência renal crônica é uma doença multicausal, progressiva e irreversível, que possui tratamento, mas incurável. Com uma alta taxa de morbidade e mortalidade, com alto custo pessoal, social e financeiro (MOURA et al., 2009).

Para Machado et al (2014) essa enfermidade é o resultado final do comprometimento da função renal por diversas doenças que acometem os rins, de maneira rápida ou lenta e progressiva, que tornam o rim incapaz de realizar as suas funções. O ritmo de tal progressão depende da doença original e de causas agravantes, como hipertensão, infecção urinária, nefrite, gota e diabetes.

Por esta razão é necessário um reaprender a viver, por parte deste paciente, e para que a enfermagem possa tornar esse tratamento mais humano. Para o doente renal crônico é uma mudança radical no seu viver, conviver com um tratamento doloroso que é a hemodiálise, assim como, limitações que ele produz. Por ser um tratamento prolongado, provoca juntamente com a evolução da doença e suas complicações, limitações de grande impacto, que repercutem tanto na sua qualidade de vida como em seus familiares (MACHADO et al, 2014).

Segundo Bastos e Kirstajn (2011), a prevalência da doença renal crônica no mundo é de 7.2%, para indivíduos acima de 30 anos, é 28%, e 46% em indivíduos acima de 64 anos. Os últimos dados do DATASUS em 2012 revelam que a cada 100.000 habitantes ha uma prevalência de 54,15 pacientes em tratamento de hemodiálise no estado do Rio Grande do Norte, somando um total de 1748 pacientes em diálise.

Bastos e Kirstajn (2011) considera insuficiência renal crônica uma doença de elevada morbidade e mortalidade. Sua incidência e prevalência em estágio avançado têm aumentado no Brasil e no mundo; a doença vem se tornando uma epidemia. O Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável por 87,2% do custo total da terapia de substituição renal (TSR). De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), no Brasil, existem 684 centros de tratamento dialítico e, destes, 150 (21,9%) estão localizados na região Sul. A taxa de

mortalidade anual desses pacientes é de 15,2%. As doenças que comumente levam à insuficiência renal crônica são a hipertensão arterial e o diabetes (MATOS et al., 2011).

Nos anos de 2000 a 2013 houve um aumento significativo no número de paciente com IRC, no ano de 2000 eram 500 clínicas de dialise no país, em 2013 esses números chegam a 658, também nas datas respectivas, o número de pacientes chegava a 42.695 e em 2013 alcança o número de 100.397 pacientes (SESSO et al., 2014).

Desse percentual a maioria é de pessoas entre 19 e 64 anos, chegando a uma média de 62% do total, sendo uma média de 56% do sexo masculino. Dessa forma, podemos dizer que são dados que crescem de acordo com a população brasileira, mas a nossa população no período de 2000 a 2013 teve um crescimento de 18% e o número de pacientes aumentou em 135% nesse período, o que nos leva a pensar sobre vários aspectos como: qualidade de vida, auto cuidado, uma maior conscientização sobre o assunto ou, por outro lado, de um diagnóstico rápido, devido a uma melhora da saúde pública da população brasileira sobre esta problemática (SESSO et al., 2014).

O doente renal crônico terá o tempo como fator limitador dentro de uma clínica, acompanhado algumas vezes, de um pesar de morte que muitas vezes abate, desanima e desespera esse paciente, principalmente por ser uma doença incurável, onde muitas vezes, esses pacientes abandonam o tratamento e não se dá a importância necessária aos cuidados constantes que se deve ter. É necessário que o profissional de enfermagem tenha a capacidade de estimular este novo processo e essa mudança no novo estilo de vida deste paciente (COSTA; VASCONCELOS; TASSITANO, 2010).

Geralmente notam-se nestes pacientes, sintomas depressivos que surge logo ao iniciar o tratamento de hemodiálise, uma significativa perda em sua vida é logo desencadeada com uma nova realidade. Situações como humor depressivo, autoimagem e sentimentos pessimistas são manifestações mais evidentes (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

Para Lima e Gualda (2010, p. 549) “embora todos estes tratamentos tragam uma significativa melhora de vida a estes pacientes, são tratamentos dolorosos, que requerem uma expressiva quantidade de tempo”, pelo tratamento, sendo hemodiálise ou dialise peritoneal, pois deixam o paciente muito debilitado no ato do tratamento ou após estes.

Apesar dos avanços tecnológicos e terapêuticos na área da diálise contribuir para o aumento da sobrevida dos renais crônicos, o nível de qualidade de vida desses pacientes permanece baixo. Este aspecto tem despertado o interesse em se constatar o nível de

qualidade de vida oferecida pela terapia hemodialítica, não só em nível de terapia, mas no contexto familiar, social e econômico (BREITSAMETER; THOMÉ; SILVEIRA, 2008).

Stefanelli (2008) declara que os enfermeiros, enquanto profissionais da área de saúde preocupados com o ser humano, precisam desenvolver meios, instrumentos, técnicas, habilidades, capacidade e competências para oferecer ao mesmo a oportunidade de uma existência mais digna, mais compreensiva, menos solitária no momento da doença. Afirmar que é por meio da comunicação estabelecida com o paciente que se pode compreendê-lo em toda sua visão de mundo, isto é, seu modo de pensar, sentir e agir e ajudá-lo a reequilibrar-se mais rapidamente.

A assistência ao paciente e seus familiares perpassa pelas orientações sobre a doença e sua progressão, as modalidades de tratamento, as atividades de vida diária e suas adaptações para que haja uma adesão ao tratamento (REIS; GUIRADELLO; CAMPOS, 2008).

A rotina das sessões de hemodiálise com seu desgaste físico e emocional, o volume de informações e a complexidade referente ao processo fisiopatológico renal e seu tratamento configuram como variáveis que contribuem para o insucesso da adaptação à nova realidade (REIS; GUIRADELLO; CAMPOS, 2008).

Nesse aspecto, Breitsameter, Thomé e Silveira (2008) enfatiza que a equipe interdisciplinar, em especial a enfermagem, possui um papel importante junto ao paciente e seus familiares. Além disso, o adoecimento crônico dos pacientes, a convivência por longos períodos e a necessidade de conhecimento técnico-científico específicos dos trabalhadores, são elementos essenciais no que tange à dinâmica do trabalho da enfermagem em nefrologia.

A equipe de enfermagem que atua nos serviços de nefrologia é responsável por toda parte técnica e de relação do paciente com o meio ambiente. A monitorização, a detecção e a intervenção de enfermagem frente aos agravos, são imprescindíveis no que concerne a minimizar, prevenir e melhorar a qualidade de vida destes pacientes (PIVATTO; ABREU 2010).

1.2 JUSTIFICATIVA.

Sabe-se que a IRC é uma das principais doenças crônicas que mais dificultam o dia a dia de pacientes que convivem com esta doença, e que a enfermagem tem um papel de extrema importância seja para promover os cuidados deste paciente ou a sua educação.

A partir da disciplina de saúde do adulto e do idoso sobre a exploração da insuficiência renal e por apresentação de trabalho no Congresso de Iniciação Científica (CONIC), sobre pacientes com insuficiência renal crônica e a não aceitação de tratamento dialítico, surgiu o despertar para a IRC e entender como vive uma pessoa portadora de doença renal crônica em tratamento ambulatorial, há pelo menos dois anos e quais suas perspectivas sobre o futuro.

Com isso, é fundamental para os profissionais de saúde e para a enfermagem, por valorizar os referenciais do doente e reconhecer os seus limites, bem como suas potencialidades diante do processo de adoecimento, pois são conhecidas suas situações do cotidiano, e em especial, as dificuldades e restrições a que são submetidos e contribuir para uma melhor qualidade de vida, em razão que a sua vida é uma luta diária de superação pelos limites impostos por esta enfermidade.

Com estes fundamentos, esta pesquisa contribuirá para a realidade vivida pelo portador de insuficiência renal crônica, fazendo com que, dessa experiência possa aprender com o passado para a construção de um futuro melhor construído por elas mesmas.

Afinal, a aproximação da enfermagem com a realidade vivida pelo portador da doença crônica possibilita compreender melhor comportamentos e hábitos pregressos, bem como a sua capacidade de enfrentamento da doença, a fim de poder auxiliá-lo. Diante dessa problemática, decidiu-se investigar e analisar as dificuldades encontradas por esse paciente, e como a enfermagem pode contribuir, seja cientificamente, humanamente e holisticamente, para a qualidade de vida e suporte desse paciente, família e amigos.

Partindo desse pressuposto, delimita-se a questão norteadora da pesquisa: como acontece o enfrentamento de um paciente quanto ao tratamento em hemodiálise? Como a enfermagem pode abranger o sentido da humanização na qualidade de vida desse paciente, diante de um tratamento tão doloroso e como tornar esse tratamento menos angustiante a esse paciente.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o enfrentamento de um paciente diante do tratamento de hemodiálise.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar as principais dificuldades físicas, psicológicas, sociais e familiares deste paciente;
- Caracterizar como este paciente supera as principais reações ao tratamento hemodialítico.
- Identificar como é visto o papel do enfermeiro neste tratamento pelo paciente.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 INTRODUÇÃO À INSUFICIÊNCIA RENAL

3.1.1 Fisiologia dos Rins

O sistema urinário é constituído pelos órgãos uropoéticos, isto é, incumbidos de elaborar a urina e armazená-la temporariamente até a oportunidade de ser eliminada para o exterior. Na urina encontramos ácido úrico, ureia, sódio, potássio, bicarbonato, etc. (TORTORA, 2007).

Este aparelho pode ser dividido em órgãos secretores que produzem a urina e órgãos excretores que são encarregados de processar a drenagem da urina para fora do corpo. Os órgãos urinários compreendem dois rins, que produzem a urina, dois ureteres ou ductos, que transportam a urina para a bexiga, onde fica retida por algum tempo, e a uretra, através da qual é expelida do corpo (PANDYA; SOUZA, 2014).

Além dos rins, as estruturas restantes do sistema urinário funcionam como um encanamento constituindo as vias do trato urinário. Essas estruturas ureteres, bexiga e uretra não modificam a urina ao longo do caminho, ao contrário, elas armazenam e conduzem a urina do rim para o meio externo (SMELTZER, 2011).

Os rins realizam o trabalho principal do sistema urinário, com as outras partes do sistema, atuando, principalmente, como vias de passagem e áreas de armazenamento. Com a filtração do sangue e a formação da urina, os rins contribuem para a homeostasia dos líquidos do corpo de várias maneiras. As funções dos rins incluem: Regulação da composição iônica do Sangue; Manutenção da osmolaridade do sangue; Regulação do volume sanguíneo; Regulação da pressão arterial; Regulação do pH do sangue; Liberação de hormônios; Regulação do nível de glicose no sangue; Excreção de resíduos e substâncias estranha (GUYTON; HALL, 2011).

No conceito de Souza e Pandya (2014) a partir do momento que os rins perdem as suas principais funções como, filtrar e eliminar produtos finais do metabolismo, remover fluidos em excesso no corpo e manter o equilíbrio dos eletrólitos, dos ácidos e das bases esses rins estão comprometidos quanto a sua função. Quando isso acontece os resíduos podem chegar a níveis perigosos e afetar a composição química do seu sangue, que pode ficar fora do

equilíbrio. A redução na capacidade de os rins cumprirem essas tarefas é chamada de Insuficiência renal que pode ser aguda ou crônica.

A insuficiência renal aguda (IRA) é caracterizada por rápida queda na taxa de filtração glomerular, manifestada clinicamente como um abrupto e contínuo aumento de ureia e creatinina, resultando na impossibilidade dos rins em exercer suas funções básicas de excreção e manutenção da homeostasia hidroeletrolítica e acidobásicas do organismo (PATRICIA et al., 2009).

Segundo a Sociedade de Nefrologia do Brasil a Doença Renal Crônica (DRC) (2012) ou IRC, consiste em lesão renal e geralmente perda progressiva e irreversível da função dos rins. Atualmente ela é definida pela presença de algum tipo de lesão renal mantida há pelo menos três meses com ou sem redução da função de filtração (GUEDES; GUEDES 2012). Ela é classificada em estágios de acordo com a evolução conforme o quadro abaixo:

Quadro 1: Dos Estágios de Lesões Renal

Estágio	Descrição	Filtração Glomerular (FG)
0	Risco de doença renal HAS, Diabetes, Familiar c/DRC	> 90 ml/min
1	Lesão renal	> 90 ml/min
2	Lesão renal, leve FG	60 - 89 ml/min
3	Moderada FG	30 - 59 ml/min
4	Avançada FG	15 - 29 ml/min
5	Falência renal	< 15 ml/min diálise ou transplante

Fonte: Produzido pelo autor/ 2015

3.2 CAUSAS DA INSUFICIÊNCIA RENAL

De acordo com Ribeiro et al. (2008) a IRC pode ser causada por doenças sistêmicas como diabetes mellitus; glomerulonefrite crônica pielonefrite; hipertensão não controlada; obstrução do trato urinário; lesões hereditárias (doença renal policística); distúrbios vasculares; infecções; medicamentos; agentes tóxicos; agentes ambientais e ocupacionais.

No pensamento de Júnior (2004) ainda afirma que dentro dessas doenças ainda existe o chamado grupo de risco que portadores de hipertensão arterial, de diabetes mellitus, ou histórico familiar para doença renal crônica têm maior probabilidade de desenvolverem

insuficiência renal crônica. Nesse ponto Ribeiro et al. 2008 e Júnior (2004) concordam que as principais causas da IRC são a Hipertensão, Diabetes Mellitus e Glomerulonefrite.

3.3 TRATAMENTO

Para Beltrame et al. (2011) vários fatores podem levar a perda da função renal, sendo assim, os pacientes agora necessitam de terapia renal substitutiva (TRS) e terapia farmacológica para sua sobrevivência, até a chegada do transplante renal.

Esses tratamentos que são disponíveis para essas pessoas são a hemodiálise e a dialise peritoneal. A principal função do tratamento é manter a função renal pelo maior tempo possível, permitindo uma maior expectativa de vida do doente renal crônico (SANTOS; ROCHA; BARTINELLI, 2011).

3.3.1 Hemodiálise

A hemodiálise é utilizada para pacientes que estão agudamente doentes e precisam de um tratamento em curto prazo e também para pacientes com IRC que necessitam da terapia de substituição renal em longo prazo ou permanente (MOURA; RAMOS; ESPINDULA, 2010).

Este tratamento evita a morte dos pacientes, mas, não a cura lhes proporcionando uma melhor qualidade de vida, nem recompensa as perdas endócrinas ou metabólicas dos rins. A hemodiálise tem por objetivo extrair as substancias nitrogenada toxicas do sangue e remover o excesso, substituindo os glomérulos e os túbulos renais como filtro para os rins comprometidos (SOUZA; PANDYA, 2014).

Embora seja um tratamento que melhore a expectativa do paciente, mesmo assim, limita muito o seu tempo, pois o paciente terá que permanecer pelo menos quatro horas por sessão, geralmente três vezes por semana (MOURA; RAMOS; ESPINDULA, 2010).

Segundo a Kidney Disease Outcome Quality Initiative (KDOQI), em uma semana será em média 12 horas por semana, e dará uma média de 58 horas por mês. Comparado a um rim normal, que filtra 24 horas por dia, isso dará uma média de 700 horas em um mês, fica claro a atenção que se deve ter a este paciente (TERRA et al., 2010).

A fistula arteriovenosa é o método de acesso preferido, e criado por meios cirúrgicos, geralmente no braço para unir uma artéria e uma veia. Essa fistula necessita de dois a três meses para “amadurecer” antes que possa ser utilizada. Uma vez utilizado esse acesso é o que

apresenta maior vida útil. Constituindo, portanto, a melhor opção de acesso vascular para o paciente submetido à hemodiálise crônica (CRUZ; OLIVEIRA; MATSUI, 2012).

3.3.2 Diálise Peritoneal

A Diálise Peritoneal (DP) é realizada pela introdução de 1 a 3 litros de uma solução salina contendo dextrose (solução de diálise) na cavidade peritoneal. Os produtos tóxicos movem-se do sangue e tecidos circunjacentes para a solução de diálise por difusão e por ultrafiltração. A remoção do corpo dos produtos residuais e do excesso da água ocorre quando o dialisado é drenado.

Segundo o manual de diálise do Hospital Getúlio Vargas (2012) (HGV), a (DP) pode ser ambulatorial contínua, onde a solução de diálise está constantemente presente no abdômen, mas é trocada três a cinco vezes diariamente, ou poderá ser a diálise peritoneal contínua assistida por ciclador.

3.3.3 Transplante Renal

O transplante renal é uma cirurgia “na qual um rim saudável (do doador vivo ou falecido) é implantado no corpo do paciente na fase avançada de doença renal (o receptor).” (SOUZA; PANDYA, 2014).

O transplante será a alternativa de esperança para o (DRC), a hemodiálise ou a diálise peritoneal são tratamentos que melhoram a qualidade de vida do paciente, mas o transplante, embora não fácil, trará uma perspectiva de retomar a normalidade da vida, outrora perdida ou limitada (MOURA; RAMOS; ESPINDULA, 2010).

Ainda segundo Souza e Pandya (2014) embora as dificuldades de um doador, os cuidados no pós e pré-operatório e o risco de rejeição, o paciente melhora a qualidade de vida, fica livre da diálise, melhora a vida sexual e ainda prolonga a vida.

3.4 PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES

Mesmo com inovações e novas técnicas, seja na parte humana quanto tecnológica, de equipamentos nas últimas décadas, tornando esse procedimento seguro e capaz de manter a vida dos pacientes por longos períodos, vale mencionar que, “em 30% das sessões de

hemodiálise pode ocorrer algum tipo de complicação decorrente desta modalidade terapêutica.” (TERRA et al.,2010, p. 94).

As complicações podem ser relacionadas à inserção do cateter como: hemotórax ou pneumotórax ou complicações tardias como: coagulação do cateter ou infecção (MANUAL DE DIÁLISE HGV, 2012).

A hipotensão é a principal complicação do tratamento hemodialítico, que envolve a taxa de ultra filtração, a diminuição da osmolaridade, a temperatura do dialisato, redução do volume intravascular, hiponatremia, aumento na liberação de substâncias vasodilatadoras e redução da liberação de vasoconstritoras, o ganho excessivo de peso também está relacionado com essa complicação (ARAÚJO; SANTO, 2012).

Náuseas e vômitos segundo Silva e Thomé (2009) ocorrem em cerca de 10% dos tratamentos hemodialíticos. As suas causas principais são: hipotensão, hipertensão arterial, úlcera gástrica, síndrome de desequilíbrio, ansiedade, ingestão de alimentos durante a HD e hipercalcêmica. Sugere-se como tratamento a correção da causa, e se persistir deve ser administrado ante emético.

Câimbras é uma complicação frequente da hemodiálise. Elas predominam nos membros inferiores e ocorrem geralmente na segunda metade da HD. Frequentemente são precedidas por hipotensão arterial. Sua causa não é totalmente conhecida, mas sabe-se que pode ocorrer devido a paciente abaixo do peso seco e o uso de solução dialítica pobre em sódio (ARAÚJO; SANTO, 2012).

3.5 ASSISTÊNCIAS DE ENFERMAGEM

De acordo com a Portaria nº 154 de 15 de junho de 2004, a qual estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos Serviços de Terapia Renal Substitutiva e as normas para cadastramento desses estabelecimentos junto ao Sistema Único de Saúde, determina que para cada 35 pacientes deva haver um enfermeiro devendo possuir treinamento em diálise reconhecido pela Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia (BRASIL, 2004).

Para Moura, Ramos e Espindola (2010) o papel do enfermeiro na hemodiálise inclui a prevenção de agravos por meio da educação do paciente e da assistência integral, tem papel essencial na prestação de cuidados a indivíduos com IRC, “principalmente por desenvolver

atividades educativas, com o objetivo de aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e comunidade, além de contribuir para a adesão destes ao tratamento”.

Santos, Rocha e Berardinelli (2011, p.89) afirmam que a enfermagem é “o elemento da equipe que atua de modo mais constante e mais próximo dessa clientela. Portanto, ele está capacitado para identificar as necessidades dos clientes e intervir de forma eficaz”.

É o enfermeiro que, através do cuidado de enfermagem, planeja intervenções educativas junto aos clientes, de acordo com a avaliação que realiza, visando ajudá-los a reaprender a viver com a nova realidade e a sobreviver com a doença renal crônica (ARAÚJO; SANTO, 2012).

Como o enfermeiro é o profissional que assiste mais de perto o paciente nas sessões de hemodiálise, ele deve estar apto a prontamente intervir e assim evitar outras potenciais complicações. Os cuidados de enfermagem envolvem a sistematização desde a entrada do paciente à saída deste da sessão de hemodiálise (RODRIGUES; BOTTI, 2009).

4. METODOLOGIA

Esta pesquisa trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem qualitativa do tipo História Oral.

Para Minayo (2013) a pesquisa descritiva se caracteriza em uma atitude e prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados.

Na pesquisa descritiva realiza-se o estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos do mundo físico sem a interferência do pesquisador. São exemplos de pesquisa descritiva as pesquisas mercadológicas e de opinião. A finalidade é observar, registrar e analisar os fenômenos ou sistemas técnicos, sem, contudo, entrar no mérito dos conteúdos. Nesse tipo de pesquisa não pode haver interferência do pesquisador, que deverá apenas descobrir a frequência com que o fenômeno acontece ou como se estrutura e funciona um sistema, método, processo ou realidade operacional (GIL, 2008).

Para Marcone e Lakatos (2010) a pesquisa exploratória permite uma maior familiaridade entre o pesquisador e o tema pesquisado, em se tratando do assunto pouco conhecido, pouco explorado. Por ser uma pesquisa bastante específica, podemos afirmar que ela assume a forma de um estudo de caso, sempre em consonância com outras fontes que darão base ao assunto abordado, como é o caso da pesquisa bibliográfica e das entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado.

Quanto à abordagem, esta pesquisa será classificada como qualitativa, visto que o problema analisado e as respostas obtidas não podem ser traduzidos em números e estatísticas. Segundo Brevidei e Sertório (2010, p. 89) “determinados problemas de pesquisa não podem ser respondidos quantitativamente quanto existe a intenção de buscar significados e interpretá-los a partir de um contexto próprio, natural”.

No pensamento de Meihy (2005) é difícil definir história oral em poucas palavras, por ser um recurso novo e moderno, mas também, é um estudo que pode ser analisado para favorecer a identidade e a memória cultural.

Ao recorrer à história oral é preciso entendê-la em uma perspectiva que vai além do relato de fatos, é uma maneira de chegar ao conhecimento de fatos vivenciados em um dado momento histórico, em que documentos escritos não poderiam revelar por si só os sentidos circulantes no meio social (MEIHY; HOLANDA, 2011).

Como pressuposto, a história oral, implica uma percepção do passado como algo que tem continuidade hoje e cujo processo histórico não está acabado, a presença do passado no presente das pessoas é a razão da história oral (MEIHY, 2005).

A escolha da história oral se baseia justamente na adesão de pessoas atentas a pensar a vida social em sentido público, afinal são pessoas que abrem mão de suas particularidades, não para que suas intimidades sejam expostas, mas para que com experiências do passado, vivencia-se o presente para construir um futuro melhor. Sendo assim, a história oral como tradição, tem o poder de manter os mitos e a visão do mundo de comunidades e pessoas (MEIHY; HOLANDA, 2011).

Segundo Meihy (2005) na história oral existem três elementos fundamentais como: o entrevistador, o entrevistado e o aparelho de gravação. Para que a história oral seja elaborada, há um conjunto de procedimentos a serem seguidos como: a elaboração do projeto, quem será entrevistado, planejamento de gravações, local, tempo de entrevista, transcrição do texto e o principal a autorização para o uso que deverá ser acompanhado de uma carta de cessão com específicos sobre seu uso pleno e relativo (MEIHY; HOLANDA, 2011).

A coleta de dados aconteceu em ambiente determinado pelo colaborador da pesquisa visando favorecer os questionamentos e objetivos propostos.

Utilizou-se com instrumento de coleta de dados uma entrevista semiestruturada com questões abertas, que segundo Brevidelli e Sertório (2010) solicita-se ao participante que responda uma determinada pergunta com suas próprias palavras sem restringi-las.

Os critérios de inclusão foram: ser paciente portador de Insuficiência Renal Crônica em tratamento de hemodiálise há pelo menos um ano e idade maior que quarenta anos. Ressalta a importância de estar em acordo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (APÊNDICE A) que firma uma parceria de comunicação entre o pesquisador e sujeito da pesquisa, e o termo de Autorização Para Gravação de Voz (APÊNDICE B). A entrevista seguirá um instrumento de coleta de dados elaborado e proposto pela pesquisa (APÊNDICE C).

A realização de projeto envolvendo seres humanos deve estar em conformidade conforme a Resolução 466/12 que dispõe sobre a participação de seres humanos em pesquisas científica (BRASIL, 2012).

Ressalta-se que esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/HUOL) após submissão do projeto via Plataforma Brasil para apreciação e deferimento

favorável, onde se obteve aprovação através do registro (46855215.4.000.5292) no mês de setembro.

A análise aconteceu através da análise de conteúdo de Bardin (2009) que é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. É resultante de testes de associação de palavras (estereótipos e conotações). Permite fazer a organização da análise; a codificação de resultados; as categorizações; as inferências; e, por fim, a informatização da análise das comunicações.

As entrevistas foram realizadas nos dias 05, 07 e 08 de outubro de 2015, sendo quatro questões de respostas abertas. Após a leitura e assinatura do TCLE, sempre na casa do colaborador, conforme dia e ambiente determinado pelo mesmo, visando favorecer os questionamentos e objetivos propostos, seguindo a entrevista semi estruturada do instrumento de coleta de dados (APÊNDICE C).

Seguindo também critérios que após a realização da entrevista, há a necessidade da transformação do relato oral em texto escrito para torná-lo disponível ao público. Para tanto, fazendo-se necessário às etapas de transcrição e textualização (MEIHY; HOLANDA, 2011).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão foram analisados conforme a análise de conteúdo de Bardin. Para isso, distribuiu-se em categorias e assim, extrair a essência dos conteúdos com base nos objetivos propostos pela pesquisa.

5.1 A EXPERIÊNCIA DE RECEBER O DIAGNÓSTICO

Segundo Mattos e Maruyama (2010) a doença renal crônica revela-se, em muitos casos, como um dos momentos mais difíceis para o paciente. São experimentados, entre outros sentimentos, a angústia diante do desconhecido e o medo frente à possibilidade de sofrimento e morte. Exames são vistos e revistos até que recebem informações controversas e vivem momentos de instabilidade, desespero e desmotivação durante o período em que a doença ainda constitui-se em uma possibilidade.

Por ser uma doença silenciosa, quando não se há um cuidado constante com o estilo de vida, ou saúde; sinais e sintomas, poderão se apresentar em um estado bastante crítico, sendo os mais evidentes: astenia, cansaço, edemas na face e em membros superiores e inferiores, disúria, poliúria ou oligúria são sinais mais presentes (MATTOS; MARUYAMA, 2010).

Sendo diagnosticado como hipertenso, no ano de 2000, nosso colaborador começou a tomar medicamentos, mas, abandonou o tratamento por doze anos. Pode ser expresso na seguinte afirmação:

“Em parte eu já estava preparado, pois já vinha sentindo grande debilidade no meu corpo, pois estava sentindo náuseas e vomitando, desde o dia que fui ao hospital de emergência e a médica afirmou que não era pra estar vivo segundo os exames, me encaminhando imediatamente a hemodiálise, daí eu percebi a gravidade da doença, pois até então não tinha conhecimento.” (Entrevistado 1)

“No momento da inserção do cateter me sobreveio à gravidade do meu problema eu dizia: enquanto tiver meus recursos não vou ao médico e esperava um milagre de Deus, agora meus recursos acabaram veio à realidade”. (Entrevistado 2)

Para Dyniemicz, Kobus e Zanella (2004) existe à importância da fé em um ser superior como fonte de esperança e força para o enfrentamento das situações difíceis e conformação diante dos fatos, que não podem ser modificados.

Já para Bastos e Kirsztajn (2011) a ausência de sintomas nos pacientes que se encontram nos estágios iniciais da IRC exige que os médicos mantenham sempre um nível

adequado de suspeição, especialmente naqueles pacientes com fatores de risco médico para a IRC.

5.2 MUDANÇAS, MEDOS E SOFRIMENTO

Na visão de Pereira e Guedes (2009) a doença crônica e o tratamento hemodialítico são fontes de estresse e podem ocasionar problemas como isolamento social, perda do emprego, dependência da Previdência Social, limitações de locomoção e lazer. Percebe-se nitidamente na fala quando abordou esse questionamento:

“O tratamento é traumatizante, pois pode deixar marcas e sequelas durante as sessões, medo, insegurança, angústia tristeza e estresse pelo fato de deixar o paciente fragilizado física e psicologicamente”. (Entrevistado 3)

Observa-se que nesse cenário o paciente se sente como um doente, embora a tendência seja negar esse sentimento para não desanimar, para ter forças de continuar vivendo com todas as restrições que essa doença lhe impõe. Reconhecem ser a hemodiálise o principal fator para a sua sobrevivência, apesar de ser um pesado fardo. Um tratamento obrigatório que garante a manutenção do bem-estar (GUEDES; GUEDES, 2012).

Apesar de o tratamento hemodialítico ser caracterizado como um fardo é identificado na expressão do paciente que o preparo psicológico é de suma importância para enfrentamento dessa terapêutica.

“Tudo isso pode ser falta de preparo psicológico para enfrentar um tratamento traumático e doloroso por parte do paciente, mas já aprende a viver como normalidade na vida. Não perco o sono ou penso que o próximo tratamento será um fardo”. (Entrevistado 2)

5.3 O APOIO DA FAMÍLIA, AMIGOS E EQUIPE DE ENFERMAGEM

As mudanças no hábito de vida e a necessidade de deixar de fazer o que proporciona prazer pela vida são ressaltadas pelos pacientes como dificuldades decorrentes da doença. Entre as mudanças destacam a impossibilidade de trabalhar como algo que intimida e marginaliza. O trabalho é uma das maneiras pela que o ser humano se expressa, se identifica e se realiza no mundo. A incapacidade física para o desenvolvimento das atividades cotidianas de trabalho provoca sentimentos que deprimem a qualidade do seu existir (PEREIRA; GUEDES, 2012).

A família é a base de tudo pra o ser humano e principalmente quando é portador de uma doença renal que incapacita nas diversas maneiras do viver. Isto pode ser percebido através da seguinte fala gerando dificuldades físicas, psicológicas, sociais e familiares encontradas.

“Eu gostaria de ter a mesma disposição de antes, mas a debilidade física que o tratamento causa me impõe muitas limitações, até mesmo por ter uma fistula muda nossa autoestima”. (Entrevistado 1)

Para Pereira e Guedes (2012) limitações de locomoção e lazer, diminuição da atividade física e a necessidade de adaptação na autonomia, junto com alterações da imagem corporal, surgem um sentimento ambíguo entre viver ou morrer.

Já na visão de Marques (2011, p.38) estes pacientes apresentam limitações físicas para andar, realizar esforços físicos, carregar pesos, subir escada, entre outros. Assim percebe-se que eles devem se adaptar a várias mudanças, esse processo de aceitação de sua condição interfere na qualidade de vida dessas pessoas, requerendo dessa forma uma nova adaptação em seu viver.

A questão social é outro ponto fundamental no que diz respeito a limitações que o tratamento impõe. Causando problemas como isolamento social, perda do emprego e dependência da previdência social (PEREIRA; GUEDES, 2012). A respeito disso o colaborador afirma:

“A questão física influencia indiretamente no social, pois sinto fraquezas devido ao tratamento e a anemias. Limitações em viagens, pois era um homem com muitos compromissos e o tratamento me limita muito socialmente, tive que me reorganizar socialmente e financeiramente, pois minha família dependia de mim entre trabalhos e viagens”. (Entrevistado 3)

Para Pereira e Guedes (2009) a família tem um papel fundamental, pois não ter conhecimento sobre a doença, o tratamento e os recursos disponíveis aumenta significativamente o estresse e a ansiedade do paciente. Dessa forma expressa o colaborador:

“O paciente limita muito o convívio familiar, devido ao tratamento dá-se essa limitação. A família deve saber agora que está lhe dando com uma nova pessoa, não sou deficiente, mas agora tenho novas limitações”. (Entrevistado 4)

É de suma importância o apoio familiar, e dos profissionais de saúde no convívio diário com esse paciente, permitindo novas maneiras de viver dentro dos limites do paciente, possibilitando que ele assuma as responsabilidades no tratamento e da sua nova maneira de viver (BARRETO et al., 2011). Assim declara o participante:

“A família tem de ter empatia pelo familiar doente, às vezes sou tratado como uma pessoa que não tem nem um problema. Não que eu queira, mas muitas vezes não faço porque não quero, mas pela debilidade do tratamento”. (Entrevistado 4)

“Sinceramente gostaria que a minha família me compreendesse, pelo menos entendesse um pouco mais sobre a doença o tratamento e as consequências”. (Entrevistado 3)

Diante desse contexto a família deveria assumir grande responsabilidade na prestação de assistência à saúde, na medida em que realiza os cuidados exigidos pelo tratamento da enfermidade crônica, prevenindo possíveis sequelas. Visto que a diversos cuidados básicos para o paciente como: ter cuidado com a fistula, manter uma boa higiene e a dieta do renal crônico (BARRETO et al., 2011).

No tratamento de hemodiálise e sobre a doença, o enfermeiro tem papel fundamental porque, apesar de a educação do cliente com DRC ser um compromisso de toda a equipe de saúde, esse profissional é o elemento da equipe que atua de modo mais constante e mais próximo dessa clientela (SANTOS; ROCHA; BERARDINELLI, 2011). Nesse aspecto segundo o colaborador ele afirma:

“É muito constrangedor, o profissional de enfermagem é quem passa a maior parte do tempo conosco, às vezes eles tem até a técnica, mas o acolhimento é embaraçador. Eu talvez já seja preparado psicologicamente, mas escuto coisas que eles dizem aos pacientes em tratamento que é desanimador”. (Entrevistado 5)

A importância do cuidar é ressaltada justamente nesse sentido segundo Rodrigues e Botti (2009). Cuidar é respeitar os diferentes clientes dar atenção, apoio e carinho, o cliente não é mais um com a máquina, é um ser dotado de sentimento que precisa de muita atenção principalmente durante o tratamento. Muitas vezes utiliza-se tanto a técnica que se esquece do paciente como um todo ou um ser holístico (RODRIGUES; BOTTI, 2009).

5.4 SUPERANDO AS DIFICULDADES DO TRATAMENTO

Sabe-se que o paciente renal crônico não se limita só as sessões de diálise e que sobre esse paciente paira todo um contexto social, familiar, financeiro, psicológico, que após a descoberta real da doença e o início no tratamento há um impacto significativo relacionado a estas questões, podendo haver uma mudança brusca em projetos existenciais que poderão ser anulados ou modificados com a situação vivida (PEREIRA; GUEDES, 2009).

Diante também de muitas complicações que aparecem durante o tratamento como: hipotensão, taquicardia, cefaleia, câimbras e vômitos são algumas das intercorrências que

dificultam a superação do tratamento (ARAÚJO; SANTO, 2012). Sobre a capacidade de enfrentar o tratamento assim relata o colaborador:

“Não me vejo como um doente sou consciente sim, que tenho restrições, mas não me deixo limitar por elas, creio que tenho um potencial dentro de mim que me dá ânimo e força para viver os percalços da vida. Tudo isso eu resumo em uma frase: se o senhor não guardar a cidade em vão vigia a sentinela. Acredito que existe um ser supremo e que ele tem total controle das nossas vidas, ele pode levar a sepultura e tornar a trazer ele enriquece e empobrece levanta o pobre do monturo e o faz sentar entre os príncipes, Deus seja louvado”. (Entrevistado 6)

Chama a atenção à importância da fé em um ser superior como fonte de esperança e força para o enfrentamento das situações difíceis e conformação diante dos fatos, que não podem ser modificados. A crença religiosa pode caracterizar um auxiliar indispensável durante o tratamento e facilitar a compreensão do inexplicável e a aceitação do impensável (PEREIRA; GUDDES, 2009).

6. CONCLUSÃO

A insuficiência renal crônica é geradora de diversos fatores que influenciam diretamente no novo estilo de vida do paciente, por se tratar de uma doença incurável e que dependa de um tratamento rigoroso e debilitante, causando dessa forma, medos, frustrações, baixa autoestima, dependência financeira, isolamento social e até mesmo sentimentos de morte.

Ao analisar as falas do colaborador da pesquisa percebe-se que a enfermagem é o elo da saúde que mais convive com este paciente, fica evidente também que é necessário um maior conhecimento da doença e do tratamento por parte da família e amigos, nesse relato é categórico a importância do conhecimento, técnico, científico e holístico da enfermagem

É notório que os profissionais de enfermagem precisam compreender essas pessoas frente às diferentes situações vivenciadas em sua trajetória de vida e como a enfermagem pode melhorar humanamente, cientificamente e holisticamente o tratamento desse paciente.

Ressalta-se que o apoio da família e amigos é imprescindível nessa nova trajetória de vida e que a humanização é de total relevância no papel da enfermagem. É nítida nas expressões do nosso colaborador, que a palavra humanizar seja utópico, levando a uma reflexão de conceitos imbuídos na história oral, que ganha sua importância na contextualização individual e social através desse paciente.

Desta forma, esta pesquisa possibilitou identificar a importância da enfermagem no acolhimento, na humanização e na perspectiva do tratamento para o paciente no tratamento de hemodiálise e no convívio deste paciente, visto que o enfermeiro é o profissional mais presente na vida desses pacientes. Sendo assim, o compartilhar experiências de pessoas que vivenciam a doença, e com ela, aprender novas lições sem ter que passar pela experiência da doença, possibilita ampliar a visão da enfermagem em relação à doença ao tratamento e principalmente ao paciente.

Espera-se que esta pesquisa contribua com a enfermagem tanto âmbito científico, como no convívio com as diversas histórias de vida de pessoas que lutam insistentemente por mais um dia de sobrevivência, bem como promover qualidade da assistência durante a hemodiálise.

Onde verdadeiramente a palavra humanização saia do contexto acadêmico e congressista a uma realidade na vida e no tratamento não só deste nosso colaborador, mas também de todos quantos necessitem de uma humanização mais digna independentemente do contexto social de cada vida. Afinal não fomos escolhidos para escolher vidas, mas, para

cuida-las. É importante também que haja um programa de saúde da enfermagem em relação a esses pacientes muitas vezes tão debilitados

Concluimos também que a família tem um papel crucial seja no conhecimento da doença, ao tratamento e principalmente ao doente. Ela será a coluna principal de base e apoio a este paciente que incluirá nesse contexto uma perspectiva na superação diária da doença. Visto que saber é poder, pode-se dessa maneira a enfrentar não como um problema individual, mas familiar.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, A.C. S; SANTO, E. E. A importância das ações do enfermeiro nas intercorrências durante a sessão de hemodiálise. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, ano 1.n.1, 2012.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Ed. 70, LDA, 2009.
- BARRETO, M. S. et al. **Conhecimento em saúde e dificuldades vivenciadas no cuidar:** perspectiva dos familiares de pacientes no tratamento dialítico. *Ciência, Cuidado e Saúde*; v. 10, p. 722-730, 2011. Disponível em: <<http://www.bvs.br/scielo>> Acesso em: 07 out. 2015.
- BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. **A doença renal crônica:** importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhorar os resultados em pacientes ainda não submetidos a diálise. *J. Bras. Nefrol*, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 93-108, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 17 mar. 2015.
- BOTTI, L.C.N.; RODRIGUES, T.A. **Cuidar e o ser cuidado na hemodiálise**. *Acta. Paul. Enferm*; 22 (Especial-Nefrologia): centro de nefrologia de Minas Gerais. CENEMG, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 11 set. 2014.
- BREITSAMETER, G.; THOMÉ, E.G.R.; SILVEIRA, D.T. Complicações que levam o doente renal crônico a um serviço de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**., Porto Alegre, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 agost. 2015.
- BREVIDELLI, M. M.; SERTÓRIO, S. C. M. **Tcc:** trabalho de conclusão de curso. 4. ed. São Paulo: Iátria, 2010. 228 p.
- COSTA, P.B; VASCONCELOS, K.F.S.; TASSITANO, R.M. **Qualidade de vida:** pacientes com insuficiência renal crônica no município de Caruaru, PE. *Fisioter. Mov.*, Curitiba, v. 23, n. 3, p. 461-471, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 11 mar. 2015.
- CRUZ, S. C, G. R.; OLIVEIRA, S. C.; MATSUI, T. **Livro do aluno:** Terapia Renal Substitutiva. São Paulo: Fundap, 2012.
- DATASUS - Banco de Dados em Saúde no Brasil – **Ministério da Saúde. Informações de Saúde** TABNET. Banco de Dados. Disponível em: < <http://www2.datasus.gov.br>. Acesso em: 08 de mar. 2015.
- DYNIEMICZ, A.M.; KOBUS, L.S.G. ZANELLA, E. Narrativa de uma cliente com insuficiência renal crônica: a história oral como estratégia de pesquisa. **Rev. Eletr. de Enferm.** v. 06, n. 02, p. 199-212, 2004. Disponível em:< <http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 13 set. 2014.
- ESPÍNDULA, B.M.; RAMOS, V.A.; MOURA, S.M.C. O papel do enfermeiro na sessão de hemodiálise: revisão de literatura. **Rev. Eletro. De Enferm. Do Centro. De Est. De Enferm. e Nutr., Serial on line**, 2010. Disponível em:< http://.ceen.com.br/revista_eletronica>. Acesso em 10 set. 2014

GIL, A. **Métodos e técnicas de pesquisas social**. 6.ed.São Paulo: Atlas, 2008.

GUEDES, K. D. ; GUEDES, H. M. Qualidade de vida do paciente portador de insuficiência renal crônica. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 48-53, 2012. Disponível em : < [http:// revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index/php/faenfi/article/view/9734/7746](http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index/php/faenfi/article/view/9734/7746)> Acesso em: 16 jul. 2015.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 11ª ed. Rio de Janeiro, Elsevier, 2011.

JÚNIOR, J.E.R. **Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação**. J. Bras. Nefrologia, 2004.

.

LIMA, A.F.C.; GUALDA, D.M.R. História oral de vida: buscando o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico. **Rev. Esc. Enferm.**, 2010. Disponível em: < [http://www.scielo. br](http://www.scielo.br/)>. Acesso em: 11 set. 2014

MACHADO, F.S. et al. **Qualidade de vida de idosos submetidos à hemodiálise**: uma revisão sistemática. Revista Kairós Gerontologia, 17(3), pp.149-163. ISSN 1516-2567. ISSN e 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-São Paulo.2014. Disponível em< [http://. sciELO.br/.php?](http://.sciELO.br/.php?)> acesso em 25 set. 2015.

MARCONI, M. de. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamento da metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MATOS, J. P. S. et al. **Avaliação da sobrevida de cinco anos em hemodiálise no Brasil**: uma coorte de 3.082 pacientes incidentes. J. Bras. Nefrol, 2011. Disponível em: <http://www.jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1431> Acesso em: 22 fev. 2015.

MATTOS, M.; MARUYAMA, S. A.T. A experiência de uma pessoa com doença renal crônica em hemodiálise. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 428-434, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> Acesso em: 15 mar. 2015.

MEIHY, J.C. S. B. **Manual de História Oral**. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, F. **História Oral**: como fazer como pensar. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2011.

MINAYO, M. C. S. A produção de conhecimentos na interface entre as ciências sociais e humanas e a saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v. 22, n. 1, p. 21-31, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/76407>>. Acesso em: 05 out. 2015.

MOURA, L. et al. Monitoramento da doença renal crônica terminal pelo subsistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade - Apac - Brasil, 2000 a 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 2, 2009. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo. php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742009000200003&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742009000200003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 set. 2015.

PEREIRA, L. P.; GUEDES, M.V.C. Hemodiálise: a percepção do portador renal crônico. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 4, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 11 set. 2014.

PIVATTO, D.R.; ABREU, I. S. Principais causas de hospitalização de pacientes em hemodiálise no município de Guarapuava, Paraná, Brasil. **Rev Gaúcha Enferm**, 2010.

REIS, C.K.; GUIRARDELLO, E.B.; CAMPOS, C.J.G. O indivíduo renal crônico e as demandas de atenção. **Rev Bras Enferm**, 2008.

RODRIGUES, T. A. et al. **Cuidar e o ser cuidado na hemodiálise**. Acta Paul Enferm, v. 22, n. 1, p. 528-30, 2009. Disponível em: <<http://www.google.scielo.com.br>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

SANTOS, I.; ROCHA, R. P. F.; BERARDINELLI, L. M. M. Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 64, n. 2, p. 335-342, abr.2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 03 mar. 2015.

SBN - Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo de diálise. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/censos/censo2010finalizado>> Acesso em: 08 abr. 2015.

SESSO, R. C. **Inquerito Brasileiro de Dialise Crônica 2013. Análise das tendências entre 2011 e 2013**. J. Bras. Nefrol. 2014; p. 436-441. Disponível em:< http://www.jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1703>. Acesso em: 15 mar. 2015.

SILVA, G.L.D.F.; THOMÉ, E.G.R. Complicações do procedimento hemodialítico em pacientes com insuficiência renal aguda: intervenções de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS) 2009 mar;30(1):33-9. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/censos/censo>>. Acesso em: 08 abr. 2015.

SMELTEZE, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth- tratado de enfermagem medico-cirúrgico**. 10º. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. V. 2.

SOUZA, E. ; PANDYA, S. **Previna-se salve seus rins: Informações Básicas Sobre Prevenção e Tratamento de Doenças Renais**. Rio de Janeiro: Samarpan Sidney Foundation, 2014.

STEFANELLI, M. C; FUKUDA, I. M. K. ; ARANTES, E. C. **Enfermagem Psiquiátrica em suas Dimensões Assistenciais**. São Paulo: Manole, 2008.

TERRA, F. S. et al. As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise. **Revista Brasileira Clínica Médica**, Minas Gerais, p.92-187, 8 mar. 2010. Anual. Disponível em: <<http://www.scholar.google.com.br>> Acesso em: 18 abr. 2015.

TORTORA, G. J.; GRABOWSKI, S. R. **Princípios de anatomia e fisiologia**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa intitulada: Enfrentamento de paciente quanto ao tratamento em hemodiálise: história oral. Que tem como pesquisador responsável Kleber Cristiano Cabral do Nascimento. Esta pesquisa tem como objetivos descrever o enfrentamento de um paciente diante do tratamento de hemodiálise; identificar as principais dificuldades físicas, psicológicas, social e familiar deste paciente e caracterizar como este paciente supera os principais anseios do tratamento.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é compreender a experiência do adoecimento neste paciente e valorizar os referenciais do doente reconhecendo os seus limites bem como suas potencialidades diante do processo de adoecimento, pois são conhecidas suas situações do cotidiano, e em especial, as dificuldades e restrições a que é submetido, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida.

Caso você decida participar, venho esclarecer que este projeto se dará com entrevistas semiestruturada com quatro perguntas que serão de respostas abertas pelo pesquisado, onde será gasto o tempo suficiente mediante a necessidade do entrevistado. Para isso, solicito o uso de aparelho para gravação de voz com consentimento do mesmo.

A previsão de riscos é mínima, ou seja, o risco que você corre diz respeito as emoções durante o relato.

Pode acontecer um desconforto que poderá ser causado pelas respostas que serão dadas pelo paciente que será minimizado pela interrupção da entrevista a pedido do mesmo e você terá como benefício conhecer um pouco mais sobre a doença, como superá-la e como sua história servirá de base para outras pessoas que enfrentam a mesma dificuldade.

Em caso de algum problema que você possa ter, relacionado com a pesquisa, você terá direito a assistência gratuita que será prestada pelo pesquisador responsável no tocante a providenciar atendimento psicológico.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Kleber Cristiano Cabral do nascimento, número 84-88975904.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar.

Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você.

Se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável Kleber Cristiano Cabral do Nascimento.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa: enfrentamento de paciente quanto ao tratamento em hemodiálise e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Natal, 13/05/2015

Assinatura do participante da pesquisa

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo Enfrentamento de paciente quanto ao tratamento em hemodiálise: história oral declara que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal 13/05/2015

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE B - Termo de Autorização para Gravação de Voz

Eu Luís Gonzaga Alves Cavalcante, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada Enfrentamento de paciente quanto ao tratamento em hemodiálise: história oral poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, o pesquisador Kleber Cristiano Cabral de o Nascimento a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do pesquisador da pesquisa Kleber Cristiano Cabral do Nascimento e da orientadora Edilene Castro dos Santos após esse período, serão destruídos e,
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Natal 05/10/2015.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável

APÊNDICE C - Instrumento de Coleta de Dados

- **CARACTERIZAÇÃO DO COLABORADOR DA PESQUISA**

Iniciais: L. G. A.C.

Idade: 56 anos

Sexo: masculino

Naturalidade: Fortaleza/Ceará

Nacionalidade: Brasileiro

Profissão: Metalúrgico e pastor evangélico

Grau de Instrução:

Religião: Evangélico

- **QUESTIONAMENTOS**

1° Como você enfrentou o diagnóstico de estar com insuficiência renal crônica?

2° Como é o tratamento de hemodiálise para você?

3° Quais as principais dificuldades físicas, psicológicas, sociais e familiares enfrentadas por você?

4° Como você supera diariamente as dificuldades desse tratamento?

ANEXOS

ANEXO A- Comprovante de Pesquisa Aprovada

Título da Pesquisa: ENFRENTAMENTO DE UM PACIENTE QUANTO AO TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE: História Oral

Pesquisador Responsável: Edilene Castro dos Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46855215.4.0000.5292

Submetido em: 06/07/2015

Instituição Proponente: LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE

Situação da Versão do Projeto: Aprovado

Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

