

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DINETE LEILANE TEIXEIRA RODRIGUES

**Significados e Sentimentos Atribuídos ao Paciente Renal Crônico Quanto
ao Tratamento Dialítico**

**FLORIANOPÓLIS - SC
2014**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DINETE LEILANE TEIXEIRA RODRIGUES

**Significados e Sentimentos Atribuídos ao Paciente Renal Crônico Quanto ao
Tratamento Dialítico**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Prof^ª. Orientadora: Jessica Adrielle Teixeira Santos

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **Significados e Sentimentos Atribuídos ao Paciente Renal Crônico Quanto ao Tratamento Dialítico** de autoria da aluna **DINETE LEILANE TEIXEIRA RODRIGUES** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerada **APROVADA** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

Prof^a. Jessica Adrielle Teixeira Santos
Orientadora da Monografia

Prof^a. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Prof^a. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo com análise qualitativa, que objetivou compreender os significados e sentimentos atribuídos ao paciente renal crônico quanto ao tratamento dialítico e identificar as necessidades bio-psico-sociais de melhor adaptação do paciente renal crônico frente ao tratamento. Conforme identificamos nos depoimentos a experiência com a doença renal crônica é complexa e como são muitas as limitações da paciente na sua vida social e familiar. Ficou explícita a exigência do enfrentamento permanente com a doença colocando-a a margem de uma vida social normal. O cliente mostra uma vivência marcada por desafios, revelações e esperança, empreendendo uma luta constante para vencer dificuldades sem se render a elas. Assim sendo, o paciente renal crônico apresenta uma problemática emocional variada, que vai surgindo no decorrer da doença. Sabe-se que o ser humano, quando se vê acometido por uma doença, adoece como um todo. O estresse causado por uma doença inabilita e enfraquece a estrutura psíquica e emocional da pessoa enferma.

Palavras Chaves: Doença crônica, Hemodiálise, Atenção.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	7
3 MÉTODO.....	15
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	19
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

A experiência prática durante estagio em uma clinica de hemodiálise de Russas-Ceará e pelo Curso de especialização de Enfermagem em Nefrologia da Universidade Federal do Ceará motivou a realização do presente estudo, como forma de compreender o paciente renal crônico em tratamento dialítico, suas angustias e sentimentos.

Os rins, como o coração e os pulmões desempenham papel vital no organismo humano, de modo que o seu não funcionamento, ou seja, a não filtragem nem a eliminação de substâncias tóxicas do corpo desenvolvem quadro patológico denominado uremia, que pode levar o indivíduo a uma extrema debilidade física, podendo chegar à morte, e constituindo assim a chamada Insuficiência Renal Crônica IRC (ZIMMERMANN, 2004).

A IRC é uma doença definida como a perda definitiva das funções renais, devendo o paciente seguir rigoroso tratamento constituído por dieta específica, constante controle médico e, em geral, tratamento dialítico. A perda da função renal é um acometimento progressivo, multifatorial e complexo em sua etiopatogênese. Conduz o organismo a um acometimento do metabolismo e da vida celular de todos os órgãos. As doenças que podem comprometer a função renal caracterizam processos progressivos rápidos ou lentos (MACHADO & CAR, 2003).

Para Meleti (2003), o paciente quando acompanhado de tratamento da doença basal, a qual gera perda da função renal, realiza o acompanhamento medico em tratamento conservador da função, sendo estes compostos de medicamento e restrições nutricionais. Este acompanhamento pode ser realizado por anos ate a finalização da função renal, culminando na necessidade de escolha por um método de substituição.

É notório que todos os tratamentos geram profundas mudanças na vida do paciente e família. De acordo com Camon *et.al*,(2003) o tratamento impõe ao paciente intensas restrições evidenciando em consequência, varias manifestações psíquicas e comportamentais, a maioria de caráter negativo, vinculadas a maquina de hemodiálise, que de forma ambígua aponta a possibilidade de manutenção da vida associada a restrições, dependências, frustrações e temores difusos, incluindo o temor da morte; gerando estados estressantes tanto do nível físico como psíquico.

Diante da problemática pelo paciente renal crônico em hemodiálise, o objeto de estudo centrou-se nos mecanismos de enfrentamento e adaptação do paciente x máquina-doença proporcionando assim uma melhor adaptação do paciente ao tratamento, promovendo

a reabilitação social desse indivíduo; preparando este e seus familiares para o processo de hospitalização, as cirurgias e as convivências com a cronicidade da doença, visando à atenuação de problemas psíquicos advindas desses incômodos.

Neste contexto cuidar do paciente com IRC representa priorizar entre outras intervenções aquelas que visam possibilitar estratégias que favoreçam o fortalecimento dos sentimentos e significados positivos, como também a capacitação e a integração social do cliente. O paciente desempenha um papel no âmbito familiar, o qual sofrerá modificações na rotina, nos papéis familiares, na participação dos eventos sociais (festas, reuniões, cerimônias religiosas, viagens) e na qualidade das relações (SILVA, 2002).

Especificamente, a insuficiência renal crônica impõe as pessoas uma série de modificações de atividades e nova perspectiva de vida, impulsionando-as a adoção de um modo de viver diferente incluindo a dependência ao tratamento ambulatorial e auxílio constante de outras pessoas. Dessa maneira torna-se necessário que o profissional estabeleça clima de confiança e compreensão, junto ao paciente, além de sólidos conhecimentos técnico-científicos. Caso contrário, a falta de aderência ao tratamento será mais um complicador na qualidade de vida do portador de doença renal crônica (DYNIEWICZ *et al*, 2004).

Vale ressaltar que a insuficiência renal crônica reveste-se de singular importância para a vida do paciente, família e sociedade, visto que estes necessitam resignificar diversas situações de suas vidas, pois é notório o impacto da patologia e do tratamento dialítico em aspectos sociais, econômicos, emocionais e afetivos destes indivíduos.

Tendo por respaldo estas considerações iniciais, justifica-se a relevância do estudo, no sentido de contribuir na adaptação do paciente em desenvolver mecanismos de enfrentamento; Assim, a pesquisa poderá oportunizar a necessidade da enfermagem contribuir na adaptação do paciente em promover mudanças de atitudes de saúde e do bem-estar bio-psíquico-social, visto que é necessária a consciência de que se está doente e que o tratamento é um meio de lhe garantir a vida.

Espera-se, ainda, poder contribuir para melhorar a qualidade de vida dos pacientes em tratamento de hemodiálise, sensibilizando aos profissionais de enfermagem a consciência de buscarem minimizar ou somar os mecanismos de enfrentamento do paciente para adaptação a partir dos seus significados e sentimentos.

Baseando-se na problematização do objeto de estudo, o objetivo do presente estudo é compreender os significados e sentimentos atribuídos ao paciente renal crônico quanto ao tratamento dialítico e identificar as necessidades bio-psico-sociais de melhor adaptação do paciente renal crônico frente ao tratamento.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Insuficiência Renal

A insuficiência renal é uma doença sistêmica que ocorre quando os rins não são capazes de remover os resíduos metabólicos do corpo nem realizar as funções reguladoras. As substâncias normalmente eliminadas na urina acumulam-se nos líquidos corporais em consequência da excreção renal prejudicada, levando a um desequilíbrio nas funções metabólicas e endócrinas, bem como distúrbios hídricos, eletrolíticos e ácido-básicos (SMELTZER e BARE, 2006).

A Insuficiência Renal pode ser de início recente (Insuficiência Renal Aguda), existir a muito tempo (Insuficiência Renal Crônica) ou terminal na qual a diálise ou o transplante renal serão necessários para se permanecer vivo (LEITE, 2008).

A Insuficiência Renal Aguda (IRA) é uma perda súbita e quase completa da função renal durante período de horas a dias. Nesta forma de Insuficiência Renal, os rins deixam de funcionar corretamente por causa de uma doença, um medicamento ou uma condição médica. As fases clínicas da IRA são: início, (agressão inicial); oligúria (aumento da concentração dos níveis séricos das substâncias excretadas pelos rins); diurese (quantidade mínima de urina para excretar os produtos residuais do metabolismo) e a fase de recuperação. A IRA pode ser decorrente de causas pré-renal, intra-renal e pós-renal (SMELTZER e BARE, 2006).

Para Smeltzer e Bare (2006), a IRA é classificada da seguinte forma:

- IRA por condições pré-renais: acontecem em consequência do fluxo sanguíneo prejudicado que leva a hipoperfusão do rim e uma diminuição na taxa de filtração glomerular. Está geralmente associado a situações clínicas que levam a depleção de volume como hemorragias ou perdas gastrointestinais, desempenho cardíaco prejudicado, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca ou choque cardiogênico e vasodilatação.
- IRA por condições intra-renais: são decorrentes de uma lesão direta aos glomérulos e túbulos renais. Condições como queimaduras, lesões por esmagamento, infecções, agentes nefrotóxicos podem levar a necrose tubular aguda e a cessação da função renal.
- IRA por condições pós-renais: geralmente é resultante da obstrução de algum ponto distal do rim, ocorrendo um aumento da pressão nos túbulos renais acarretando diminuição na taxa de filtração glomerular.

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é a perda lenta, progressiva e irreversível das funções renais. Por ser lenta e progressiva esta perda resulta em processos adaptativos que, até certo ponto, mantêm o paciente sem sintomas da doença (ROMÃO, 2008).

De acordo com a Associação Brasileira de Nefrologia (2004), um paciente sofre de IRC quando seus rins não são mais capazes de filtrar as impurezas do sangue para poder conseguir o equilíbrio dos sais minerais. Existem doenças renais que não são graves; outras pessoas apresentam doenças como a diabetes, a hipertensão, que se não tratadas de maneira correta podem levar a falência total do funcionamento renal, e por fim, existem pessoas que quando apresentam algum sintoma já estão com os rins totalmente paralisados.

Baseando-se em Dyniewicz et al (2004), são definidas quatro fases de instalação da doença:

1ª fase: Diminuição da função renal – redução de aproximadamente 25% da filtração glomerular. Habitualmente não há aumento da uréia plasmática (azotemia).

2ª fase: Insuficiência renal – há redução de aproximadamente 75% da função renal. O rim já não tem capacidade de manter a homeostasia interna. Ocorre nictúria, levando a distúrbios na concentração da urina, anemia e moderada azotemia.

3ª fase: Ocorrem anormalidades mais persistentes no meio interno: azotemia intensa, anemia, acidose metabólica, hiperfosfatemia, hipercalcemia e hiponatremia. Geralmente, a função renal está inferior a 20% de sua capacidade.

4ª fase ou fase terminal: predominam os sinais e sintomas da uremia (síndrome uremica), ao que indicam uma terapia substitutiva na forma de diálise ou transplante.

Na IRC, os sintomas desenvolvem-se lentamente. No início estão ausentes e a alteração do rim só pode ser detectada com análises de laboratório. Neste estágio, pode sentir-se a necessidade de urinar várias vezes durante a noite (nictúria) porque os rins não conseguem absorver a água da urina para a concentrar, como o fazem normalmente à noite. Como resultado, o volume de urina ao fim do dia é maior. Nas pessoas que sofrem de insuficiência renal, muitas vezes aparece hipertensão arterial porque os rins não podem eliminar o excesso de sal e de água (AKISKAL *et al*, 2008).

Habitualmente, a IRC tende a agravar-se independentemente do tratamento, e se não for tratada é mortal. A diálise ou o transplante renal podem salvar a vida do doente. Os quadros que causam ou agravam a insuficiência renal devem ser corrigidos o mais rapidamente possível. Estas ações compreendem: a correção dos desequilíbrios de sódio, de água e do equilíbrio ácido-básico, a eliminação das substâncias tóxicas dos rins, o tratamento da insuficiência cardíaca, da hipertensão arterial, das infecções, das concentrações elevadas de potássio ou de cálcio no sangue (hipercalcemia) e de qualquer possível obstrução do fluxo de urina (AKISKAL *et al*, 2008).

Para Smeltzer e Bare (2006), a Insuficiência Renal Crônica ou Doença Renal em Estágio Terminal é uma deterioração progressiva e irreversível da função renal, na qual fracassa a capacidade do corpo para manter os equilíbrios metabólicos e hidroeletrólíticos, resultando em uremia ou azotemia.

Observa-se, à medida que a uremia se agrava, desinteresse, perda de capacidade de se concentra, fases de agitação alternadas com letargia, inconsciência e até coma profundo. Além dessas alterações mentais, os pacientes apresentam hiperirritabilidade neuromuscular, tremores, câibras, alterações de reflexos, distúrbios sensitivos como queimação e formigamento, fraqueza muscular e até perda completa da sensibilidade e paralisia (MELETI, 2003).

Na fase final da doença renal, a função dos rins deteriora-se a um ponto no qual não se pode sustentar a vida. Este normalmente é o resultado da Insuficiência Renal Crônica existente há muito tempo, mas ocasionalmente, também segue a Insuficiência Renal Aguda.

2.2 Hemodiálise

As primeiras hemodiálises foram realizadas na década de 40, com a finalidade terapêutica para a Insuficiência Renal Aguda (IRA). Em 1962 e início de 1963, tanto a diálise peritoneal como a hemodiálise foram utilizadas como modalidades terapêuticas de intervenção para a IRC (MACHADO e CAR, 2003).

Nas décadas de 60 e 70 do século passado a técnica da construção da fistula arteriovenosa, posteriormente a descoberta de imunossupressores e, recentemente, a utilização da eritropoetina recombinante proporcionam sobrevida longa aos doentes (MACHADO e CAR, 2003).

A hemodiálise normalmente é feita em unidades especializadas, credenciadas pelo Sistema Único de Saúde, e constitui-se em um procedimento que, conecta o paciente a uma máquina – o rim artificial – através de fistulas arteriovenosa, em média por quatro horas, com uma frequência de três sessões semanais. (VELLOSO, 2000).

A hemodiálise é uma terapêutica de grande complexidade tecnológica, sendo necessária a disponibilização de vários recursos como humanos específicos, financeiros, tratamento de água seguindo portarias estabelecidas pelo Ministério da Saúde, materiais descartáveis entre outros, equipamentos de emergência (MACHADO e CAR, 2003).

O tratamento hemodialítico é um processo de filtragem, utilizado para retirar do organismo substâncias tóxicas que são filtradas pelo rim em um processo natural. Durante este procedimento, o sangue do paciente sai do seu organismo, através de uma fistula ou cateter com a ajuda de uma bomba, e circula por uma máquina dialisadora, retornando depois para o paciente. Este processo dura em média quatro horas e deve ser feito três vezes por semana (BORGES e MARTINS, 2001).

A condição crônica e o tratamento hemodialítico são fontes de estresse e representam desvantagem por ocasionar problemas: isolamento social, perda do emprego, dependência da previdência social, parcialmente impossibilidade de locomoção em passeios, diminuição da atividade física, necessidade de adaptação à perda da autonomia, alteração da imagem corporal, e ainda, um sentimento ambíguo entre o medo de viver e morrer (MACHADO e CAR, 2003).

A literatura mostra que o tratamento da IRC através da hemodiálise prolonga a vida do doente, alivia o sofrimento da síndrome uremica e até previne incapacidades posteriores, entretanto, fica o desafio de proporcionar qualidade de vida ao paciente renal crônico (MACHADO e CAR, 2003).

2.3 Necessidades bio-psico-sociais e mecanismo de enfrentamento do paciente

O diagnóstico de uma doença crônica representa uma alteração da imagem corporal, da concepção de si mesmo, da relação com o mundo, somado a um comprometimento de todo o organismo. Cuidar de um paciente com insuficiência renal crônica representa priorizar, entre as intervenções psicológicas, aquelas que visem promover recursos que favoreçam o fortalecimento e a estruturação do aparelho psíquico, como também a capacitação e a integração social do sujeito (ISRAEL, 2005).

Segundo Borges e Martins (2001) *apud* Cayres e Gioia-Martins, a hemodiálise não propicia ao paciente um estado de saúde similar ao que tinha antes de adoecer, o corpo em geral fica mais debilitado. Essa debilidade física dificulta a manutenção dos hábitos de vida do paciente, sendo comum em portadores de Insuficiência Renal Crônica, a aposentadoria antecipada ou a diminuição de rotina e carga horária de trabalho, o que diminui consideravelmente sua produtividade. Esta diminuição provoca um sentimento de inutilidade, como se o paciente estivesse privado de dar contribuições à vida e ao mundo.

Identifica-se também, temor ocasionado pela perda de sua identidade anterior. Através do enfrentamento da condição de doente renal crônico, o paciente sente-se invadido em toda sua estrutura bio-psico-social, que funciona de forma dinâmica e integrada (DINIZ, *et.al.*2008).

A hemodiálise, ao mesmo tempo em que promove a melhora de alguns sintomas clínicos, provoca distúrbios emocionais. A cronicidade e os estresses desse tratamento têm como consequência a depressão grave do paciente e uma maior dificuldade deste em lidar com a nova forma de vida. Esses aspectos constituem importante variável para sua adaptação ao tratamento e para sua maior- ou menor – sobrevivência (MIRANDA, KROLLMANN & SILVA (1993).

As pessoas com IRC enfrentam ameaças diversificadas, inclusive insegurança financeira em razão da perda do emprego ou da necessidade de aposentadoria precoce. Tal acontecimento é discutido em sua gênese considerando que as pessoas com IRC em tratamento hemodialítico, geralmente, são aposentadas por incapacidade e, dessa forma, mesmo quando em condições clínicas estáveis, não conseguem ter outro emprego, pois o mercado não absorve essa mão-de-obra pela falta de conhecimento em relação à doença renal e também pelo preconceito (CARREIRA & MARCON, 2003).

Os pacientes sob diálise possuem várias fontes de estresse, como dificuldades profissionais com queda da renda mensal, prejuízo da capacidade ou interesse sexual, medo da morte, alterações na imagem corporal, restrições dietéticas e hídricas, além de sofrimento gerado pela própria doença que ocasionou a IRC. Sintomas depressivos podem surgir como parte de um processo temporário de adaptação a essa nova condição ou podem ser a manifestação de uma falência adaptativa (ALMEIDA e MELEIRO, 2000).

O tratamento hemodialítico pode se prolongar por toda a vida do paciente ou até que um doador apareça e forneça um órgão compatível para a realização do transplante. Segundo o autor Busato 1975, durante o período hemodialítico, geralmente ocorrem problemas da seguinte natureza:

- a) dificuldades em manter patente o acesso vascular, com temores de obstrução do “shunt” ou fístula artéria - venosa;
- b) dificuldades em manter as restrições diabéticas, principalmente as relacionadas aos líquidos;
- c) dependência da máquina, o que acarreta problemas sociais, familiares e financeiros;
- d) temores relacionados às complicações funcionais da máquina (hemodiálise, infecções, perdas sangüíneas etc.);
- e) temores quanto a doenças intercorrentes (hipertensão, infarto, acidente vascular cerebral etc.);
- f) dificuldades de relacionamento com a equipe médica e de enfermagem;
- g) dependência de medicamentos.

Assim sendo, o paciente renal crônico apresenta uma problemática emocional variada, que vai surgindo no decorrer da doença. Sabe-se que o ser humano, quando se vê acometido por uma doença, adoece como um todo. O estresse causado por uma doença inabilita e enfraquece a estrutura psíquica e emocional da pessoa enferma.

Para Dyniewicz et al (2004), apud Turra et al(2001), descrevem que na ocorrência de uma doença orgânica, a imagem que o individuo tem de seu corpo é mudada imediatamente, toda a estrutura motriz dos instintos de vida dos sujeitos passa a ser focalizada no órgão do doente, e tais alterações orgânicas ativam as emoções do individuo, reestruturando sua imagem corporal.

A alteração da auto-imagem como causa de sofrimento é um fator marcante do início do tratamento, como fator discriminador. Por exemplo, o uso do cateter relaciona-se à alteração da auto-imagem e se associa á dependência da hemodiálise, o que a torna diferente das demais pessoas, gerando sentimento de angustia e tentativa de isolamento; toda estrutura motriz dos instintos de vida do sujeito passa a ser focalizada no órgão do doente “tais alterações orgânicas ativam as emoções do individuo, reestruturando sua imagem corporal” (LIMA & GUALDA, 2000).

Comum também nesses pacientes são os problemas sexuais. Meleti (2003), ao citar Dr. Levy (1979), em estudo realizado em 287 pacientes de hemodiálise, mostra claramente uma deteriorização na função sexual* à medida que os pacientes passaram de pré-urêmicos os sintomáticos de uremia. Entretanto, ao passar de uremia não tratada ao tratamento pela hemodiálise ocorreu uma piora da função sexual em 35% dos homens e 24% das

mulheres. Somente 9% dos homens e 6% das mulheres experimentaram melhora na função sexual quando sob hemodiálise. Assim, em uma situação de melhora física, um grupo de pacientes sofreu piora da função sexual.

Os índices de depressão são altos entre os pacientes em tratamento de hemodiálise, embora, freqüentemente, não seja diagnosticada e tratada. A depressão está relacionada com a qualidade de vida e também pode estar relacionada com a mortalidade precoce entre os pacientes renais crônicos, pois a depressão pode influenciar nas decisões quanto ao tratamento. A literatura tem sugerido que entre 30% e 50% dos pacientes renais crônicos não aderem ao tratamento de hemodiálise, o que pode estar associado com uma série de pequenas e grandes complicações médicas, bem como uma diminuição da sobrevivência (PEDROSO & SBARDELLOTO, 2008).

A qualidade de vida está diretamente ligada ao modo como o paciente processa cognitivamente a doença renal crônica e suas conseqüências. Após o impacto do diagnóstico, torna-se necessário adaptar-se à nova situação, evidenciando-se o perfil da personalidade do paciente, a qual influencia demasiadamente na evolução do tratamento. As características pessoais podem determinar melhor adesão (*compliance*) ou não à hemodiálise, o que vai predizer um melhor ou pior prognóstico (THOMAS & ALCHIERI, 2005).

A qualidade de vida das pessoas com IRC sofre influência das mudanças físicas, psicológicas, das novas atitudes que devem ser assumidas pelo doente e pela família. A vida dessas pessoas depende de uma assistência especializada, de decisões médicas, de oportunidades. Seu cotidiano passa a ser controlado por procedimentos e comportamentos pessoais que alteram o estilo de vida e, conseqüentemente, os sentimentos e as percepções sobre a própria vida. A pessoa portadora de IRC em programa de diálise convive com o fato de possuir uma doença incurável que a obriga a submeter-se a um tratamento doloroso que provoca limitações e impacto na vida social (CARREIRA & MARCON, 2003).

De acordo com (Zimmermann, Carvalho & Mari, 2004), o comparecimento do paciente renal crônico às sessões de hemodiálise, ou seja, à adesão ao tratamento, relaciona-se com o suporte social percebido e recebido de familiares e amigos, o que contribui positivamente para a sua evolução. O nível do suporte social pode estar associado às diferentes taxas de mortalidade entre países, grupos ou unidades de tratamento e possivelmente contribui para diferentes taxas de adesão aos tratamentos.

O fato de o enfermeiro ter contatos mais freqüentes com o cliente/família o possibilita levantar as principais necessidades desses indivíduos expostos a um alto grau de

ansiedade, que pode ser minimizada por um acompanhamento satisfatório, fazendo com que o cliente se torne convencido da sua capacidade e autoconfiança no autocuidado.

É importante que a enfermagem desempenhe cuidados de maneira coerente com as expectativas e necessidades dos pacientes em tratamento dialítico. Dessa forma possibilita melhorar a assistência de enfermagem prestada aos pacientes, personalizando cuidados, transmitindo segurança, conforto, confiabilidade, pois são conhecidas suas situações do cotidiano, e em especial, as dificuldades e restrições a que são submetidos. Da mesma forma, o respeito pelas crenças, valores e costumes da pessoa cuidada possibilita a valorização do conjunto de suas relações sociais e com a equipe de saúde.

A aproximação do profissional de saúde com a realidade vivida pelo portador da doença crônica possibilita compreender e atuar melhor diante de comportamentos e hábitos pregressos, bem como a sua capacidade de enfrentamento da doença, a fim de poder auxiliá-lo perante aos desafios de adaptação de novas atitudes e alternativas de hábitos de vida. O doente renal crônico sofre alterações da vida diária em virtude da necessidade de realizar o tratamento, necessitando do suporte formal de atenção à saúde, isto é, vive dependente da equipe de saúde, da máquina e do suporte informal para ter o cuidado (MARTINS E CESARINO, 2005).

Assim sendo, ao conviver com a máquina, com a terapêutica de tratamento e à dependência aos mesmos, de importância vital, pode-se perceber que esta situação do paciente renal crônico assume características especiais à sua afetividade e seu comportamento. Isto quer dizer que à ele cabe uma nova forma de adaptação de vida, que deve se ajustar, pois que não se trata de uma situação transitória ou aguda, mas de uma situação de ajuste e adaptação permanentes, o que implica em dizer que esta nova forma de adaptação e ajuste depende da capacidade do paciente em lidar com as contrariedades, traumatismos e frustrações, que são inerentes ao tratamento (REZENDE, 2006).

3 MÉTODOLOGIA

3.1 Tipologia do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo com análise qualitativa, por adequar-se à análise do objeto de estudo e aos objetivos propostos, visto que se pretende compreender os significados e sentimentos dos pacientes renais crônicos diante do tratamento dialítico.

Gil (2002) enfatiza que a pesquisa é desencadeada quando não se dispõe de informação suficiente para responder ao problema, ou então quando a informação disponível se encontra em tal estado de desordem que não possa ser adequadamente relacionada ao problema.

A pesquisa descritiva busca descrever fenômenos, descobrir a frequência com que um fato ocorre, sua natureza, suas características, causas, relações com os fatos. Classifica, explica e interpreta fatos. Não há interferência do pesquisador, cabendo-lhe tão somente descrever o objeto da pesquisa. Trabalha sobre os dados ou fatos colhidos da própria realidade (BASTOS, 2003).

Para Minayo (2002, p.21-22), pesquisa qualitativa se preocupa com o nível de realidade que não pode ser quantitativa, ou seja, trabalha com um universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes. Afirma que: “[...] o que corresponde a um espaço mais profundo das relações das pessoas e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.”

Neste sentido, a pesquisa qualitativa oferecerá a oportunidade de explorar e discutir a configuração do fenômeno a ser estudado, aprofundando em seu significado essencial do ponto de vista de quem o vivencia dentro do seu contexto (MENDES e BASTOS, 2005).

Moreira (2002), apresenta algumas características básicas da pesquisa qualitativa: um foco na interpretação, em vez de na quantificação; ênfase na subjetividade, em vez de na objetividade; flexibilidade no processo de conduzir a pesquisa; orientação para o processo e não para o resultado; preocupação com o contexto; reconhecimento do impacto do processo de pesquisa sobre a situação da pesquisa.

3.2 Cenário do Estudo e suas Características

A pesquisa foi realizada numa clínica de hemodiálise num município cearense da região Jaguaribana, com fins lucrativos que esta vinculada ao Sistema Único de Saúde-SUS que atende pacientes com diagnóstico de IRC em tratamento hemodialítico. Presta atendimento aos pacientes de segunda a sábado, em três turnos de trabalho, dando assistência a um total de noventa e nove pacientes de ambos os sexos, com idade variando entre 13 a 80 anos e nível socioeconômico variável. A clínica dispõe de equipe multiprofissional composta por: médico, enfermeiro, assistente social, nutricionista e técnico de enfermagem.

Apresentada uma infra- estrutura constituída de salas: recepção; sala amarela; CAPD; sala de HD; sala de enfermagem; expurgo; vestuário.

3.3 Participantes:

Participaram vinte pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico dos noventa e nove pacientes cadastrados na clínica no período de 2005 a 2008. Tendo como critério de participação clientes em tratamento dialítico com menos de um ano em 2008 e com mais de cinco anos em diálise que aceitaram participar da pesquisa.

Caracterizando os vinte participantes deste estudo, 11 eram do sexo masculino e 09 do sexo feminino; na faixa etária de 28 a 39 anos (04/20%); entre 40 e 60 anos (09/45%) e com mais de 60 anos (07/35%).No grupo masculino, todos trabalhavam antes de adoecer, 07 eram agricultores, 02 trabalhavam no comércio, 02 eram comerciantes, apenas 02 pessoas(18,2%) relataram que continuam trabalhando; sendo um comerciante e outro agricultor.No grupo feminino 03 trabalhavam na roça e as demais com afazeres domésticos, dessas 03 pessoas(33,3%) continuam suas atividades.

Esses pacientes iniciaram a diálise entre um mês e cinco meses (três pacientes); entre cinco meses e menos de um ano de tratamento hemodialítico (sete pacientes); entre cinco e dez anos de tratamento (seis pacientes) e com mais de 10 anos(quatro pacientes).

3.4 Coleta de Dados

A coleta foi realizada nos meses de novembro e dezembro de 2013 após deliberação da direção da clínica no município de Russas-CE. Para proceder a coleta de informações a pesquisadora utilizou a entrevista semi-estruturada (Apêndice I).

Entrevista semi-estruturada:

A pesquisadora aplicou uma entrevista semi-estruturada (Apêndice I), buscando as verbalizações dos pacientes frente aos seus significados e sentimentos diante do tratamento hemodialítico, durante as sessões, por um período em média de três vezes por semana nos turnos manhã, tarde e noite.

Para conduzir às entrevistas a pesquisadora adotou alguns critérios:

- Convite formal a cada paciente:
- A entrevista foi realizada de forma individual no ambiente reservado dos sujeitos a serem entrevistados em que a pesquisadora anotou as respostas, que foram verbalizadas, tendo como foco a veracidade das palavras.

Triviños (1995), considera que a entrevista forneça a descrição do fenômeno estudado, assim como sua explicação e a compreensão de sua totalidade. Portanto, a entrevista nesse estudo, também, é uma melhor forma de investigar o objeto de estudo, pois cada paciente reverlar-se-á mais claramente sobre seus sentimentos e significados diante do tratamento hemodialítico.

3.5 Estratégias de Organização, Interpretação e Análise dos Dados.

Tomando-se por base os objetivos propostos, os dados foram organizados a partir da experiência da pesquisadora e dos discursos colhidos das entrevistas dos pacientes sobre os significados, sentimentos e mecanismos de adaptação dos mesmos com insuficiência renal crônica em relação ao tratamento dialítico. Outrossim os achados foram analisados segundo o método de conteúdo de Bardin (1995), especificamente a técnica de análise categórica o qual poderá ser uma frase, uma sentença, englobando idéias ou fazendo asserções sobre alguns achados da pesquisa.

Com o material selecionado para análise tendo-se observado as regras: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência, para melhor compreensão descrevemos as categorias consideradas a seguir:

- Significado da capacidade funcional, física e social do paciente com IRC;
- Sentimentos: Estado Geral de Saúde; Aspectos emocionais.

O processo de análise baseou-se no referencial teórico da temática e na experiência profissional da pesquisadora.

3.5 Aspectos Éticos

Quanto aos aspectos éticos foi solicitado formalmente ao diretor da clinica para a realização da pesquisa em questão. A pesquisa seguiu os princípios éticos da Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas em seres humanos.

Ainda de acordo com os preceitos éticos, o nome dos participantes da pesquisa foram mantidos anônimos, utilizando apenas as falas dos sujeitos.

4 RESULTADO E ANÁLISE

Ao apresentar os resultados no âmbito da temática em Enfermagem em Nefrologia, tendo como foco central o tratamento hemodialítico, buscou-se pesquisar os significados e sentimentos do paciente renal crônico. Neste sentido, procurou-se apresentar os achados, cujos discursos dos entrevistados, estão inseridos nos tópicos que contemplam os objetivos do trabalho. Dessa forma, adentramos nas especificidades dos resultados.

Significado da capacidade funcional, física e social do paciente com IRC:

✓ Limitação e suspensão do trabalho:

Para a exploração sobre as atividades profissionais, identificou-se pelas informações colhidas das fontes das discussões dos entrevistados que alguns se colocaram:

[...] Tinha meu comercio e tive que parar, não tem resistência, tem dia que quero levantar da cama e não consigo, sinto tontura.

[...] Tenho vontade mais não posso.

Vistas falas os pacientes relataram que suas atividades profissionais foram interrompidas e isso tem acarretado danos a sua vida social entre outros.

Com base nessas falas é bom lembrar que o trabalhador só consegue realizar suas atividades laborais se possuir condições físicas, mentais e sociais articuladas aos fatores intrínsecos do trabalho como realização completa da jornada de trabalho, o que muitas vezes para o paciente renal crônico estas condições não são possíveis.

Para Souto (2003, p.37) “... o trabalho é entendido como todo esforço que o homem no exercício de sua capacidade física e mental executa para atingir seus objetivos em consonância com os aspectos éticos. Todo homem tem direito ao trabalho digno, a fim de realizar-se e garantir sua subsistência assim como daqueles por quem é responsável”.

A atividade laboral tem um papel fundamental na vida do homem. Sendo assim, quando o ser humano por alguns fatores inerentes à sua vontade, por alterações fisiológicas, quando este indivíduo passa a ter sua vida bloqueada para uma condição incapacitante, surgem às perturbações da identidade e da auto-estima. São as principais causas de transtornos emocionais a perda do emprego e da capacidade de micção (FERMI, 2003).

Analisando outra fala que explicita dizendo:

[...]Parei de trabalhar ...com isso fico ansioso,meio revoltado,isso é uma porra não poder fazer nada do que quero”.

Ao interpretar tal fala imanente intercorrência emocional visto que, após o tratamento hemodialítico apresenta sintomas clínicos como presença de mal-estar, quedas da pressão e câimbras. Constatamos que estas intercorrências fisiológicas podem comprometer as atividades laborais, pois foi confirmado que as mesmas relatadas pelos pacientes impossibilitam a realização da atividade laboral, pois muitos apresentam cansaço necessitando de repouso após as sessões de hemodiálise.

Tais afirmativas ficaram expressas:

[...]Quando a gente sai daqui é tão cansado, fraco que chego em casa e passo o resto do dia deitado.

[...]Já não trabalho só vivo de pensão.

No tocante a estes discursos, evidencia-se que para o paciente renal crônico desempenhar a tarefa laboral tão comum e cotidiana à maioria da população às vezes se torna muito complicado, devido ao tempo que essas pessoas têm que passar conectadas à máquina de hemodiálise e devido aos possíveis problemas que o tratamento ocasiona.

A partir do entendimento que estes indivíduos não podem cumprir a jornada de trabalho exigida ou muitas vezes não podem realizar as atividades que o ambiente de trabalho requer, por comprometimento físico e também por alterações fisiológicas decorrentes dos problemas pertencentes aos renais crônicos.

Sobre estes aspectos alguns entrevistados se manifestaram:

[...]Tive que abandonar meu emprego, qual o patrão que aceita a pessoa faltar três vezes por semana, sem contar à indisposição que dá, é muito difícil.

[...]Parei, fazia tudo, gostava muito de trabalhar, hoje não posso fazer nada.

[...]Meu trabalho era viajando, e agora como posso fazer isso se tenho que vir para cá três vezes por semana?

[...]Antes trabalhava muito, desde pequena e parar assim é muito ruim, isso é o que me entristece.

Parece-nos que nesses discursos a dependência do tratamento, a perda da liberdade, do emprego e da expectativa de vida são alguns dos contribuintes para o aparecimento freqüente de problemas psicológicos nesses pacientes.

Segundo Brasil (2002, p. 7), o termo Saúde do Trabalhador refere-se:

... a um campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença. Nesta acepção, considera a saúde e a doença como um processo dinâmico, estreitamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico. Parte do princípio de que a forma de inserção dos homens, mulheres e crianças nos espaços de trabalho contribuem decisivamente para formas específicas de adoecer e morrer.

✓ *Dependência da Equipe de Saúde e Familiares*

Do nosso ponto de vista o tratamento traz benefícios para o paciente mais em contra partida tem os obstáculos que às vezes fica difícil de superar. A aceitação de dependência para continuar sua vida, sua rotina, para essas pessoas se torna difícil. Alguns pacientes relataram depender de alguém para realizar suas atividades.

[...]Dependo do meu marido, não saíu só.

[...]Não tenho confiança em andar só.

[...]Sempre saíu acompanhada, tenho medo de tontura me sentir mal.

Inferimos diante dos discursos dos entrevistados a oportunidade da Enfermagem interagir com os familiares dos mesmos, propondo apoio a estes visto a dependência desses pacientes.

Já outro grupo, porém mais jovem, conseguem resolver seus afazeres sozinhos.

[...] Faço tudo só não preciso de ajuda.

[...] Não afetou, sempre resolvo minhas coisas.

[...] Vou ao mercado só, no banco.

Buscando analisar os discursos a luz de Daugirdas (1996) “... os pacientes submetidos ao tratamento dialítico tem uma vida bastante alterada. Aqueles submetidos à hemodiálise, diálise peritoneal noturna (NIPD) ou diálise peritoneal continua assistida por cicladora (CCPD) encontram-se presos à uma máquina numa intensidade sem precedentes na história da tecnologia médica.” O autor também afirma que: “...todos os pacientes de diálise consideram-se extremamente dependentes de um procedimento médico, de um hospital ou de um grupo de pessoas da área médica, família, além de estarem expostos a outros tipos de estresse”.

As necessidades presentes, o ambiente e os agentes desencadeadores de estresse dependem de como os indivíduos atendem às necessidades de auto-atualização. Esta é possível quando existe um equilíbrio entre as necessidades individuais, os fatores geradores de estresse e a capacidade de adaptação às alterações do corpo e do ambiente, particularmente quando se conta com uma rede de relações positivas (MARTINS e CESARINO, 2005).

✓ *Convívio Social Prejudicado:*

Os portadores de IRC, geralmente, mostram envelhecimento precoce como resultado da deterioração musculoesquelética, descoloração da pele, emagrecimento e edema, características da própria doença; estas mudanças podem provocar sentimentos de diferença, inferioridade em relação a outras pessoas saudáveis, o que, conseqüentemente, pode afetar a auto-estima desses pacientes (DAUGIRDAS, 1996). Para a maioria dos pacientes entrevistados afirmam que a nova condição de vida afetou suas atividades sociais, por algum motivo tiveram que se privar do meio que vivia.

[...] Parei de passear, não vou a festas.

[...] Afetou muito, deixo de participar de banhos...tenho medo de machucar a FAV.

[...] Já não saiu de casa para canto nenhum

Diniz *et.al* , refere em seus trabalhos que a personalidade de adolescentes e adultos em HD, doentes renais crônicas, provocam elevação da introversão social com o passar dos anos, além de sentimentos de inferioridade, atitudes egocêntricas, defesas primitivas e diminuição de auto-imagem.

[...] Afetou muito, perdi tudo, não tenho graça de sair, ia nas festinhas de fim de ano hoje não vou mais porque não posso nada.Evito quase tudo na vida, para viver.

[...]Você sair e não poder comer nada, tenho medo de confusão e machucar o braço.

Consoante aos achados e a nossa reflexão, podemos dizer que o paciente com IRC têm seu estilo de vida alterado devido às condições impostas pela doença e tratamento; se privando do meio e convívio que tinha antes de adoecer.

Assim podemos dizer que o paciente renal crônico percebe a hemodiálise como uma situação que tira transforma sua vida para atender à sua condição de crônico, está fazendo algo que lhe foi imposto e que lhe trouxe limitações físicas e sociais, mas não há outra saída. As exigências da doença e do tratamento comprometem, além dos aspectos físicos, as atividades sociais e ocupacionais. A terapêutica apresenta-se como um evento inesperado e de dependência de uma equipe especializada e uma máquina (GOES e MARCON, 2002).

Sentimentos: Estado Geral de Saúde e Aspectos Emocionais.

✓ *Alteração de humor e sentimento de depressão*

O paciente renal crônico apresenta uma problemática emocional variada, que vai surgindo no decorrer da doença. Sabe-se que o ser humano, quando se vê acometido por uma doença, adocece como um todo. O estresse causado por uma doença inabilita e enfraquece a estrutura psíquica e emocional da pessoa enferma.

Os índices de depressão são altos entre os pacientes em tratamento de hemodiálise, embora, freqüentemente, não seja diagnosticada e tratada. A depressão está relacionada com a qualidade de vida e também pode estar relacionada com a mortalidade precoce entre os pacientes renais crônicos, pois a depressão pode influenciar nas decisões quanto ao tratamento. (CHRISTENSEN & MORAN, 1998).

Vejamos algumas falas que expressão sentimento de depressão:

[...] Fico dentro de casa, deitada em uma rede o dia todo não gosto de falar com ninguém;

[...] Tem horas que dá vontade de desaparecer, começo a chorar e perguntar porque isso tá acontecendo isso comigo.

A negação vai acontecendo progressivamente e sendo utilizada pelo paciente renal crônico na medida em que novos estresses físicos e psicológicos vão aparecendo. Existem ocasiões em que estes pacientes negam a própria doença e as limitações que a mesma lhe impõe, sendo que daí acontece, segundo Palombini, Manfro & Kopstein (1985) a chamada “fuga para a saúde”. Para esses autores, a negação, quando acionada, permite o manejo das frustrações para que o paciente consiga seguir em frente com o programa de diálise.

O discurso seguinte mostra:

[...] Feliz, não tenho tristeza.

Em relação à depressão, Palombini, Manfro & Kopstein (1985) afirmam que, considerando as perdas e crises que esses pacientes enfrentam, é inexplicável a depressão que os atinge. E acrescentam que: entendemos a depressão como uma resposta à perda que se manifesta quando os mecanismos de defesa (negação, projeção, formação reativa, deslocamento, isolamento de afeto, entre outros) não são suficientes para conter a ansiedade.

É o que se pode perceber no discurso:

[...] Passo tempo deprimido, depois melhora, é assim o tempo todo. Sempre estou preocupado com alguma coisa.

✓ *Medo da morte*

Tudo o que lhe é apresentado é muito novo e o fato de todo seu sangue estar circulando entre os dispositivos da máquina faz com que seja atribuído a ela o poder de mantê-lo vivo. Teme, então, que ela pare de funcionar, retendo parte do seu sangue. Acredita estar arriscando sua vida ao tratar-se.

Esse medo acentua-se, ainda, de acordo com o estado dos outros pacientes que dividem com ele o mesmo espaço físico, a sala, onde passam boa parte do tempo. Juntos presenciam situações alarmantes. Por isso, quando acontece algum incidente numa sessão, eles reativam o estado de alerta e voltam a temer que o pior lhes aconteça.

Consoante ao nosso posicionamento, alguns pacientes verbalizaram:

[...] Quando uma máquina alarma já fico tenso, achando que algo vai acontecer.

[...] É o maior sofrimento do mundo, ter que vim três vezes por semana, as agulhas dói, não posso comer o que quero, é horrível.

[...] Independente do tempo de diálise a gente tem medo, por que a máquina pode falhar.

Medo de conseqüências inespecíficas, o medo está presente nas situações vivenciadas pelos pacientes hemodialíticos como conseqüências inesperadas durante o tratamento e o medo da morte. O medo da morte aparece em todos os pacientes independentemente do tratamento em que se encontram. Assim os pacientes têm medo das complicações derivadas da doença e dos efeitos da hemodiálise (CARPENITO, 2000).

Considerando os aspectos de sentimento de medo alguns se colocaram:

[...] Não aceito o tratamento, só venho para cá porque tenho medo de morrer.

[...] Tenho medo de morrer, quando a máquina alarma fico preocupado.

TURRA *et al.* (2001) tratando das repercussões da doença crônica na qualidade de vida de adultos, mostram o quanto esta condição se torna uma fonte de tensão à medida que esta impõe outros desafios e novas incumbências ao indivíduo, como fazer dieta, tomar medicações, e o fato da possibilidade de enfrentar desarmonias fisiológicas e restrições indesejáveis

✓ *Estado geral e aparência*

O discurso sobre o sofrimento evoca significados desde ambigüidade entre força e fraqueza, vulnerabilidade e determinação, medo e coragem, despertando emoções positivas e negativas tanto no sofredor como nos interlocutores (RODRIGUES e CAROSO, 1998).

Estes significados concretos associados a outras abstrações que passam no imaginário do cliente trazem sofrimento psíquico que influencia o tratamento e a qualidade de vida. Alguns pacientes afirmaram que depois do tratamento sua saúde melhorou, observa-se que a maioria descobriram a doença em fase avançada em momento crítico de sua saúde e depois de iniciarem o tratamento o estado de saúde melhorou significativamente.

A este respeito alguns entrevistados afirmaram:

[...] Hoje tô boa, avista o que tava.

[...] Com o tratamento minha saúde mudou para melhor, eu achava que ia morrer.

[...] Me sinto feliz, estimulado a viver, quando comparo a minha vida de antes.

Na nossa análise, há evidências de que os entrevistados comentaram sobre a mudança corporal, destacando o impacto que sofrem em relação à fístula artério-venosa (FAV). Referem a modificação da estrutura normal do membro pela presença da fístula, facilmente visualizada, o que os incomoda no dia-a-dia.

Os relatos ressaltam que:

[...] Depois desta fístula não posso fazer nada, tenho medo de machucar.

[...] Não saiu para festa com medo de uma garrafada pegar no meu braço, e eu ficar sangrando.

Ao fazer análise interpretativa dos discursos é notória a insatisfação dos pacientes renais crônicos quanto a FAV. Com fluxo sanguíneo e com o uso regular para hemodiálise, ela tende a dilatar-se suportando as punções necessárias ao tratamento hemodialítico. Assim, tanto pode ser facilmente percebida por outras pessoas como sentida pelo paciente, a hipertrofia dos vasos e o frêmito, respectivamente.

Outros discursos que favorecem a insatisfação com a FAV, estão apresentados por:

[...] Me incomoda quando alguém pergunta o que é isso no meu braço, se essa doença pega.

[...] Acho que meu braço ficou feio com essas veias assim, fico com vergonha quando as pessoas ficam olhando com indiferença.

[...] Agora me acostumei, mas antes só usava blusa de manga.

Rosa & Nogueira (1990), se colocam dizendo que os pacientes acometidos por uma doença crônica, geralmente, utilizam-se de mecanismos de defesa, numa tentativa de reorganização de sua vida mental, para melhor poderem lidar com as situações de angústia, dor e sofrimento que a cronicidade da doença traz.

✓ *Apoio familiar*

A família surge como meio principal para ajudá-los a enfrentar as dificuldades, pois são os membros familiares que estão próximos e que buscam ajudar em todos os momentos, fazendo com que eles lutem, sejam otimistas e não se sintam sozinhos. Outros estudos mostram que, embora sintam a dependência, demonstram constantemente a valorização dessa relação familiar que oferece mais conforto e otimismo (LIMA e GUALDA, 2001).

Os depoimentos a seguir contemporizam da seguinte maneira:

[...] Recebi muito apoio da minha esposa, se não fosse ela eu teria morrido.

[...] Minha família se preocupa comigo.

[...] Recebo muito apoio, incentivo.

Constatamos, a partir dos depoimentos, a importância da família nesse contexto. Fatores como vontade de viver, suporte dos entes queridos, conformismo perante o inevitável, fé em Deus, dentre outros recursos, são utilizados como uma maneira para resistir e prosseguir a sua jornada (LIMA e GUALDA, 2001).

Na análise dos discursos inferimos que o sentimento de vida habilita a pessoa a manter sua saúde mental e sua integridade ainda que em condições adversas.

A busca e a realização do sentido pessoal representam uma nova perspectiva de promoção de bem estar, de enfrentamento e de adaptação, principalmente para as pessoas em condições de fragilidade, uma das poucas áreas em que o indivíduo experimenta uma continuidade no crescimento pessoal, mesmo vivendo as perdas e o declínio físico (FREIRE e RESENDE, 2001).

Enfim, a respeito dos achados analisados, permitiram-nos focalizar os significados e sentimentos do paciente com IRC, cujo desafio é buscar novas formas de assistir, pois compreendemos que teremos condições de efetivar ações de enfermagem visando minimizar os mecanismos de adaptação diante do tratamento hemodialítico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Orientada pelos objetivos propostos e referencial teórico a presente pesquisa permitiu analisar os sentimentos e significados dos pacientes renais em tratamento hemodialítico, onde o paciente luta diariamente pela sobrevivência e o bem-estar físico, mental e social, que representam dimensões dinâmicas e integradas do processo saúde-doença.

No decorrer dos discursos, evidenciamos as limitações mediante as lesões provocadas pela doença indicam que o cliente precisa modificar suas atividades e rotinas. Diante disso, precisam disponibilizar tempo para realizar o tratamento três vezes na semana. Alguns deixam de trabalhar, outros se transferem dos locais de origem e vão morar na Capital para viabilizar o tratamento. Para o cliente portador de IRC, as atividades sociais e outras ocupações referentes ao viver são dispensadas, pois se prioriza a satisfação de outras necessidades essenciais à sobrevivência.

Conforme identificamos nos depoimentos a experiência com a doença renal crônica é complexa e como são muitas as limitações da paciente na sua vida social e familiar. Ficou explícita a exigência do enfrentamento permanente com a doença colocando-a a margem de uma vida social normal. O cliente mostra uma vivência marcada por desafios, revelações e esperança, empreendendo uma luta constante para vencer dificuldades sem se render a elas. Uma das características centrais é sua determinação para mobilizar suas forças para continuar o tratamento. Apoiada pela família, não se permite deixar levar pelo desânimo e por pensamentos negativos. Buscando ajuda, ancorada na sua fé em Deus, renova suas esperanças de que possa ser submetida ao transplante renal.

Constatamos que a vida humana é determinada por circunstâncias dentre as quais se destaca a busca contínua de ser saudável, uma esfera da realidade que se confronta entre dois pólos - saúde e doença. O ser portador de insuficiência renal crônica enfrenta situações complexas inerentes à cronicidade da doença e à complexidade do tratamento.

Ao vivenciar a realidade da hemodiálise inferimos que, cuidar desses pacientes significa atender às suas necessidades, compartilhar saberes e facilitar a compreensão da doença e de meios de recuperação, o que inclui a sua participação e da família. Suas expressões de dor e sentimentos fazem parte da demanda de cuidados aos quais o enfermeiro deve dar atenção, ter uma postura ética e humana e visar a um aprendizado contínuo junto ao próprio cliente e à equipe multidisciplinar.

Assim sendo, o paciente renal crônico apresenta uma problemática emocional variada, que vai surgindo no decorrer da doença. Sabe-se que o ser humano, quando se vê

acometido por uma doença, adocece como um todo. O estresse causado por uma doença inabilita e enfraquece a estrutura psíquica e emocional da pessoa enferma.

REFERÊNCIAS

AKISKAL, H. S. **Insuficiência renal crônica.** Disponível em: <<http://www.manualmerck.net/?url=/artigos/%3Fid%3D149%26cn%3D1181>>. Acessado em :15/12/2008.

ALMEIDA M. A; MELEIRO, M. A; Depressão e insuficiência renal crônica: uma revisão. **J.Bras. Nefrol.** Artmed, 2000.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Martins Fontes, 1995.

BASTOS, G. M.N. **Introdução à metodologia do trabalho acadêmico.** Fortaleza, 2003.

BORGES, L. R.; MARTINS, D. G. **Clínica de hemodiálise: existe qualidade de vida?** Boletim de iniciação científica em psicologia, 2001, 2, 1, 42-58.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Caderno de Atenção Básica–Saúde do Trabalhador. Nº 5. Brasília, 2002.

BUSATO, O. **”Transplante Renal : aspectos emocionais.”**In: Martins, Cyro et al. *Perspectiva da Relação Médico-Paciente.* Porto Alegre: Artes Medicas, 1975.

CAMON, Valdemar A. A. (org); CHIATTONE, Heloisa B. de C.; MELETI, Marli R. **A psicologia no hospital.** 2ª Ed. São Paulo: Pioneira Thonsom Leamine, 2003.

CARPENITO LJ. **Diagnóstico de enfermagem:** aplicação à prática clínica. 6. Ed. Porto Alegre:

CARREIRA. L.; MARCON. S. S. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares: **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.11, nº. 6.

Ribeirão Preto Nov./ Dec. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000600018&script=sci_arttext&lng=pt. Acessado em: 15/08/2008.

CASTRO, M. et. al Qualidade de vida de pacientes com Insuficiência Renal Crônica em Hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. **Revista da Associação Médica do Brasil**. Vol.49 – nº 3. 2003.

DAUGIRDAS, J. T.; ING, T. S. **Manual de Diálise**. 2 ed. Rio de Janeiro. Medsi, 1996.

DINIZ, D. P., ROMANO, W. B., CANZIANI, M. E. F. *Dinâmica de Personalidade de Crianças e Adolescentes Portadores de Insuficiência Renais Crônicas Submetidos à Hemodiálise*. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/JBN/28-1/v28e1p031.pdf>. Acessado em 20/09/2008>. Acessado em: 25/11/2008.

DYNIWICZ, A. M.; ZANELLA, E.; KOBUS, L. S. G. Narrativa de uma cliente com insuficiência renal crônica: a história oral como estratégia da pesquisa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, n. 02, 2004. Disponível em: <<http://revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acessado em: 05/01/2009.

FERMI, M. R. V. **Manual de Diálise para Enfermagem**. São Paulo. Medsi, 2003

FREIRE, S. A.; RESENDE, M. C. Sentido de vida e envelhecimento. In: NERI, A. L. (org.). **Maturidade e velhice**. p. 71-98. Campinas: Papyrus, 2001.

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOES, E. L. A.; MARCON, S.S. **A convivência com a hipertensão arterial**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto*, Maringá, v. 24, n. 3, p. 819-829, 2002.

ISRAEL, S. M.C. **A prática pedagógica e suas interfaces com as doenças**. Casa do Psicólogo, 2005.

LEITE, M. C. P. **Insuficiência renal.** Disponível em: <<http://www.policlin.com.br/drpoli/037/>>. Acesso em: 15 de agosto de 2008.

LIMA, A.F.C;GUALDA,D.M.R. Reflexão sobre a qualidade de vida do cliente renal crônico submetido à diálise. **Revista Nursing** . nº. 4; 2000.

MACHADO, Leise R. C.; CAR, Márcia R. A Dialética da Vida Cotidiana de Doentes com Insuficiência Renal Crônica entre o inevitável e o casual. Dissertação de mestrado. São Paulo: USP, 2001. **Revista da escola de enfermagem da USP**. 2003; Vol. 37-nº 3-pag 27 a 35.

MARTINS, M. R. I.; CESARINO, C. B. Qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**; 13 (5) Ribeirão Preto, set / out.; 2005.

MENDES, M. A; BASTOS: Transformando a pratica do enfermeiro. **Revista Nursing**, v.80, n.8, jan.2005.

MINAYO, M.C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis Vozes, 2002.

MIRANDA, Eunice M. F.; KROLLMANN, Aparecida de O.; SILVA, Cibely A. da.. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. Vol. 15

MOREIRA, D. A. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thompson, 2002. No prognóstico de pacientes renais crônicos, *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v.26 (3), Porto Alegre. 2004.

Disponível em: http://susanaalamy.sites.uol.com.br/psicopio_n7_32.pdf. Acessado em 15/08/2008.

PALOMBINI, D.V.; MANFRO, R.C. J. Aspectos Emocionais dos Paciente em Hemodiálise crônica. Rev.Assoc. Medica Brasil.31-n. 5e6-Porto Alegre: 1985.

PEDROSO, R. S. SBARDELLOTO, G. **Qualidade de vida e suporte social em pacientes renais crônicos: revisão teórica** Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde. Belo Horizonte, Fev-Jul 2008, Ano 4, n.7. 7

.Disponível em: http://susanaalamy.sites.uol.com.br/psicopio_n7_32.pdf. Acessado em: 25/08/2008.

REZENDE, M. A. Z. **Tentando compreender o significado da hemodiálise do paciente renal crônico a partir da fenomenologia existencial**. Monografia –PUC-SP.São Paulo, 2006.

Disponível em: <http://br.monografias.com/trabalhos-pdf/compreender-significado-hemodialise/compreender-significado-hemodialise.pdf>. Acessado em: 17/10/2008.

RIELLA, Miguel Carlos. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólitos**. 4ª d. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

ROMÃO, J. E. **O rim e suas doenças**. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/Publico/rim.htm>. Acessado em: 21 /07 /2008.

ROSA, D.P.NOGUEIRA, W.P. Reações Emocionais de Pacientes Submetidos à Hemodiálise.Rev.Brasileira de Medicina-vol.47-n.8-São Paulo: Agosto, 1990.

SILVA, D. M. G. V. et.al. Qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Brasileira de Enfermagem**; v.55, p.562-567, 2002.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOUTO, D. F. **Saúde no Trabalho: uma revolução em andamento**. Rio de Janeiro. Senac/Sesi Nacional, 2003.

THOMAS, C V. & ALCHIERI, J C. (2005). Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à Hemodiálise, *Avaliação Psicológica*, 4(1), 57- 64.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais; a pesquisa qualitativa em educação. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1995.

TURRA, K.et.al.**As repercussões da doença cardiovascular na qualidade de vida de adultos:relato experiência.** Cogitare Enferm. ,v.6, n.1, 2001.

VELLOSO, R. L. M. **Efeitos da hemodiálise no campo subjetivo dos pacientes renais crônicos.** 2000. Monografia (Pós-graduação em psiquiatria). Faculdade Rui Barbosa: Bahia.

ZIMMERMANN, R; CARVALHO, J.O. & MARI, J.J. (2004). **Impacto da depressão e outros fatores psicossociais.** Acesso em: 21 de jul de 2008.

APENDICE I: ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Significado da capacidade funcional, física e social do paciente com IRC?

1.1. Capacidade funcional: O senhor continua realizando suas atividades profissionais, depois da doença e início do tratamento. Em que grau?

1.1.1. Qual foi o impacto antes de entrar na sala de Diálise?

1.2. Aspectos físicos: Você precisa de ajuda para vestir-se, subir escada, anda na rua sozinho. O que mudou em suas atividades?

1.3. Aspectos sociais: Depois da doença você foi dispensado de algum trabalho por motivo de saúde?

1.4. A nova condição afetou suas atividades sociais (festas, férias, passeios. relato).

2. Sentimentos: estado geral de saúde, aspectos emocionais.

2.1. Estado geral de saúde: Como você classificaria seu estado de saúde? O que mudou no seu estado geral?

2.2. Aspectos emocionais: Você se sente feliz, realizado ou no momento apresenta-se ansioso, deprimido e com medo da morte?

2.2.1. Como é a sua conjugal e familiar?
