



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**MARIA TIBÉRIA DA SILVA CAROLINO**

**SIGNIFICADO E VIVÊNCIA DE PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO  
HEMODIALÍTICO**

CAJAZEIRAS – PB  
2015

**MARIA TIBÉRIA DA SILVA CAROLINO**

**SIGNIFICADO E VIVÊNCIA DE PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO  
HEMODIALÍTICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande como pré-requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**ORIENTADORA: Dr<sup>a</sup>. ANÚBES PEREIRA DE CASTRO**

**CAJAZEIRAS – PB  
2015**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)

Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096

Cajazeiras - Paraíba

C292s Carolino, Maria Tibéria da Silva

Significado e vivência de pacientes submetidos a tratamento hemodialítico. / Maria Tibéria da Silva Carolino. - Cajazeiras: UFCG, 2015.

65f. il.

Bibliografia.

Orientador (a): Profa. Anúbes Pereira de Castro.

**MARIA TIBÉRIA DA SILVA CAROLINO**

**SIGNIFICADO E VIVÊNCIA DE PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO  
HEMODIALÍTICO**

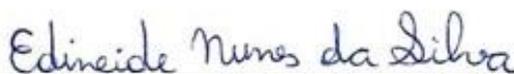
**Aprovado em 01/12/2015**

**Banca Examinadora:**



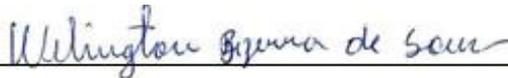
---

**Professora Dr.ª. Anúbes Pereira de Castro  
(Orientadora – UAENF/CFP/UFCG)**



---

**Professora Me. Edineide Nunes da Silva  
(Membro examinador – UAENF/CFP/UFCG/FSM)**



---

**Professor Me. Wellington Bezerra de Souza  
(Membro examinador – ETSC/CFP/UFCG)**

**CAJAZEIRAS – PB  
2015**

*Dedico a Deus e a todos os guias espirituais, que emanam luz e auxílio todos os dias. A minha família, meu porto seguro, fonte de coragem, exemplo e otimismo. A minha avó Olindina (in memorian), por suas palavras de confiança em meu crescimento. A todos os pacientes renais crônicos do Hospital Regional de Cajazeiras, que apoiaram a pesquisa, acolhendo-me com carinho, atenção e confiança.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, inicialmente, por ser o grande orientador dessa minha jornada na Terra e me amar incondicionalmente, juntamente ao grande Mestre Jesus e guias espirituais. Agradeço por toda proteção, fortaleza, discernimento e por nortearem-me rumo a Enfermagem, agraciando-me com a percepção da força da humildade e abnegação como caminhos para o estabelecimento da presença divina dentro dos corações, através do amor e serviço ao próximo.

Aos meus pais, Maria Aparecida e José Tibério, por todo o apoio e confiança durante o caminho até essa e outras conquistas. Mãe, seu carinho, força, amizade e presença alegra meus dias e me dá forças para caminhar. Pai, sua admiração e presença faz-se fonte de crença em meu potencial. O amor de vocês representa o combustível de meu empenho e dedicação. Amo-os imensuravelmente!

A minha irmã Maria Tamyres, por ser amiga, conselheira, presente e me apoiar sempre que preciso. Amo você!

Aos meus avós maternos e paternos, que se fazem presente nesse mundo ou no mundo espiritual, vocês auxiliaram e auxiliam em minha criação, com muito amor, compreensão, mimos e alegrias. Amo vocês!

A toda a minha família por acreditarem em minha vitória, fazendo-se sempre presente com o apoio, exemplo e alegria de cada um.

A minha orientadora querida e admirável, professora Anúbes, pelo comprometimento e paciência, e por ter aceito compartilhar conhecimentos, apoiando-me fervorosamente desde o início dessa ideia. Agradeço pela confiança e amizade, e faço votos de que os laços criados perdurem para além de minha graduação. Admiro-a pela profissional empenhada, animada e otimista que és.

Aos professores Welington e Edineide por serem membros da minha banca examinadora, contribuindo para o crescimento de meu trabalho, e por serem pessoas essenciais e contribuidores ímpares durante minha formação como uma profissional comprometida com uma Enfermagem humanizada.

Aos meus grandes e maravilhosos amigos, Karolliny e Charles, por se fazerem presentes em minha vida desde o início do ensino médio na ETSC/UFCEG. Obrigada pela convivência desde 2008. O tempo fez crescer um laço de amizade que vai durar por toda a nossa vida, o companheirismo estendeu-se por toda a graduação, e hoje estamos juntos na realização de mais um sonho. Vocês sabem o tamanho do amor, admiração e gratidão que tenho por nossa amizade. Que sigamos unidos rumo às novas conquistas.

A todos os meus demais amigos e amigas, que fizeram e fazem parte de minha vida. Quem é amigo, sabe. E sabe também da importância grandiosa de cada um em minha jornada. O apoio de vocês fez nascer em mim um respeito e admiração por cada um.

Aos meus professores da Escola Municipal de Ensino Infantil e Fundamental João Batista de Albuquerque, da Escola Estadual de Ensino Fundamental Dom Moisés Coêlho, e da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras. Vocês fazem parte dessa vitória, pois contribuíram de modo inigualável para minha formação acadêmica e pessoal. Unidos no conhecimento, conseguimos!

Aos meus professores do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cajazeiras, por todo o conhecimento compartilhado. A atenção e ensinamentos fizeram-me aprender a amar a Enfermagem, e hoje me comprometo a atuar sempre me espelhando nas experiências positivas de nossa profissão. Essa conquista também é de vocês!

A todos os pacientes e profissionais, que acreditaram em meus cuidados, fazendo crescer em meus atos a empatia e compaixão. Por vocês farei sempre um trabalho holístico e humanizado.

Aos meus colegas e companheiros da gestão 2014 do Centro Acadêmico de Enfermagem de Cajazeiras (CAEC Dália), Jéssica, Francisco Tavares, Sara Samirys, Lana, Gustavo, Geisa, Charles, Rosendo (Dudu), João Paulo e Miriane. Juntos aprendemos que um trabalho em equipe, baseado na união e humildade, é essencial para a manutenção do crescimento de um curso. Fizemos parte da luta por melhorias em nosso curso, e devemos ter orgulhos de nossas conquistas.

Aos meus amigos e colegas da turma 2015.1 de Enfermagem da UFCG/CZ. Estamos juntos desde 2011, sabemos de todas as alegrias e lutas até aqui. Hoje estamos realizando um sonho, ainda juntos. Que em um futuro próximo todos estejamos bem-sucedidos e sempre felizes com nossas conquistas.

A todos os profissionais da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cajazeiras. Essa casa de ensino, pesquisa e extensão não é apenas uma universidade, tornou-se para mim uma segunda casa, onde vivo momentos únicos desde 2008. Agradeço por tamanha oportunidade e afirmo: tudo valeu e continua valendo a pena!

*“Tudo tem seu apogeu e seu declínio... É natural que seja assim, todavia, quando tudo parecer convergir para o que supomos ser o nada, eis que a vida ressurge, triunfante e bela! Novas folhas, novas flores, na infinita benção do recomeço!”*

(Francisco Cândido Xavier)

CAROLINO, M. T. S. **Significado e Vivência de pacientes submetidos a tratamento Hemodialítico**, 2015. 65p. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, Unidade Acadêmica de Enfermagem, Cajazeiras-PB, 2015.

## RESUMO

A Insuficiência Renal Crônica trata-se de uma síndrome provocada por variedades de nefropatias que reduzem significativamente as funções renais, com sintomatologia mínima ou ausente. O tratamento conservador pode evoluir para a Diálise Peritoneal e Hemodiálise, ou realização de transplante renal. A Hemodiálise consiste na remoção de catabólitos do organismo através do sangue, com o uso de equipamento idealizado para este fim, gerando alterações fisiológicas e perda de independência funcional, provocando no paciente indícios de aceitação ou insubmissão essenciais ao processo de adequação ao novo modo de vida. Esse estudo objetivou compreender as alterações e o significado da terapêutica hemodialítica na vida de pacientes submetidos a essa modalidade. Trata-se de um estudo de caráter exploratório e abordagem qualitativa, realizado com 23 pacientes em tratamento no setor de Hemodiálise do Hospital Regional de Cajazeiras-PB. A coleta foi realizada durante as sessões de hemodiálise, mediante utilização de entrevista semi-estruturada elaborada pela pesquisadora, sendo realizada uma análise do discurso descritiva, com observação participante. As etapas da pesquisa obedeceram aos aspectos éticos da resolução nº 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, com parecer do Comitê de Ética da UFCG de número 1.171.940. Houve predomínio de pacientes do sexo masculino, raça não branca, idade superior a 60 anos, residentes em cidades circunvizinhas a cidade de Cajazeiras, casados, ensino fundamental incompleto, aposentados/desempregados, renda mensal entre 1 e 2 salários mínimos e praticantes do catolicismo. De acordo com o seu perfil clínico, a maioria dos pacientes realizavam tratamento há mais de 18 meses, são hipertensos, com comorbidades originadas antes do início do tratamento, baixos índices de internações no último ano e de complicações, poucos encontram-se na lista de espera para transplante renal e a maioria busca apoio na família e em amigos para o enfrentamento da doença. As principais áreas modificadas com o tratamento foram o campo profissional, viagens, passeios, mudança nos hábitos alimentares, redução da renda familiar e melhora no quadro sintomatológico. Evidenciou-se como significados da terapia, sentimentos de otimismo e esperança, e de conformismo e/ou pessimismo. Tais evidências associaram-se a expectativas de realização de transplante renal e crença em um ser superior como fonte de esperança. Conclui-se que a Hemodiálise promove modificações no contexto de vida do paciente, gerando inicialmente sentimentos de improdutividade, angústia e isolamento social, e a posteriori, esperança e/ou conformismo, associando-se aos modos de adaptação de cada um.

**Palavras-chave:** Insuficiência Renal. Hemodiálise. Enfermagem.

CAROLINO, M. T. S. **Meaning and Experience of patients submitted treatment in Hemodialytic**, 2015. 65p. Monograph (Bachelor of Nursing) - Federal University of Campina Grande, Teacher Training Center, Nursing Academic Unit, Cajazeiras PB - 2015.

### **ABSTRACT**

The Chronic Renal Insufficient is about a syndrome caused by variety nephropathies that reduce significantly the renal functions, with symptomatology minimal or absent. The conservator treatments can progress to Peritoneal Dialysis and Hemodialysis, or realization of renal transplant. The Hemodialysis consists in the catalolites removal of the organism through the blood, using the idealized equipment for this purpose, creating physiological changes and loss of functional independence, causing in the patient acceptance evidences or problems to adapt to the new way of life. This study had the objective to understand the changes and the meaning of hemodialytic therapeutic in tej patient life subjected to this modality. Refer to exploratory study and a qualitative approach held with 23 patients on treatment in a Hemodialysis of the Regional Hospital sector of Cajazeiras- PB. The gathering was held during the hemodialysis sections through the semi-structured interview produced by the researcher, being performed an analysis of the descriptive speech with the participant observation. The survey stages follow the ethics aspects of the resolution n° 466/2012 about research that involves human being. There was predominance of male patient, non caucasian, aged over to 60 years old, residing in surrounding towns to Cajazeiras, married, elementary school incomplete, retired/unemployed, monthly income between 1 and 2 minimum wage and Catholics. According to clinical profile, the most of patient held the treatment more than 18 months ago, were hypertensives, with comorbidities caused before of the treatment, low levels of hospitalization in the last year and complications, a few are in waiting list to renal transplant and the most search for family and friend support to face the disease. The main changed areas with the treatment was the professional fields, travel, tours, changes in the alimentary habits, reduce of the familiar income, better in the symptomatological context. Highlighted like meaning of the therapy feelings of optimism and hope, and/or pessimism. Such evidences joined with expectations of realization of the renal transplant and the belief in the superior being like a source of hope. It is concluded that hemodialysis promotes changes in the contexto of the patient's life,generating initially unproductive feelings, anxiety and social isolation, andretrospectively, hope and/or conformity, associating to each adaptation.

**Keywords:** Renal Insufficiency. Hemodialysis. Nursing.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Caracterização Sociodemográfica dos pacientes participantes da pesquisa, (n=23), Cajazeiras - PB, 2015. ....	<b>26</b>
<b>Tabela 2:</b> Distribuição percentual dos pacientes, segundo os dados clínicos (n=23), Cajazeiras - PB, 2015. ....	<b>31</b>

## **LISTA DE SIGLAS**

DEP – Desnutrição Energético-Protéica

DM – Diabetes Mellitus

DPAC – Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua

DPCC – Diálise Peritoneal Cíclica Contínua

DPI – Diálise Peritoneal Intermitente

DPIN – Diálise Peritoneal Intermitente Noturna

DRC – Doença Renal Crônica

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HD – Hemodiálise

HRC – Hospital Regional de Cajazeiras

IRC – Insuficiência Renal Crônica

TFG – Taxa de Filtração Glomerular

TRS – Terapia Renal Substitutiva

SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>16</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	16
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>17</b>
3.1 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA .....	17
3.2 TRATAMENTO DA IRC .....	18
3.3 HEMODIÁLISE .....	20
3.4 ALTERAÇÕES PROMOVIDAS PELA HD .....	20
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>22</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	22
4.2 LOCAL DA PESQUISA .....	22
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	23
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	23
4.5 COLETA DE DADOS .....	23
4.6 ANÁLISE DOS DADOS .....	24
4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA .....	24
<b>5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>26</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PACIENTES PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	26
5.2 APRESENTAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES .....	31
5.3 APRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS RESULTANTES .....	35
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	<b>44</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>46</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>54</b>
APÊNDICE A – Entrevista Semi-Estruturada .....	55
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	57
APÊNDICE C – Termo de Compromisso e Responsabilidade do Pesquisador Responsável ..	59
APÊNDICE D – Termo de Compromisso e Responsabilidade do Pesquisador Participante ..	60
<b>ANEXOS</b> .....	<b>61</b>
ANEXO A – Termo de Anuência .....	62
ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa da UFCG .....	63

## 1 INTRODUÇÃO

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) trata-se da fase mais avançada da doença renal, caracterizada pela perda gradativa, irreversível e multifatorial da capacidade funcional dos rins (SMELTZER & BARE, 2009). De acordo com Gauyton e Hall (2008), a principal alteração ocorre no número de néfrons funcionais, devido distúrbios dos vasos sanguíneos renais, glomérulos, túbulos, interstício renal e trato urinário, o que resulta em incapacidade na execução das funções hemostáticas renais.

A sintomatologia, inicialmente mínima ou ausente, é caracterizada por fadiga, emagrecimento, prurido, náusea, hipertensão, edema, poliúria (produção de urina acima de 2,5 litros por dia, com aumento da frequência urinária), hematúria (presença de sangue na urina) e uremia (excesso de ureia no sangue) (COSTA; COUTINHO; SANTANA, 2014). Desse modo, sendo a IRC uma doença de sintomatologia silenciosa, onde muitas vezes os indivíduos desconhecem sua presença, seu tratamento muitas vezes é iniciado quando o quadro clínico encontra-se bastante avançado.

O tratamento para a substituição parcial das funções renais envolve a diálise, a qual é fracionada em Hemodiálise (HD) e diálise peritoneal, e o transplante renal. Sabe-se que o início e a modalidade terapêutica empregada dependem dos aspectos clínicos, tipo e gravidade da insuficiência renal, bem como dos equipamentos disponíveis (MARAGNO et al., 2012).

A HD trata-se da forma terapêutica mais utilizada, que consiste numa filtração extracorpórea do sangue realizada por uma máquina, com prescrição de três sessões semanais em média, que duram de três a cinco horas a depender das condições do paciente (ANDREOLI; NADALETTO, 2011).

Fatores ambientais, socioeconômicos, psíquicos e da família do paciente, impacto do diagnóstico, aceitação do tratamento e da gravidade da patologia, e efeitos colaterais estão diretamente associados ao modo de enfrentamento e significado do tratamento hemodialítico na vida do paciente (RUDNICKI, 2014; COSTA; COUTINHO; SANTANA, 2014). Reconhece-se que tal modalidade terapêutica trata-se de uma busca pela sobrevivência, onde o indivíduo sofre alterações em seu estilo de vida, com mudanças que iniciam-se na área biológica e passam para o campo psicológico e social.

Desse modo justifica-se o interesse pela temática, uma vez que compreendendo a vivência e o significado do tratamento hemodialítico pode-se determinar a influência do meio, segurança e estabilidade advinda do recurso terapêutico, onde cada paciente apresenta características individuais, indícios de aceitação ou insubmissão que são essenciais durante o

processo de adequação ao novo modo de vida. Espera-se também que tal pesquisa possibilite uma reflexão dos profissionais acerca de uma maior compreensão sobre o indivíduo confrontado com o sofrimento da doença crônica, e de como as representações sociais contribuem para as ações cotidianas, incluindo o tratamento.

Frente aos aspectos clínicos, físicos e fisiológicos que envolvem os transtornos renais, e especificamente, o tratamento por HD, surge como questão norteadora: Quais alterações ocorrem na vida dos pacientes que se encontram em tratamento hemodialítico e o que essas alterações significam para eles?

Para isso, espera-se compreender o significado das alterações da HD na vida de pacientes submetidos a esta modalidade terapêutica, a fim de promover uma compreensão das respostas dos pacientes nas diversas situações vivenciadas, assegurando assim o respeito à individualidade, principalmente no momento da doença, e um atendimento humanizado e holístico a esses indivíduos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Compreender as alterações e o significado da terapêutica hemodialítica na vida de pacientes submetidos a essa modalidade.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Assinalar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes submetidos ao tratamento hemodialítico;
- Investigar as alterações ocorridas na vida de um paciente submetido a tratamento hemodialítico;
- Apontar o significado das alterações vividas pelo paciente submetido à Hemodiálise;
- Identificar a expectativa de vida dos pacientes submetidos à Hemodiálise.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

A IRC representa, atualmente, um importante problema de Saúde Pública, sendo considerada por alguns profissionais como a nova epidemia do século XXI. A prevalência de pacientes sob controle e terapêutica de IRC dobrou nos últimos anos (LEVEY; CORESH, 2012; VALLE; SOUZA; RIBEIRO, 2013; QUEIROZ, et al., 2008). De acordo com o censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (2013), 100.397 pacientes apresentavam-se em tratamento dialítico no Brasil devido a IRC, com uma taxa de prevalência na região Nordeste de 358 pacientes.

Essa doença apresenta como resultado final diversos sinais e sintomas resultantes da incapacidade renal na manutenção da homeostasia interna. O surgimento de tais aspectos clínicos pode ser dividido em fases. A primeira fase envolve a redução da filtração glomerular em 25%, aumento progressivo de proteinúria e azotemia (elevação da uréia plasmática), sendo marcada por esclerose glomerular progressiva e fibrose intersticial. A segunda fase é representada por nictúria, anemia e moderada azotemia, onde a função renal encontra-se reduzida em 75%. Na terceira fase ocorre acidose metabólica, hiperfosfatemia, hipercalcemia e hiponatremia. E finalmente na quarta fase, ou fase terminal, predominam-se sinais e sintomas de uremia, o que traduz a necessidade de Terapia Renal Substitutiva (TRS) ou transplante renal (RIELLA, 2008).

No entanto quando os sinais e sintomas são mínimos, podem surgir alterações inespecíficas como fadiga, anorexia, emagrecimento, hipertensão, edema, náusea, prurido, bem como alterações fisiológicas como poliúria e hematúria (RIBEIRO et al., 2008).

O diagnóstico da IRC envolve a identificação de fatores de risco, alterações de sedimento urinário (proteinúria, hematúria, leucocitúria e microalbuminúria), redução da taxa de filtração glomerular (TFG), e avaliação de imagem com o uso da ultrassonografia dos rins e vias urinárias (BRASIL, 2014).

Desse modo é necessário reconhecer fatores de risco, bem como fatores de pior prognóstico. Alguns fatores de risco envolvem: etnia, onde pacientes negros com diabetes correm o risco duas a três vezes maior de desenvolver IRC; gênero, uma vez que a incidência da doença é maior em homens do que em mulheres; tabagismo, relacionado à proteinúria e a progressão de IRC em pacientes diabéticos tipo 1 e 2, nefropatia, nefrite lúpica e doença renal policística; consumo de analgésicos não-narcóticos; presença de Diabetes Mellitus (DM) tipo 1 ou 2, e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); idosos; indivíduos portadores de

obesidade ( $IMC > 30\text{Kg/m}^2$ ); histórico de doença do aparelho circulatório e/ou Doença Renal Crônica (DRC) na família (BRASIL, 2014; SCHRIER, 2008).

Além desses elementos, devem-se reconhecer os fatores que estão relacionados à progressão mais rápida da doença para perda de função renal, como infecção urinária, obstrução do trato urinário, hiperfiltração glomerular, resposta imune, dislipidemia, albuminúria, e níveis pressóricos, glicêmicos e de colesterol mal controlados (BRASIL, 2014; RIELLA, 2008).

### 3.2 TRATAMENTO DA IRC

Diante do diagnóstico da IRC surge o impacto com a nova situação e a necessidade de tratamento. Desse modo os possíveis tratamentos para tal cronicidade incluem a diálise peritoneal, a HD e o transplante renal. Tais terapêuticas não apresentam natureza curativa, mas promovem alívio na sintomatologia e preservação da vida ao máximo, de modo que o tratamento deve envolver uma equipe multiprofissional dando suporte para aconselhamento sobre mudanças no estilo de vida, manutenção do quadro vacinal em dia, avaliação nutricional, uso de medicação prescrita, autocuidado, cuidados com o acesso vascular ou peritoneal, entre outros (BRANCO; LISBOA, 2010; BRASIL, 2014).

Inicialmente o tratamento pode ser conservador, objetivando reduzir a progressão da doença renal, com o uso de fármacos, orientações dietéticas e restrição hídrica. A terapia medicamentosa promove um controle de enfermidades previamente estabelecidas, bem como melhoria em alterações metabólicas e urêmicas. Um equilíbrio na dieta garante uma melhora na sintomatologia urêmica, e a restrição hídrica por sua vez, torna-se necessária em pacientes em estágio de TFG reduzida associada a redução do volume diurético (GRICIO; KUSUMOTA; CÂNDIDO, 2009).

Quando o tratamento conservador torna-se inviável, o uso do processo dialítico torna-se inevitável. Nesse sentido a escolha da modalidade terapêutica baseia-se na preferência e condições fisiológicas do paciente, o qual tem controle sobre seu estilo de vida, e buscam nas orientações dos profissionais a base para a tomada de decisões racionais e conscientes (CAMPOS; TURATO, 2010; SCHRIER, 2008).

Nesse momento os avanços tecnológicos no tratamento da IRC contribuem de modo singular para a sobrevivência dos pacientes que apresentam-se sob modificações em suas atividades diárias e modo de viver. Desse modo as modalidades de TRS disponíveis são: Diálise Peritoneal, que possui como quatro variantes a Diálise Peritoneal Intermitente (DPI), Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC), Diálise Peritoneal Cíclica Contínua

(DPCC) e Diálise Peritoneal Intermitente Noturna (DPIN); transplante renal e HD. (CRUZ; OLIVEIRA; MATSUI, 2012).

A Diálise Peritoneal e a HD apresentam as mesmas indicações clínicas, salvo em situações excepcionais, como doenças intestinais inflamatórias, perda da função peritoneal, aderências que limitam o fluxo do dialisato, defeitos mecânicos incorrigíveis e falta de auxílio na realização da técnica (ZHANG et al., 2014; RAMOS et al., 2015).

A Diálise Peritoneal é empregada em quadro de insuficiência renal para a remoção de produtos oriundos de degradação protéica e excesso de líquidos, consistindo na infusão de solução de diálise na cavidade peritoneal, e posterior drenagem da mesma, de modo a utilizar a membrana peritoneal como filtro ao promover trocas entre o sangue e o líquido imbuído (ANTUNES et al., 2011; CRUZ; OLIVEIRA; MATSUI, 2012).

A DPI é indicada para pacientes com alta permeabilidade, função renal residual significativa ou pacientes que não apresentam condições de realizar a diálise em regime domiciliar, durando de 24 a 48 horas, com frequência de duas vezes por semana em ambiente hospitalar, podendo ser realizada de modo automatizado, manualmente ou por cicladora. A DPAC é empregada em pacientes renais crônicos em diálise contínua, onde a cavidade peritoneal fica preenchida com líquido durante cerca de 5 a 6 horas, e é trocada 4 ou 5 vezes num período de 24 horas, por meio de drenagem e nova infusão (CRUZ; OLIVEIRA; MATSUI, 2012).

A DPCC também é indicada para pacientes renais crônicos em diálise contínua, e as trocas do líquido são realizadas durante a noite pela cicladora, a cavidade peritoneal permanece com a última bolsa de líquido durante o dia, sendo realizada uma drenagem durante o dia ou a noite, dependendo da prescrição médica. A DPIN por sua vez, é realizada durante a noite pela cicladora, enquanto o paciente dorme, com 5 a 8 ciclos, de modo que a cavidade fica vazia durante o dia (CRUZ; OLIVEIRA; MATSUI, 2012).

Desse modo, a Diálise Peritoneal torna-se uma modalidade de autocuidado a partir da asserção de que o paciente passa a ter consciência de sua doença e dos cuidados necessários, dedicando atenção especial ao cateter e seu entorno, aos procedimentos da diálise, ao uso das medicações, cumprimento de dieta e controle de líquidos, de modo a prevenir possíveis complicações (LEE et al., 2008; SADALA et al., 2012).

Uma outra TSR é o transplante renal, procedimento inserido no Sistema Nacional de Transplantes, um dos maiores sistemas públicos de transplantes do mundo. No Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS) realiza o custeamento de cerca de 95% dos transplantes renais, com sua responsabilidade abrangendo desde a busca pelo potencial doador até o

acompanhamento do paciente após o transplante. O transplante renal só pode ser realizado após a morte encefálica do doador, mediante a vitalidade do órgão, ou por doadores vivos que sejam cônjuges ou parentes de até quarto grau do paciente (MARINHO; CARDOSO; ALMEIDA, 2010, 2011; CRUZ; OLIVEIRA; MATSUI, 2012).

Entre essas modalidades terapêuticas, a HD é a mais comumente empregada na atualidade, sendo visualizada como um tratamento que exige adaptação, uma vez que promove mudanças no cotidiano e na família dos pacientes (MARAGNO et al., 2012).

### 3.3 HEMODIÁLISE

O aparelho de HD foi criado em 1944, por Kolff, na Holanda. Ainda na década de 40 foram desenvolvidas várias seções de HD em pacientes portadores de IRC. No Brasil a terapêutica hemodialítica da IRC foi consolidada após 1976, sendo democratizada com a criação do SUS (ROMÃO JÚNIOR, 2009).

A Sociedade Brasileira de Nefrologia (2015) define HD como o processo de limpeza do sangue através de uma máquina, denominada dialisador. Tal procedimento promove a liberação de resíduos prejudiciais, como o excesso de sal e líquidos, controlando assim os níveis pressóricos e promovendo um equilíbrio de substâncias químicas no organismo.

O processo envolve a retirada gradativa de sangue do organismo através de um acesso vascular, que compreende um cateter (tubo) ou fístula arteriovenosa. Desse modo o sangue é impulsionado para o filtro de diálise (dialisador), sendo exposto a solução de diálise (dialisato), limpo através de uma membrana semipermeável e devolvido ao organismo em sua forma dialisada (purificada). A pressão no compartimento do dialisato é mais baixa do que no compartimento do sangue, o que possibilita a filtração através da membrana que separa tais compartimentos. Nesse procedimento utiliza-se a heparina, a fim de evitar a coagulação sanguínea no dialisador (SMELTZER; BARE, 2011; OLIVEIRA, 2009).

O paciente permanece em média quatro horas em cada sessão do tratamento, as quais correspondem a três sessões semanais, permanecendo em média quarenta horas mensais ligados ao dialisador e monitorados por profissionais de saúde. Desse modo o paciente renal crônico torna-se dependente do tratamento e da equipe especializada, e visualiza-se na necessidade de acolher um esquema terapêutico rigoroso para a preservação de sua vida (TERRA et al., 2010).

### 3.4 ALTERAÇÕES PROMOVIDAS PELA HD

As sessões de HD podem ser acompanhadas de diversas complicações e intercorrências clínicas, associadas ao processo dialítico, e que podem ser eventuais, ou graves ou até mesmo promover uma fatalidade. Tais complicações relacionam-se ainda a individualidade da resposta do paciente ao tratamento, bem como a fatores externos e adaptativos, como a forma singular do paciente de agir, pensar e sentir (RIELLA, 2008).

As principais complicações envolvidas com o tratamento compreendem a hipotensão arterial, vômito, tontura, cefaleia, HAS, arritmia cardíaca, dor no peito, hipoglicemia, desmaio, câimbra, sudorese, dor estomacal, infarto e dispneia. Além dessas, podem ocorrer reações alérgicas ao material dialisador ou esterilizante, problemas com a manutenção das máquinas, complicações associadas à diálise inadequada (pericardite urêmica e neuropatia urêmica), e complicações de longo prazo que envolvem alterações cardiovasculares, infecciosas, doença óssea, síndrome de inflamação e desnutrição, distúrbios cutâneos e doença cística renal adquirida (SCHRIER, 2008; TERRA et al., 2010).

Conjuntamente as alterações fisiológicas ocorrem perda de independência funcional, misto de sentimentos de angústia, medo, expectativa, força e coragem. Nesse sentido alguns pacientes adquirem ainda alterações em seus modos de enfrentamentos, segurança e estabilidade, devido influência do meio, o que pode promover sinais de revolta e/ou de aceitação durante os processos de adaptação, adesão e manutenção do tratamento (TERRA et al., 2010; RUDNICKI, 2014).

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caráter exploratório com abordagem qualitativa. Para Marconi e Lakatos (2010) um estudo exploratório consiste em uma investigação que possibilita uma maior familiaridade do pesquisador com o tema pesquisado, com procedimentos sistemáticos para aprimoramento de ideias, obtenção e análise de dados, e elaboração de hipóteses.

A pesquisa qualitativa considera a existência de uma relação indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito, que não necessita do emprego de métodos estatísticos, mas envolve dados advindos de observações diretas de pessoas, ambientes ou ocasiões, onde o pesquisador estabelece um contato mais direto com o fenômeno estudado (PRODANOV; FREITAS, 2013). Desse modo torna-se possível a compreensão do problema em questão, através da captação das completas experiências subjetivas dos indivíduos acerca da sua vivência e significado da HD em suas vidas.

### 4.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado no Município de Cajazeiras – PB, situado no Sertão Paraibano a uma distância de 476 km da capital João Pessoa. O município possui 58.446 mil habitantes, e uma área territorial de 565,899 km<sup>2</sup>. Estimava-se para o ano de 2014 uma quantidade de 61.030 habitantes (IBGE, 2010). A coleta de dados foi realizada no setor de Hemodiálise do Hospital Regional Dr. José de Souza Maciel de Cajazeiras (HRC), o qual foi fundado pelo Bispo Dom João da Mata no ano de 1937.

O HRC é considerado a principal unidade hospitalar de saúde do Alto Sertão Paraibano, atendendo também municípios circunvizinhos. Justifica-se a escolha por tal serviço de saúde, por o mesmo apresentar um setor de HD, tornando comum o atendimento a indivíduos portadores de IRC, além de boa acessibilidade e receptividade a estudantes e pesquisadores que adentram naquela casa de saúde.

O setor de HD do HRC foi inaugurado no ano de 2010 e atualmente atende a setenta pacientes, com sessões sendo realizadas em dias alternados entre os mesmos. O serviço funciona de segunda a sábado, iniciando seus atendimentos às 06h00min da manhã, os quais estendem-se até o atendimento do último paciente agendado para o dia.

#### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O universo ou população representa o conjunto de seres que apresentam um atributo em comum, e desse modo a amostra corresponde a uma parte representativa do todo, onde os resultados obtidos com o seu uso devem ser semelhantes o mais legitimamente possível aos resultados provenientes do possível uso da população total (MARCONI; LAKATOS, 2010).

A população desse estudo foi constituída por setenta pacientes acometidos por IRC em tratamento hemodialítico no HRC. Para tanto, a amostra envolveu vinte e três pacientes de ambos os sexos, previamente cadastrados, submetidos à HD no referido serviço de saúde desde o início da pesquisa até junho de 2015 e que aceitaram participar da pesquisa no momento em que a pesquisadora estava à disposição para ouvir os entrevistados.

#### 4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

As entrevistas aconteceram individualmente, sendo adotados os seguintes critérios de inclusão para a participação: está cadastrado e submetido à HD na referida clínica por um período de no mínimo duas sessões semanais; apresentar capacidade de compreensão e comunicação verbal; aceitar participar do estudo de modo voluntário; está no ambiente do tratamento no período de realização da pesquisa.

Os critérios de exclusão foram: pacientes que fazem diálise utilizando outro método de abordagem dialítica.

#### 4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no setor de HD do HRC, durante as sessões de tratamento, através de uma entrevista semi-estruturada (Apêndice A) composta por duas fases. A primeira fase envolveu questões objetivas acerca da caracterização sócio-demográfica e perfil clínico dos indivíduos em estudo; a segunda fase abordou perguntas norteadoras de caráter subjetivo, elaboradas a respeito das alterações do tratamento e do significado destas na vida do paciente, onde as falas dos pacientes foram transcritas para posterior análise.

A entrevista semi-estruturada é guiada pelo entrevistador e associa pontos de interesse do mesmo, ganhando aspecto ajustável e aberto. Além disso, possibilita uma abordagem informal e a tomada de decisão necessária a cada situação (GIL, 2010). Desse modo esse instrumento de coleta de dados possibilita a aquisição de informações necessárias à interpretação dos dados de acordo com o referencial teórico e objetivos propostos.

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Todos os participantes concordaram que as entrevistas fossem copiadas, após explanação acerca das posteriores transcrições na sua integralidade, sob uso de sigla seguida de numeração para a identificação dos sujeitos a fim da manutenção da privacidade dos mesmos. Após transcrição, os dados foram classificados por meio da leitura exaustiva e repetida dos textos, buscando-se a convergência das falas, isto é, aspectos similares dos relatos, sendo realizada uma análise do discurso descritiva, com observação participante, sendo o número de participantes definido por saturação da amostra.

A análise do discurso propõe-se a decompor o próprio discurso, possibilitando reconstruir significados e aprofundar conhecimentos acerca da interpretação da realidade de um grupo estudado. Desse modo viabiliza uma análise da fala de modo holístico, considerado o contexto histórico-social do sujeito que dá o discurso (PÁDUA, 2002).

A observação participante promove a interação do pesquisador com o participante da pesquisa, garante uma observação aprofundada através de entrevistas abertas informais e análise, bem como presença constante que permite um ganho de confiança da amostra estudada (VALLADARES, 2007). Sendo assim, o pesquisador deve buscar entender como os sujeitos veem suas próprias situações e como constroem sua própria realidade.

A discussão dos resultados fundamenta-se na revisão de literatura sobre o objeto de estudo e temáticas correlacionadas, possibilitando assim uma proximidade das mudanças ocorridas na vida dos pacientes com os significados das mesmas na vida dos portadores de IRC mediante a busca de ser saudável.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Esse estudo envolveu seres humanos e obedeceu aos aspectos éticos da Resolução N°. 466/2012, do conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata sobre os direitos e deveres dos participantes de pesquisas e dispõe sobre os referenciais básicos da bioética: a autonomia, a não maleficência, a beneficência e a justiça (BRASIL, 2012).

A coleta de dados iniciou após a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cajazeiras, sob parecer de número 1.171.940 e anuência do setor participante. Os participantes receberam esclarecimentos quanto à finalidade da pesquisa, sigilo, direito de participação ou não, bem como a não existência de ônus com a pesquisa.

Para tanto foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), em duas vias, ficando uma via com o entrevistado e outra via com o pesquisador, garantindo assim ao participante os esclarecimentos necessários acerca da participação na pesquisa.

## 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As entrevistas foram realizadas com vinte e três pacientes submetidos ao tratamento hemodialítico do setor de HD do HRC, localizado no município de Cajazeiras – PB, que atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos. A discussão foi dividida em três partes: 1) Caracterização sociodemográfica dos pacientes participantes da pesquisa; 2) Apresentação do perfil clínico dos pacientes; 3) Apresentação das categorias resultantes.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PACIENTES PARTICIPANTES DA PESQUISA

**Tabela 1: Caracterização Sociodemográfica dos pacientes participantes da pesquisa, (n=23), Cajazeiras - PB, 2015.**

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	17	74
Feminino	06	26
<b>Raça</b>		
Branca	3	13
Não Branca	20	87
<b>Faixa etária</b>		
18-29 anos	02	9
30-39 anos	04	17
40-49 anos	05	22
50-59 anos	04	17
≥60 anos	08	35
<b>Procedência</b>		
Cajazeiras	09	39
Cidades circunvizinhas	12	52
Outros Estados (CE)	02	9
<b>Estado Civil</b>		
Casado(a)	15	65
Solteiro(a)	07	30
Divorciado(a)	01	4
<b>Grau de Escolaridade</b>		
Não alfabetizado(a)	06	26
Fundamental Completo	05	22
Fundamental Incompleto	09	39
Médio Completo	02	9
Superior Completo	01	4
<b>Profissão</b>		
Desempregado(a)	06	26
Agricultor(a)	05	22

Aposentado(a)	06	26
Do Lar	02	9
Outras	05	22
<b>Renda mensal</b>		
< 1 salário mínimo	01	4
1-2 salários mínimos	20	87
> 2,5 salários mínimos	02	9
<b>Religião</b>		
Católica	14	61
Evangélica	04	17
Outra	01	4
Nenhuma	04	17
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da pesquisa/2015.

A maioria dos pacientes entrevistados pertencia ao sexo masculino com uma amostra de 74% (n=17), seguido do feminino com 26% (n=6). Essa faixa etária assemelha-se com estudo realizado por Biavoet al. (2012) em diversas clínicas de HD espalhadas pelo Brasil, onde constatou-se a prevalência de pacientes do sexo masculino. Corroboraram ainda com tal achado Telles et al. (2014) e Trepichio et al. (2013).

No que tange a IRC, a resistência na busca de serviços de saúde encontrada em muitos homens, traz como consequência o diagnóstico tardio, promovendo o surgimento de maiores complicações e dificuldades de inserção nas filas de transplantes (RIBEIRO et al., 2008; CRAVO et al., 2011). Fatos como esse comprovam a existência de estereótipos de gêneros, onde o ser masculino muitas vezes visualiza o adoecer como um sinal de fragilidade e não como processo natural de sua existência, pensamento esse que contribui significativamente para uma maior exposição a situações de risco a saúde e menos cuidados.

Quanto a raça, auto referida pelos pacientes, houve o predomínio da não branca com amostra de 87% (n=20), seguida da raça branca com 13% (n=03), assim como estudo realizado por Maragnoet al. (2012) sobre a HD no cotidiano de pacientes renais crônicos, onde houve prevalência da raça não branca entre os participantes da pesquisa.

No entanto não existem evidências conclusivas a respeito da vulnerabilidade da raça negra ou de outras raças não-brancas à IRC (ZAMBONATO; THOMÉ; GONÇALVES, 2008). Fatos como esse podem está associados a interação entre fatores genéticos, ambientais, culturais e socioeconômicos, e tornam nítida a existência de um povo brasileiro marcadamente mestiço na raça, podendo tornar-se alvo de pesquisas mais aprofundadas sobre a associação raça-presença de IRC.

A faixa etária prevalente foi igual ou superior a 60 anos perfazendo um percentual de 35% (n=08), seguida pela de 40-49 anos com 22% (n=05). Tais achados corroboram com estudo realizado por Frazão, Ramos, Lira (2011) sobre a qualidade de vida de pacientes submetidos a HD no Hospital Barão de Lucena, localizado em Recife, onde verificou-se que 39,4% dos participantes estavam acima de 60 anos, seguidos da faixa etária de 40-50 anos, com 30,3% da amostra.

A prevalência da faixa etária igual ou superior a 60 anos pode ser explicada pelo aumento da expectativa de vida, da inserção de idosos nos tratamentos hemodialíticos no Brasil e a maior ocorrência de doenças bases como HAS e DM nessa idade. Destaca-se ainda que é a partir dos 40 anos que a filtração glomerular cai 0,08 ml por ano, e tal aspecto pode se intensificar quando associado a comorbidades e fatores de risco (MARAGNO et al., 2012; RIBEIRO et al., 2008).

Vale salientar que ao observar os pacientes em tratamento no setor de HD do HRC constatou-se uma considerável população de indivíduos com faixa etária entre 18 e 29 anos, no entanto houve uma forte negação quando convidados a participar da pesquisa. Tal acontecimento foi marcado por sentimentos de revolta evidenciados por tom de voz, expressões faciais e lágrimas, que demonstravam o impacto das limitações e da dependência familiar, social e ao tratamento.

A IRC torna-se uma fragilidade estressora, a partir do momento em que pode surgir em qualquer idade e permanecer promovendo alterações na saúde e bem estar de indivíduos ou grupos. O modo como cada paciente enfrenta a doença e o tratamento é pessoal e intrasferível, o que culmina a cada individuo níveis distintos de resposta a esse agente estressor. Desse modo o paciente mais novo em termos de idade cronológica demonstra maior revolta em relação às limitações quando comparados àqueles indivíduos que possuem maiores experiências de vida (BARBOSA; VALADARES, 2009; CHAN et al., 2011; JEREZ CEVALLOS, 2012; RUDNICKI, 2014).

Quando questionados sobre o município onde residem, 52%(n=12) dos participantes afirmaram viver em cidades circunvizinhas a cidade de Cajazeiras, seguido de pacientes residentes em Cajazeiras com 39% (n=09) e de pacientes residentes em outras localidades, mais especificamente no vizinho Estado do Ceará com 9% (n=02). Essa realidade é explicada pelo fato da assistência ser um serviço de média a alta complexidade, não sendo ofertada em todos os municípios. Tal achado vai de encontro com os resultados do estudo de Silva et al. (2015) e de Terra et al. (2010) que detectaram uma alta taxa de pacientes provenientes de cidades circunvizinhas da localidade do centros de HD estudados em suas pesquisas.

Desse modo, há uma demonstração da extensão do atendimento em HD, que não limita-se a prestar assistência apenas aos indivíduos do município, mas também a indivíduos de cidades próximas (SILVA et al., 2015). Como consequência desse achado verificou-se que a maioria dos pacientes participantes da pesquisa depende de transportes particulares ou fornecidos pela prefeitura de suas respectivas cidades, realizando viagens longas e permanecendo a maior parte do dia fora de sua residência. Fato que evidencia o baixo investimento em centros de HD em cidades de baixa população, e a consequente centralização dos mesmos.

No tocante ao estado marital dos participantes, 65% (n=15) declaram-se casados, 30% (n=07) solteiros e 4% (n=01) era divorciado. Mascarenhas et al. (2010) evidenciou fato semelhante em um estudo que descreveu o perfil sociodemográfico e de saúde de pacientes em tratamento hemodialítico no município de Jiqué na Bahia, ao verificar que 56,6% dos entrevistados encontravam-se casados.

O índice elevado de pacientes casados pode está associado a faixa etária mais avançada na amostra, e traz como ponto positivo a maior inserção dos indivíduos no tratamento devido o apoio do cônjuge (MASCARENHAS et al., 2010). A presença de um(a) parceiro(a) fixo(a) promove maior estabilidade emocional, segurança, intimidade e muitas vezes é fonte de forças para o início e continuidade do tratamento. Sabe-se também que a presença de um(a) companheiro(a) reduz as chances de surgimento de sintomas depressivos, que é uma das complicações provenientes da baixa aceitação da nova condição.

Quanto a escolaridade verificou-se que 39% (n=09) dos entrevistados possuem ensino fundamental incompleto, 26% (n=06) são não-alfabetizados, 22% (n=05) ensino fundamental completo, 9% (n=02) ensino médio completo e 4% (n=01) ensino superior. A prevalência de indivíduos com ensino fundamental incompleto em tratamento hemodialítico, foi evidenciada em estudo de Silva et al. (2015) sobre a percepção de portadores de doença renal em tratamento no centro de HD do Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro, no município de Patos/PB.

A baixa escolaridade dificulta a compreensão das informações em saúde necessárias a cada paciente, influenciando diretamente no processo de ensino-aprendizagem entre profissional de saúde e paciente, e como tal variável não é passível de modificação por parte da Enfermagem, os profissionais devem adequar sua linguagem a fim de facilitar a assimilação de informações (FRAZÃO; RAMOS; LIRA, 2011; GRICIO; KUSUMOTA; CÂNDIDO, 2009; FRAZÃO et al., 2014).

Desse modo, o conhecimento sobre o nível de escolaridade de cada paciente ganha irrefutável importância no momento de repassar informações de educação em saúde, e consequentemente está diretamente associado ao bom prognóstico da terapêutica, uma vez que um paciente que compreende bem uma instrução, a executa de modo mais assertivo.

Sabe-se que o grau de escolaridade interfere diretamente no exercício de uma atividade profissional, a qual fica limitada para pacientes renais crônicos, como evidenciado nesse estudo onde houve prevalência de pacientes aposentados/desempregados: 26% (n=06) em ambos os grupos, seguida de 22% (n=05) sendo agricultores, 9% (n=02) donas de casa, e 22% (n=05) exercendo outras profissões.

Tais dados corroboram com estudo de Oliveira et al. (2008) sobre perfil sociodemográfico, eventos de vida e características afetivas de pacientes com IRC em tratamento por HD e diálise peritoneal, e estudo de Silva et al. (2015) sobre a percepção de portadores de DRC com relação ao tratamento hemodialítico.

A periodicidade de execução da HD em três vezes por semana torna o acesso ao emprego extremamente limitado, e acaba ratificando as perdas e restrições evidenciadas por pacientes com IRC (SILVA et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2008). Tal situação acaba levando o paciente a buscar apoio familiar e esperar pacientemente pelo benefício da Previdência Social a fim de assegurar sua qualidade de vida e de sua família.

Desse modo, tal condição promove alterações significativas na renda mensal dos pacientes, que quando questionados sobre tal variável constatou-se a prevalência de 87% (n=20) dos pacientes com renda mensal entre 1 e 2 salários mínimos, 9% (n=02) com mais de 2,5 salários mínimos e 4% (n=01) com menos de 1 salário mínimo. Estudo realizado por Oliveira et al. (2008) apresentou resultado semelhante.

Indivíduos com baixo nível socioeconômico apresentam maiores dificuldades nos processos de prevenção, detecção precoce e tratamento de doenças. Desse modo, a renda mensal interfere diretamente no tratamento e na qualidade de vida dos pacientes, visto que doenças crônicas requerem cuidados contínuos e gastos que, no que condiz a IRC e ao tratamento com HD, envolvem desde a aquisição de medicamentos até a locomoção ao centro de HD.(VASCONCELOS et al., 2013; SILVA et al., 2015).

A cronicidade da doença, suas limitações e modificações na capacidade de contribuir diretamente na renda familiar, promove sensações de desconforto, frustração e medo nos pacientes, os quais buscam apoio em familiares, amigos, em si mesmo e nas religiões, quando praticantes das mesmas.

Quando questionados sobre a prática religiosa, houve maior incidência de católicos

representando 61% (n=14) da amostra, seguida por evangélicos e ateus com 17% (n=04) em ambos os grupos e 4% (n=01) seguindo outra religião não especificada. Dados que corroboram com o estudo de Oliveira et al. (2008) e estudo de Vasconcelos et al. (2013).

Tais dados seguem a tendência da distribuição da população por religião no Brasil, apresentando-se em conformidade com dados do IBGE (2012). Ao mesmo tempo refletem a demonstração de crenças em forças superiores como fonte de esperança e conforto diante de situações boas e também de agravos a realidade social e a saúde.

## 5.2 APRESENTAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES

**Tabela 2: Distribuição percentual dos pacientes, segundo os dados clínicos (n=23), Cajazeiras - PB, 2015.**

<b>DADOS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Tempo de realização da HD</b>		
< 6 meses	03	13
6-12 meses	04	17
13-18 meses	03	13
>18 meses	13	57
<b>Comorbidades*</b>		
Hipertensão Arterial Sistêmica	15	65
Diabetes Mellitus	03	13
Cardiopatia	05	22
Nenhuma	04	17
<b>Momento de surgimento de outra enfermidade</b>		
Antes do início da HD	19	83
Após início da HD	04	17
<b>Internação hospitalar no último ano</b>		
Sim	09	39
Não	14	61
<b>Complicações durante sessões de HD</b>		
Sim	06	26
Não	17	74
<b>Presença na lista de espera para cirurgia de transplante renal</b>		
Sim	08	35
Não	15	65
<b>Busca de apoio para enfrentamento da doença*</b>		
Religião	08	35
Familiares e amigos	16	70
Em si mesmo	08	35
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

(\*) Dados passíveis de mais de uma escolha de alternativas por parte dos pacientes.

Fonte: Dados da pesquisa/2015.

Referindo-se aos dados clínicos dos pacientes, e no que concerne o tempo de realização de HD, 57% (n=13) dos entrevistados realizavam tratamento hemodialítico há mais de um ano e meio, seguidos de 17% (n=04) de pacientes com 6-12 meses de HD, e pacientes entre 13-18 meses e menos de 6 meses, com 13% (n=03) em ambos os grupos. Estudo de Silva et al. (2015) e de Vasconcelos et al. (2013) demonstraram resultados semelhantes.

Uma sobrevida longa em HD exige do paciente uma boa prevenção de complicações, manutenção da compreensão, esperança, otimismo, adaptação e comprometimento. Com o passar dos anos em tratamento, a HD torna-se suportável ao mesmo tempo em que gera diversas perdas e mudanças que conduzem a finitude da vida em diversas áreas.

Antigamente o tratamento em HD durava apenas 5 anos, uma vez que a sobrevida dos pacientes era extremamente baixa, no entanto com o desenvolvimento de novas tecnologias, houve aumento na duração do tratamento para até 20 anos. Desse modo, existe a necessidade de preocupação por parte dos profissionais sobre a adaptação de pacientes com 1 a 2 anos de tratamento hemodialítico, ao passo que o tempo necessário para adaptação e a duração do tratamento são fatores de predisposição a comorbidades, e essas são determinantes da sobrevida do doente renal crônico (PRESTES et al., 2011; SANTOS; ROCHA; BERARDINELLI, 2011b; MADEIRO, et al., 2010).

Quando questionados sobre a presença de comorbidades, 65% (n=15) dos pacientes afirmaram ser portador de HAS, 22% (n=05) são cardiopatas, 13% (n=03) são portadores de DM e 17% (n=04) afirmaram não possuir outra doença além da DRC. Corroboraram com essa pesquisa os estudos de Cravo et al. (2011), Biavo et al. (2012) e Soares et al. (2013), ambos sobre o perfil epidemiológico e/ou nutricional de pacientes submetidos a HD em diferentes centros no Brasil.

Vale ressaltar ainda que 65% (n=15) dos entrevistados afirmaram apresentar as comorbidades mencionadas acima antes do início do tratamento hemodialítico, e em 17% (n=04) dos pacientes tais quadros surgiram após o tratamento. Esses dados demonstram a interligação entre a presença de doenças crônicas como HAS, DM e cardiopatias e a predisposição para a aquisição de complicações renais.

A prevalência de pacientes com HAS encontra-se em conformidade com dados do Vigitel (2010), que constatou um aumento no número de pacientes hipertensos com o avançar da idade. Ainda de acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2009), há uma forte ligação entre hipertensão arterial, diabetes e doença renal, sendo a HAS a principal fonte

causadora e consequência do comprometimento renal, além de fornecer condições ideais para a instalação de complicações cardiovasculares.

Além disso, pacientes com DRC apresentam maior prevalência de doenças cardiovasculares, incluindo doença coronariana e insuficiência cardíaca. A presença dessas comorbidades pode aumentar o tempo de internação hospitalar dos pacientes, além do tempo em quem permanecem em diálise. No entanto, vale ressaltar que um tratamento adequado marcado pelo controle dos níveis pressóricos, por parte do paciente portador de IRC, reduz significativamente a progressão da doença, bem como a mortalidade cardiovascular. (MASCARENHAS et al., 2010; CATTAI et al., 2007; SESSO; GORDAN, 2007).

Doenças como HAS e DM são silenciosas e diagnosticadas muitas vezes mediante a presença de alguma complicação promovida pelas mesmas, e conseqüentemente, quando associadas a DRC e não tratadas aceleram o processo de desgaste renal. A presença de cardiopatias também se apresenta frequentemente naqueles pacientes que iniciam tratamento em HD nos últimos tempos.

Tais achados dessa pesquisa levam a reflexão sobre a necessidade de mudança de hábitos e prática de exercícios físicos para a manutenção do bem estar mental e social, e integridade física, além da busca por atividades de lazer e lúdicas que contribuem diretamente para a melhora de quadros depressivos, de estresse e redução de respostas inflamatórias.

Destaca-se que na população estudada, grande parte dos pacientes não foi internada no último ano, com percentual de 61% (n=14), e 39% (n=09) sofreram algum tipo de agravo a saúde e necessitaram de atendimento hospitalar especializado. Esses dados corroboram com o estudo de Braga et al. (2011), sobre fatores associados a qualidade de vida em HD.

Geralmente as internações surgem devido agravos a estabilidade do paciente renal crônico e aumentam o risco de surgimento de maiores complicações e de morte. A maioria dos pacientes internos apresentam baixos escores de qualidade de vida, quando comparados a pacientes com poucas internações ao longo do tratamento, e devem ser monitorizados pelas equipes de saúde das unidades onde realizam a HD (BRAGA et al., 2011). Diante desse fato, surge a necessidade de planejamento adequado de ações em saúde que atendam e previnam o surgimento de complicações, e o posterior internamento do paciente, uma vez que tal situação promove desgaste físico e emocional ao paciente, que está submetido a um tratamento contínuo

Pacientes portadores de IRC podem apresentar complicações durante e após o tratamento, o que agrava o seu estado de saúde. No entanto, nesse estudo 74% (n=17) dos pacientes afirmaram não apresentar complicações ou quaisquer sinais de desconforto durante

as sessões de HD, e 26% (n=06) apresentaram complicações. Tais dados não condizem aos dados presentes na literatura, e podem ser explicados pela adaptação do paciente a máquina de HD, apesar das limitações e frustrações advindas do quadro patológico, e adaptação da própria equipe de saúde às particularidades de cada paciente, tendo em vista que a maioria realiza o tratamento há mais de 1 ano.

Sendo a Nefrologia uma área marcada pela complexidade dos tratamentos e especificidades dos pacientes, e mediante o desenvolvimento tecnológico, o tratamento holístico e o resgate de valores por parte dos profissionais ganham irrefutável importância. O paciente deve receber orientações sobre possíveis complicações, como hipotensão arterial, vômito, tontura, cefaleia, hipertensão arterial e arritmia cardíaca, e está atento ao surgimento de quaisquer alterações durante a sessão de HD (TERRA et al., 2010; PEREIRA et al., 2014).

Outra variável que não foi ao encontro dos dados presentes na literatura foi a presença do paciente na lista de espera para cirurgia de transplante renal, onde 65% (n=15) da população estudada não aguarda transplante e 35% (n=08) está inserida na lista de espera por um rim. Desse modo a não inserção de grande parte da amostra estudada na fila de espera é explicada pela possibilidade de reversão do quadro de saúde, bem como pelo aguardo na realização de novos exames e consultas médicas que definiriam o paciente como receptor ou não, de novo órgão.

O transplante renal corresponde ao tratamento de melhor custo-efetividade, e provoca expectativa de liberdade e esperança no paciente, de que a qualquer momento poderá receber a notícia da identificação de um doador compatível. No entanto deve-se considerar necessidades particulares associadas a doação de órgãos, que envolvem desde a existência de central de transplantes com excelente aporte técnico e profissional até a dificuldade de captação de órgãos compatíveis com os pacientes inseridos nas filas de transplante (SILVA et al., 2015; KNIHS et al., 2013).

Diante de tal condição, sabe-se que o paciente vivencia uma espera de cura ou melhora marcada pelo medo, angústia, expectativas, mas acima de tudo forças para enfrentar as limitações impostas. Nesse sentido, familiares e amigos foram citados por 70% (n=16) dos pacientes como fonte de apoio no que tange ao tratamento hemodialítico e enfrentamento da doença, seguidos por aqueles que afirmaram buscar apoio em si mesmo e na religião, com 35% (n=08) em ambos os grupos.

A prevalência da busca de apoio em familiares e amigos foi encontrada em estudo de Silva et al. (2011b) sobre percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à HD, sendo o suporte familiar aspecto decisivo para a adaptação e continuidade

do tratamento. Nesse quesito, máquinas, tecnologias, conhecimentos e técnicas perdem importância para o paciente renal crônico, mediante o recebimento do apoio de familiares, amigos e crenças religiosas, que passam a suprir as necessidades de sentimentos e de sentir-se protegido, que não são atendidas pelo suporte técnico de uma máquina de HD.

### 5.3 APRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS RESULTANTES

#### **Categoria 1: Vivência do paciente frente ao tratamento hemodialítico**

Em relação as alterações e o significado dessas mudanças na vida dos pacientes, objeto maior desse estudo, quatro pacientes referiram que seus hábitos não foram muito modificados após o início do tratamento hemodialítico, conforme percebe-se em algumas falas a seguir:

*“Nada. Vida normal.”* (T3)

*“Nada não.”* (T5)

*“Não, não, não. Não tive nenhuma mudança não.”* (T7)

*“Não sei, não penso nisso moça.”* (T17)

Nesses casos, foi possível perceber pelo tom das entrevistas, que o ato de não referir mudanças advindas do tratamento é explicada pelo sentimento de não aceitação da nova situação de vida, considerando que o paciente encontra-se muitas vezes limitado a rotina do tratamento e não encontra estímulos para mudanças nesse modo de enfrentamento.

Corroborando esse achado, Madeiro et al. (2010) afirmam que o processo de adesão ao tratamento hemodialítico é visualizado no âmbito físico e mental como algo desgastante, onde a dependência pela máquina de HD promove diversas mudanças no cotidiano do paciente, gerando sentimentos de angústia e apreensão, além da incerteza em relação ao seu futuro.

Koepe e Araújo (2008) afirmam ainda que o paciente submetido a HD vive um conflito de amor e ódio ao tratamento, onde a consciência de que sem a HD não vive é tangenciada pela lembrança constante de que sua vida pode está por um fio.

Raros tratamentos são livres de efeitos colaterais, e as alterações promovidas pelos mesmos podem reduzir ou aumentar os seus potenciais benefícios. Desse modo, um indivíduo em tratamento de HD necessita planejar novas condições de vida e vivenciar as mudanças inflexíveis na área biológica, psicológica e social (TERRA et al., 2010; COUTINHO; TAVARES, 2011).

Em contrapartida, a quase totalidade dos pacientes (dezenove) referiu que muitas alterações ocorreram após o início da terapia. O campo profissional, viagens e passeios, foram

os processos apontados com maior frequência pelos pacientes, sendo fontes de maior modificação no cotidiano dos participantes, como relatado em algumas falas a seguir:

*“O que mudou foi tanta coisa, não tenho liberdade para sair, nenhuma empresa me quer.”*  
(T11)

*“Para viajar dificulta, para trabalhar... Não posso sair da minha cidade por mais de um dia ou dormir fora.”* (T12)

*“Mudou muita coisa. Fico em casa direto, não saio de casa, não posso trabalhar.”* (T19)

*“... de negativo mudou meu emprego que perdi, viajar não posso e gosto muito.”*(T22)

O comprometimento de atividades como trabalhar e viajar deveu-se as limitações provenientes do tratamento, e do tempo gasto, o que é parte integrante dessa modalidade terapêutica, promovendo assim a necessidade de uma maior capacidade de adaptação frente a doença e ao tratamento. Através da observação durante as falas dos pacientes os mesmos demonstraram sentir-se improdutivos diante da sociedade.

Tais achados corroboram com pesquisa semelhante realizada por Santos e Frazão (2012), onde a HD provocou impacto na atividade laboral da maioria dos pacientes envolvidos, provocando sentimentos de insatisfação e exclusão da sociedade. O trabalho é visualizado não apenas como uma fonte de renda, mas também como fonte de prazer, realização e socialização, onde a manutenção da independência e função familiar transforma-se em uma ferramenta de manutenção da autoestima. Quando as limitações impostas pelo tratamento levam a uma aposentadoria não esperada e, muitas vezes, não estimada, ocorre alterações em outras dimensões da vida, provocando sensação de incapacidade (SANTOS; FRAZÃO, 2012; SILVA et al., 2008).

A vida social também sofre modificações decorrentes do impedimento da realização de algumas atividades físicas, bem como saída do emprego. Tais achados convergem com estudos desenvolvidos por Antunes et al. (2011), sobre as repercussões da dependência de uma máquina de HD, e por Kirchner et al. (2011), sobre o estilo de vida de pacientes renais crônicos em HD, onde as sessões atrapalharam atividades desenvolvidas, abrangendo passeios e viagens.

Desse modo percebe-se o predomínio do controle provocado por procedimentos e rotinas, gerando isolamento social de maior ou menor grau. O isolamento social, visto como o grau mais profundo da falta de convívio social traz consequências como desesperança, indisposição e, quando em grau elevado, a depressão, que pode agravar o estado atual do paciente e gerar novas alterações no âmbito fisiológico (PILGER et al., 2010; THOMÉ, 2011).

Alguns pacientes ao serem perguntados sobre as alterações que o tratamento trouxe para suas vidas relataram mudanças no âmbito fisiológico, onde sinais e sintomas inicialmente presentes foram aliviados ou extinguidos:

*“Tudo melhorou muito... minhas pernas estavam inchadas.”* (T2)

*“Pelo contrário, fiz foi melhorar. Antes só vivia inchada, com pressão alta.”* (T4)

*“Mudou muita coisa... não fico mais com edema, diminuiu a dor.”* (T14)

Ao iniciar o tratamento hemodialítico o paciente encontra-se com diversos sintomas que causam um grande mal-estar. Sendo assim quando as alterações físicas cessam, o doente renal crônico acaba vendo o tratamento como um alento, e muitos dos entrevistados relataram sobre o desejo de querer se submeter à próxima sessão de HD o mais breve possível, ao saberem que a mesma promove alívio dos sintomas recorrentes.

Essas questões são reafirmadas por Madeiro et al. (2010), quando o autor esclarece que a medida que as alterações físicas (edema, fraqueza, cefaleia, dor e outros) são solucionadas, sentimentos de alegria e tranquilidade surgem nos pacientes, os quais começam a aceitar essa modalidade terapêutica de modo menos abrupto.

Verificou-se também que a restrição dietética é uma condição pouco apreciada pelos portadores de IRC, o que pode promover um sentimento de estigmatização, quando o paciente vê-se diante de poucas opções alimentares que enquadram-se em seu novo modo de vida, e/ou sentimento de culpa, quando o paciente ignora essas restrições alimentares e acaba provocando complicações ao seu quadro.

Nesse contexto um outro ponto que modifica-se na vida dos portadores de IRC é a alimentação, onde os hábitos alimentares ganham um novo significado, por estarem diretamente associados a resultados positivos do tratamento, exigindo dos pacientes o cultivo de hábitos e atitudes saudáveis, como relatado a seguir:

*“Modificou a responsabilidade, ter consciência do que posso comer, beber, fazer...”*  
(T1)

*“Aqui todo mundo é bom... só a alimentação que mudou muito, mas estou acostumado.”* (T8)

*“O modo de viver melhorou, parei de beber, tô me sentindo bem melhor...”* (T22)

Esses achados corroboram com um estudo realizado por Kirchner et al. (2011), onde em análise sobre o estilo de vida de pacientes renais crônicos em HD percebeu-se cuidados relacionados a alimentação entre a maioria dos sujeitos em tratamento hemodialítico.

Desse modo vale salientar que a IRC promove uma série de alterações no organismo humano, o que pode prejudicar a condição nutricional do paciente. Ao iniciar o tratamento, alguns pacientes apresentam quadro de desnutrição energético-protéica (DEP) e alterações no metabolismo de minerais. Daí surge a importância de um acompanhamento nutricional desde o início do tratamento, levando-se em consideração os níveis de informação do paciente, resultados de exames laboratoriais, estado nutricional e condições financeiras. (DALLACOSTA; SOUZA; CASTEGNARO, 2013; MACHADO; BAZANELLI; SIMONY, 2014; D'AMICO et al., 2013)

Por outro lado, é importante destacar que os hábitos alimentares de indivíduos adultos geralmente já encontram-se formados, por ser algo que sofre influências de hábitos familiares e do meio em que o indivíduo está inserido, e desse modo surgem algumas dificuldades no processo de mudanças desses hábitos. (KHALIL et al., 2011; MACHADO; BAZANELLI; SIMONY, 2014)

Dessa forma os pacientes deve perceber que essa intervenção nutricional constitui elemento principal para a promoção da qualidade de vida e redução dos riscos de intercorrências, adequando seus hábitos alimentares às recomendações e evitando assim comorbidades decorrentes do consumo alimentar inadequado (MALDANER et al., 2008; MEDEIROS; SÁ, 2011; PILGER et al., 2010).

Uma alteração citada por alguns pacientes foi a redução da renda familiar, onde queixas relacionadas a dificuldade de manter o padrão de renda presente antes do início do tratamento é evidenciada pelos relatos a seguir:

*“Só o dinheiro que é difícil agora.”* (T6)

*“Diminuiu muito a renda.”* (T18)

*“Mudou tudo. A renda diminuiu, Mudou a rotina, nem no sol posso sair. Mudou tudo.”* (T21)

Os pacientes queixam-se do baixo poder aquisitivo, onde a maioria mantém uma renda familiar de um a dois salários mínimos, ou é dependente de benefício da Previdência Social, o que não impede as dificuldades financeiras geradas pela IRC e pelo tratamento. Quando o paciente é impedido de manter-se executando atividades remuneradas, por exemplo, e buscam o benefício da Previdência Social que lhes é garantido por lei, necessitam esperar pacientemente a liberação do acesso ao auxílio financeiro, o que dificulta ainda mais o quadro e os modos de enfrentamento.

Resultado semelhante foi encontrado por Zambonato, Thomé e Gonçalves (2008), no seu estudo sobre o perfil socioeconômico de portadores de IRC em diálise, onde verificou-se

que os pacientes apresentaram menor renda e associou-se o menor nível socioeconômico e prevalência aumentada da IRC. Além disso, verificou-se uma associação entre o nível socioeconômico e a saúde, onde indivíduos com melhor situação socioeconômica tendem a apresentar melhor situação de saúde.

A Lei Federal nº 8.122, de 24 de julho de 1991 (Lei Orgânica da Seguridade Social), discorre sobre a aposentadoria por invalidez, isto é o indivíduo recebe um benefício mensal, no entanto o provável beneficiado deve ser considerado incapaz de realizar o exercício do trabalho. Através dessa lei o paciente renal tem o direito assegurado após perícia médica que declare o mesmo como alguém impossibilitado de trabalhar. O benefício social apesar de promover uma garantia de ajuda nos custos mensais, não impede o surgimento do sentimento de inutilidade nos pacientes, que se veem improdutivos ao serem impedidos de executar atividades que lhes garantam o auxílio no sustento familiar (SBN, 2012; COUTINHO; TAVARES, 2011).

A diminuição da renda pode afetar a adesão ao tratamento, uma vez que o mesmo gera gastos com medicação e exames, nem todos cobertos pelo SUS, bem como reduzir as chances de diagnóstico precoce da IRC e conseqüente início rápido de tratamento a fim de retardar a progressão da doença. Surge daí a necessidade de um planejamento orçamentário pelo paciente e seus familiares, e uma busca pela compreensão das novas limitações como algo necessário para a melhoria da sobrevida e qualidade de vida dos pacientes (CENTENARO, 2010; ROBERTO et al., 2008; SANTOS et al., 2012).

## **Categoria 2: Significado das alterações vividas na percepção do paciente**

Ao longo da entrevista quando indagados sobre o significado que as alterações citadas possuem em suas vidas, os pacientes apresentaram respostas diversas, onde a maioria relatou sentimentos de otimismo e esperança como principal significado das alterações e do tratamento, como percebe-se nas falas a seguir:

*“Para mim muita coisa mudou, fiquei sem condições de viver, mas hoje me sinto melhor.”*

(T1)

*“Me sinto bem por está andando, caminhando e vivendo.”* (T2)

*“Mudar a alimentação não foi tão ruim, como mais saudável e já sou acostumado.”* (T8)

*“Fico esperançosa em sair da máquina e voltar a minha luta.”* (T9)

*“Tenho uma vida melhor do que antes...”* (T14)

*“Nunca devo reclamar da minha vida porque não sei o que vem pela frente.”* (T22)

O tratamento hemodialítico exige aos pacientes uma rotina regrada, com o comparecimento três vezes por semana no setor e permanência no local por quatro horas, e apesar de ser algo cansativo, os pacientes procuravam ocupar-se de modos variados, utilizando recursos próprios como celulares, revistas, livros, e recursos existentes no local, como televisão ligada em canal aberto e conversas com companheiros de sessões e profissionais.

O significado atribuído por alguns pacientes as alterações promovidas pelo tratamento hemodialítico como sinônimo de esperança, bem estar, sobrevivência e libertação de sintomas desagradáveis provenientes da doença, explica-se pela construção de uma boa relação com o procedimento, através de novos conhecimentos e novas vivências. Muitos dos pacientes não conheciam a rotina de um setor de HD, e quando visualizaram-se obrigados a se inserir nesse novo mundo buscaram compreender e criar hábitos que pudessem redefinir suas vidas.

Estudo semelhante realizado por Silveira, Canineu e Reis (2011) em pesquisa sobre vivências e aprendizagens na rotina da HD, verificou que quando os pacientes encontram apoio familiar e competência profissional, a esperança é mantida e a superação acontece, na medida em que o paciente ganha consciência que, apesar de desagradável, o tratamento é necessário para cuidar da IRC.

Como ser único, cada paciente submetido a HD se adapta de modo ímpar a doença crônica. A aceitação, justificada pela melhora do estado geral de saúde e bem estar físico e mental, dar a HD o sentido de salvadora, e o reconhecimento da função do tratamento faz surgir novos comportamentos, atitudes e práticas, que faz cada paciente superar limitações e desconfortos e conviver melhor com a doença crônica (BARBOSA; VALADARES, 2009; FRAGUÁS; SOARES; SILVA, 2008).

Sabe-se que o tratamento hemodialítico fornece um aumento na expectativa de vida do paciente, e que as respostas adaptativas sofrem influência de fatores como personalidade, histórico de vida e processo cognitivo de seu adoecimento. Desse modo a forma como esse período é vivenciado é um fator relevante e crucial para um prognóstico mais positivo ou negativo, bem como a percepção da dependência tecnológica e profissional, interferindo na qualidade de vida e na sobrevivência do paciente (DALLACOSTA; SOUZA; CASTEGNARO, 2013; MARAGNO, 2012; ANTUNES et al., 2011).

Vale ressaltar que alguns pacientes não atribuíram significado nenhum ao tratamento e suas prováveis alterações, e outros apresentaram o significado de conformismo e pessimismo com o novo modo de vida, visualizando-o como algo insuperável que deve ser apenas suportado como única chance de sobrevivência:

*“Não sinto revolta, mas fico triste porque a metade da minha vida foi cortada... isso me deixa triste.” (T11)*

*“Não diferenciou em nada, sou conformado, parei de trabalhar quase que na idade que tinha que parar.” (T15)*

*“Vou levando a vida assim, não tenho o que fazer, só aceitar a vida assim mesmo.” (T19)*

*“Aqui mudou para pior. Tá aqui dentro um dia sim e outro não. Tudo muda para pior.” (T20)*

Percebeu-se através das falas que alguns pacientes possuem sentimento de desgaste e tristeza associada ao conformismo. A obrigatoriedade da permanência na máquina associado às limitações e mudanças no cotidiano fazem o paciente reduzir a vontade de superar seus limites.

Estudo realizado por Barbosa e Valadares (2009) a cerca do estilo de vida e adaptação de pacientes submetidos a HD, demonstraram a percepção de sentimentos de negação a realidade vivida, onde a rebeldia e perda da manutenção do equilíbrio foram experimentadas pelos indivíduos estudados.

Os limites impostos pelo tratamento, em alguns momentos, faz o paciente visualizar a rotina de sessões de modo negativo. Tais sentimentos são exacerbados no início do tratamento, devido o desconhecimento, e tendem a se minimizar com o passar do tempo quando o paciente aprende a entender as informações que o equipamento de HD transmite. A superação da conformação é possível, e existem pessoas que sabem lidam com situações piores, o que demonstra que a forma de agir a doença é algo singular (BARBOSA; VALADARES, 2009; MADEIRO, et al., 2010; SILVEIRA; CANINEU; REIS, 2011).

### **Categoria 3: Visão do paciente sobre sua expectativa de vida**

Quando questionados sobre suas expectativas de vida para o futuro com relação à saúde, a maioria dos pacientes visualizou como fonte de esperança e força a crença em um ser superior e a realização do transplante renal, como relatado em algumas falas a seguir:

*“Melhorar. Conseguir meu transplante e se Deus quiser, melhorar.” (T4)*

*“A expectativa de vida é fazer um transplante, porque a única solução é o transplante.” (T11)*

*“Espero melhorar. Já tive muito melhor, hoje espero melhorar mais.”(T20)*

*“É fazer o transplante, me cuidar bem, ver se consigo um trabalho para viver bem.” (T22)*

*“Tenho um irmão que é compatível e ele vai me doar o rim... Se Deus quiser ficarei bom...”(T23)*

O transplante renal é encarado pelos pacientes como fonte de qualidade de vida e sobrevivência, e é através do sentimento de que tudo dará certo que eles demonstram o quanto a fé é presente em seus cotidianos, fortalecendo o otimismo. Concomitantemente, através da observação do modo de falar dos mesmos pode-se perceber forte ansiedade para saberem quando serão chamados para realizar o transplante.

Estudo realizado por Domingos et al. (2014) comparando a qualidade de vida e custos de saúde entre subgrupos de pacientes submetidos a transplante renal e HD, demonstrou que a expectativa de vida de pacientes que realizaram o transplante renal é predominante sobre aqueles que estão submetidos a HD.

No entanto, o acesso a essa ferramenta de recuperação de saúde ainda é limitada devido a concentração da oferta, exiguidade de profissionais atuantes e qualificados, altos custos e necessidade de vastos recursos tecnológicos. Tais variáveis são fundamentais para que os três níveis da esfera governamental possa assegurar a equidade, bem como integralidade quando consegue prover o acesso aos recursos tecnológicos que encontram-se a disposição. (MACHADO et al., 2011)

Valcanti et al. (2012) em seu estudo sobre o uso do *coping* religioso/espiritual com DRC em HD, evidenciou que a religiosidade/espiritualidade promove um modo de enfrentamento mais positivo, o que comprova que crenças e práticas religiosas podem evocar emoções positivas. No entanto evidenciou-se também que muitos dos pacientes em tratamento hemodialítico ainda não possuem todas as suas necessidades espirituais atendidas.

Surge então a necessidade de interpretação do comportamento espiritual do paciente, por parte da equipe de enfermagem, a fim de que se possa determinar a influência da mesma no enfrentamento dos problemas, e certificar-se da não adoção de atitudes de pessimismo e desânimo frente ao quadro de enfermidade.

Mesmo diante de algumas limitações, a trajetória dos pacientes é marcada pela expectativa de liberdade mediante o saber de que a qualquer momento pode ser agraciado por um telefonema com a notícia de que seu transplante está assegurado através do surgimento de um doador compatível. Além disso, a equipe de Enfermagem deve reconhecer essa minimização do medo através da esperança e da fé, e contribuir através do esclarecimento de todas as dúvidas relacionadas ao transplante renal, aproveitando o tempo livre durante os plantões para estreitar laços com os pacientes durante as sessões (KNIHS et al., 2013; LOPES e SILVA, 2014; XAVIER e SANTOS, 2012).

Quando questionados sobre sua expectativa de vida, alguns pacientes relataram não apresentar expectativas de vida em relação a saúde, demonstrando-se conformados com sua

situação atual, como demonstrado a seguir:

*“Não tenho expectativa de melhorar... só vivo se for aqui dentro.”* (T6)

*“Para mim tanto faz... mas sei que não tem cura.”* (T12)

*“Melhora só aqui. Não tenho expectativa de melhora.”* (T18)

A IRC promove modificações nas diversas esferas de vida do indivíduo acometido, o qual é conduzido a vivenciar um tratamento doloroso, contínuo e demorado, gerando sentimentos de desesperança e o cultivo de um pensamento de conformismo. Surge daí a necessidade de monitorização e cuidados intensificados nesses pacientes para que não ocorra o aprofundamento de sentimentos de tristeza e angústia, e conseqüente desenvolvimento de quadro depressivo, o que gera maior impacto sob a ótica do tratamento e torna-se um sinal de mau prognóstico.

No entanto Silva et al. (2011a) em seu estudo sobre percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à HD, evidenciou que os sentimentos de negação e indignação podem sofrer modificações a medida em que o paciente busca meios para se fortalecer durante o tratamento. Dentre esses meios de enfrentamento incluiu-se o apoio familiar e de trabalhadores da saúde, que promoveu uma readaptação ao novo estilo de vida e fez os pacientes compreenderem o tratamento com fonte decisiva de uma vida com mais qualidade.

Os indivíduos submetidos a HD sofrem com a imprevisibilidade de sua condição clínica, bem como com os efeitos adversos das medicações e tratamento e pode apresentar tendência a depressão. A tomada de ciência dos benefícios do tratamento e da manutenção da esperança de uma vida melhor pode ser facilmente repassada aos pacientes pelos profissionais através de uma intervenção terapêutica de comunicação, com abordagem do indivíduo de modo singular e humanizada (CENTENARO, 2010; CAMPOS; TURATO, 2010).

Desse modo é imprescindível a busca ativa das necessidades desses pacientes e de seus familiares por parte dos profissionais de saúde atuantes no setor de HD, a fim de que torne-se viável, através do diálogo, o apoio e resolubilidade das dificuldades apontadas, e assim atenda-se as expectativas de cada paciente em se ver atendido, ou ao menos ser compreendido em sua problemática, garantindo assim o respeito a individualidade de cada ser e o conseqüente atendimento de modo holístico.

## 6 CONCLUSÃO

Pode-se constatar que as variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes, influenciam de modo direto nos processos de aceitação, adaptação da nova condição e continuidade do tratamento, e essas, por não serem passíveis de modificação por parte dos profissionais atuantes, devem ser debatidas, tornando-se alvo de reflexões que redirecionem o cuidado, de acordo com o contexto social e realidade na qual o paciente encontra-se inserido.

Esta investigação sofreu limitações de cunho administrativo em virtude dos registros na base de dados da Instituição. Quando realizada a busca de informações nos prontuários dos pacientes durante a coleta de dados, a mesma foi marcada pela ausência em alguns casos, de dados clínicos satisfatórios, dados socioeconômicos, e das causas da DRC de cada paciente. Desse modo, sugere-se aprimorar no registro dos pacientes a eficácia na anotação das variáveis sociodemográficas, a fim de promover uma ampliação de análise holística, respaldar maiores ações dos profissionais de saúde e possibilitar condutas associadas aos desfechos clínicos de paciente em tratamento hemodialítico.

A abordagem qualitativa dessa pesquisa possibilitou o aprofundamento na compreensão da vivência de um paciente renal crônico dependente de HD. Houve destaque para fatores associados a perdas sofridas no âmbito profissional, passeios, viagens e alimentação, que atuam diretamente no processo aceitação ou não aceitação do tratamento, podendo gerar sentimentos de conformismo, improdutividade, exclusão da sociedade e isolamento social.

Além disso, as dificuldades financeiras enfrentadas pelo paciente renal crônico geram maiores bloqueios na manutenção da saúde, e mesmo diante de auxílio da Previdência Social há o predomínio de baixo poder aquisitivo, gerando agravos que estendem-se desde o diagnóstico até o tratamento. Tais aspectos devem chamar a atenção dos gestores de serviços públicos para a importância da luta pelo fornecimento de serviços especializados de modo gratuito, e garantia de acesso precoce ao tratamento para os portadores de doença renal crônica que possuem baixa renda familiar.

Por outro lado pode-se visualizar mudanças referenciadas como positivas pelos pacientes ao citarem alívio na sintomatologia ao longo do tratamento, o que gera sentimentos de alento e aceitação oriundas da terapêutica. Todas essas modificações vivenciadas pelos pacientes ganham dois significados distintos. O primeiro marcado pelo otimismo e esperança, através da construção contínua de uma boa relação com o tratamento, aquisição de conhecimentos e mediante a competência dos profissionais ali inseridos. E o segundo

significado evidenciado como conformismo e/ou pessimismo demonstrou o desgaste físico e emocional, presentes nos pacientes devido todas as limitações impostas pela sua nova condição, o que gerou a afirmação de poucas expectativas mediante o tratamento por parte de alguns participantes.

Mesmo diante desse quadro, evidenciou-se forte expectativa direcionada ao transplante renal, como fonte de liberdade e cura, e a crença em um ser superior, como modo de evocar emoções positivas, o que gera a busca de maior atendimento às necessidades espirituais dos pacientes, por parte da equipe de Enfermagem.

Essa pesquisa possibilitou a compreensão das alterações promovidas pelo tratamento hemodialítico, bem como o significado dessas na vida dos pacientes, e foi ferramenta útil para estimular a expressão de necessidades e dificuldades, bem como maior proximidade com o paciente, possibilitando reflexões sobre ações interativas e éticas entre profissional e paciente.

Desse modo, tal estudo torna possível a elaboração de um plano de cuidado direcionado às necessidades físicas, espirituais, emocionais e sociais, singulares a cada paciente, marcado por avaliações periódicas dos modos de enfrentamento e seus efeitos na saúde dos pacientes. Além disso, esse estudo abre leques de possibilidades de novas investigações, a ressaltar a importância do apoio familiar, a atuação e percepção dos enfermeiros a respeito do cuidar, e a efetividade de políticas públicas e de educação em saúde direcionadas a esses pacientes em HD.

## REFERÊNCIAS

ANDREOLI M. C. C.; NADALETTO M. A. Serviço de diálise peritoneal do hospital do rim e hipertensão e fundação Oswaldo Ramos - UNIFESP/EPM. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/Publico/dia-lise.htm>>. Acesso em: 25 março 2015.

ANTUNES, A. A.; VANNINI, F. C. D.; MARTIN, L. C.; ZANATI, S. G.; BARRETI, P.; CARAMORI, J. C. T. Relevância do estado de hidratação na interpretação de parâmetros nutricionais em diálise peritoneal. **Revista de Nutrição**, Campina, v. 24, n. 1, p. 99-107, jan./fev. 2011.

BARBOSA, G. S.; VALADARES, G. V. Hemodiálise: estilo de vida e a adaptação do paciente. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.22, n. esp. 1, p.524-527, 2009.

BIAVO, B. M. M.; MARTINS, C. T.; CUNHA, L. M.; ARAÚJO, M. L.; RIBEIRO, M. M. C.; SACHS, A.; UEZIMA, C. B. B.; DRAIBE, S. A.; RODRIGUES, C. I. S.; BARROS, E. J. G. Aspectos nutricionais e epidemiológicos de pacientes com doença renal crônica submetidos a tratamento hemodialítico no Brasil, 2010. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 34, n. 3, p.206-215, jul./set. 2012.

BRAGA, S. F. M.; PEIXOTO, S. V.; GOMES, I. C.; ACÚRCIO, F. A.; ANDRADE, E. L. G.; CHERCHIGLIA, M. L. Fatores associados com a qualidade de vida relacionada à saúde de idosos em Hemodiálise. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1127-1136, dez. 2011.

BRANCO, J. M. A.; LISBOA, M. T. L. Adesão de clientes renais crônicos ao tratamento hemodialítico: Estratégias de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p. 578-583, out./dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/12. **Dispõe diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAMPOS, C. J. G; TURATO, E. R. Tratamento hemodialítico sob a ótica do doente renal: estudo clínico qualitativo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 799-805, set./out. 2010.

CATTAI, G. B. P.; ROCHA, F. A.; NARDO JUNIOR, N.; PIMENTEL, G. G. A. Qualidade de vida de pacientes com Insuficiência Renal Crônica – SF-36. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, suplement. 2, p. 460-467, 2007.

CENTENARO, G. A. A intervenção do serviço social ao paciente renal crônico e sua família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.1881-1885, jun. 2010.

CHAN, R.; BROOKS, R.; ERLICH, J.; GALLAGHER, M.; SNELLING, P.; CHOW, J.; SURANYI, M. Studying psychosocial adaptation to endstage renal disease: The proximal-

distal model of health-related outcomes as a base model. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 70, n. 5, p. 455-464, mai. 2011.

Consulta ao DeCS. Disponível em: <[http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/?IsisScript=../cgi-bin/decserver/decserver.xis&interface\\_language=p&previous\\_page=homepage&previous\\_task=NULL&task=start](http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/?IsisScript=../cgi-bin/decserver/decserver.xis&interface_language=p&previous_page=homepage&previous_task=NULL&task=start)> Acesso em: 17 de novembro de 2015.

COSTA, F. G.; COUTINHO, M. P. L.; SANTANA, I. O. Insuficiência renal crônica: representações sociais de pacientes com e sem depressão. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 19, n. 3, p. 387-398, set./dez. 2014.

COUTINHO, N. P. S.; TAVARES, M. C. H. Atenção ao paciente renal crônico, em hemodiálise, sob a ótica do usuário. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.232-239, 2011.

CRAVO, C. D. L.; MIRANZI, S. S. C.; IWAMOTO, H. H.; SOUZA JÚNIOR, J. L. Perfil epidemiológico dos pacientes em hemodiálise de um hospital universitário. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 110-115, jan./mar. 2011.

CRUZ, S. C. G. R.; OLIVEIRA, S. C.; MATSUI, T. Livro do aluno: Terapia Renal Substitutiva. São Paulo: Fundap, 2012.

DALLACOSTA, F. M.; SOUZA, F.; CASTEGNARO, E. Ansiedade do paciente na primeira sessão de Hemodiálise. **Revista Científica CENSUPEG**, Santa Catarina, n.2, p.174-189, 2013.

D'AMICO, L. F.; FRANCO, S.; BRECAILO, M. K.; FREITAS, A. R.; CHICONATTO, P. Caracterização do Estado Nutricional de Pacientes com Insuficiência Renal Crônica em Programa de Hemodiálise na Cidade de Guarapuava – Paraná. **UNICIÊNCIAS**, Paraná, v.17, n.1, p.17-24, dez. 2013.

DOMINGOS, M.; GOUVEIA, M.; PEREIRA, J.; NOLASCO, F. A prospective assessment of renal transplantation versus haemodialysis: which therapeutic modality is good value for society. **Portuguese Journal of Nephrology & Hypertension**, Lisboa, v.28, n.4, p. 300-308, dez. 2014.

FRAGUÁS, G.; SOARES, S. M.; SILVA, P. A. B. A família no contexto do cuidado ao portador de nefropatia diabética. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.271-277, jun. 2008.

FRAZÃO, C. M. F. Q.; RAMOS, V. P.; LIRA, A. L. B. C. Qualidade de vida de pacientes submetidos a Hemodiálise. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p.577-582, out./dez. 2011.

FRAZÃO, C. M. F. Q.; SÁ, J. D.; MEDEIROS, A. B. A.; FERNANDES, M. I. C. D.; LIRA, A. L. B. C.; LOPES, M. V. O. Problemas adaptativos de pacientes em Hemodiálise: aspectos socioeconômicos e clínicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 6, p. 966-972, nov./dez. 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 5<sup>a</sup> ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GRICIO, T. C.; KUSUMOTA, L.; CÂNDIDO, M. L. Percepções e conhecimentos de pacientes com Doença Renal Crônica em tratamento conservador. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 4, p. 884-893, dez. 2009.

GUYTON, A.; HALL, J. E. **Fisiologia humana e mecanismos das doenças**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Banco de Dados Agregados – Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA). Censo Demográfico 2012. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 18 setembro 2015.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Primeiros Resultados do CENSO 2010. Disponível em: <<https://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=250370>> Acesso em: 17 abril 2015.

JEREZ CEVALLOS, A. C. **Alteraciones psicológicas frecuentes en pacientes con insuficiencia renal crónica del servicio de nefrología del hospital IESS de la ciudad de Ambato en el período septiembre 2011-enero 2012**. 2012. 197f. Tese (Carrera de Psicología Clínica) – Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Técnica de Ambato, Ambato, Ecuador, 2012.

KHALIL, A. A.; FRAZIER, S. K.; LENNIE, T. A.; SAWAYA, B. P. Depressive symptoms and dietary adherence in patients with end-stage renal disease. **Journal of Renal Care**, USA v.37, n.1, p.30-39, mar. 2011.

KIRCHNER, R. M.; MACHADO, R. F.; LOBLER, L.; STUMM, E. M. F. Análise do estilo de vida de renais crônicos em Hemodiálise. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v.35, n.4, p.415-421, ago. 2011.

KNIHS, N. S.; SARTORI, D. L.; ZINK, V.; ROZA, B. A.; SCHIRMER, J. A vivência de pacientes que necessitam de transplante renal na espera por um órgão compatível. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1160-1168, out./dez. 2013.

KOEPE, G.B.O.; ARAÚJO, S.T.C. A percepção do cliente em Hemodiálise frente à fistula arteriovenosa em seu corpo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.21, n.esp., p.147-151, ago. 2008.

LEE, A.; GUDEX, C.; POVLSON, N.; BONNEVIE, B.; NIELSEN, C. P. Patient's views regarding choice of dialysis modality. **Nephrology Dialysis Transplantation**, Canadá, v. 23, n. 12, p. 3953-3959, dez. 2008.

LEVEY, A. S.; CORESH, J. Chronic kidney disease. **The Lancet**, USA, v. 379, n. 9811, p. 165-180, jan.2012.

LOPES, S. G. R.; SILVA, D. M. G. V. Narrativas de mulheres em Hemodiálise: à espera do transplante renal. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 680-687, jul./set. 2014.

MACHADO, A. D.; BAZANELLI, A. P.; SIMONY, R. F. Avaliação do consumo alimentar de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v.7, n.2, p.76-84, mai./ago. 2014.

MACHADO E. L.; CAIAFFA, W. T.; CÉSAR, C. C.; GOMES, I. C.; ANDRADE, E. I. G.; ACÚRCIO, F. A.; CHERCHIGLIA, M. L. Iniquities in the access to renal transplant for patients with end-stage chronic renal disease in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27,suplem. 2, p. 284-297, 2011.

MADEIRO, A. C.; MACHADO, P. D. L. C.; BONFIM, I. M.; BRAQUEAIS, A. R.; LIMA, F. E. T. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de Hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, vol.23, n.4, p. 546-551, abr. 2010.

MALDANER, C. R.; BEUTER, M.; BRONDANI, C. M.; BUDÓ, M. L. D.; PAULETTO, M. R. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.29, n.4, p.647-653, dez. 2008.

MARAGNO, F.; ZANINI, M. T. B.; ROSA, L.; CERETTA, L. B.; MEDEIROS, I. S.; SORATTO, M. T.; ZIMMERMANN, K. C. G. A hemodiálise no cotidiano dos pacientes renais crônicos. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, vol. 1, nov. 2012.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7ª Ed. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

MARINHO, A.; CARDOSO, S. S.; ALMEIDA, V. V. **Desigualdades de transplantes de órgãos no Brasil: análise do perfil dos receptores por sexo e raça ou cor**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada: Texto para discussão, Rio de Janeiro, p. 01-38, jun. 2011.

MARINHO, A.; CARDOSO, S. S.; ALMEIDA, V. V. Disparidades nas filas para transplantes de órgãos nos estados brasileiros. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p.786-796, abr. 2010.

MASCARENHAS, C. H. M.; REIS, L. A.; LYRA, J. E.; PEIXOTO, A. V.; TELES, M. S. Insuficiência Renal Crônica: caracterização sociodemográfica e de saúde de pacientes em tratamento hemodialítico no município de Jequié/BA. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.12, n.1, p.30-37, dez. 2010.

MEDEIROS, M. C. W. C.; SÁ, M. P. C. Adesão dos portadores de doença renal crônica ao tratamento conservador. **Revista RENE**, Fortaleza, v.12, n.1, p.65-72, jan./mar. 2011.

OLIVEIRA, F. C. **Representações sociais de pacientes renais crônicos sobre hipotensão arterial**. 2009. 112f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2009.

OLIVEIRA, T. F. M.; SANTOS, N. O.; LOBO, R. C. M. M.; PINTO, K. O.; BARBOZA, S. A.; LUCIA, M. C. S. Perfil sociodemográfico, eventos de vida e características afetivas de pacientes com Insuficiência Renal Crônica em tratamento por Hemodiálise e Diálise

Peritoneal: um estudo descritivo. **Psicólogo InFormação**, São Paulo, ano 12, n. 12, p. 09-32, jan./dez. 2008.

PÁDUA, E. M. M. Análise de conteúdo, análise de discurso: questões teórico-metodológicas. **Revista de Educação PUC**, Campinas, n. 13, p. 21-30, nov. 2002.

PEREIRA, E. R.; RIBEIRO, I. M. L.; RUAS, E. F. G. SILVA, P. L. N.; GONÇALVES, R. P. F.; DIAMANTINO, N. A. M. Análise das principais complicações durante a terapia hemodialítica em pacientes com Insuficiência Renal Crônica. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Minas Gerais, v. 4, n. 2, p. 1123-1134, mai./ago. 2014.

PILGER C.; RAMPARI, E. M.; WAIDMAN, M. A. P.; CARREIRA, L. Hemodiálise: seu significado e impacto para a vida do idoso. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.677-683, out./dez. 2010.

PRESTES, F. C.; BECK, C. L. C.; TAVARES, J. P.; SILVA, R. M.; CORDENUZZI, O. C. P.; BURG, G.; PROCHNOW, A. Percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre a dinâmica do trabalho e ospacientes em um serviço de Hemodiálise. **Revista Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 25-32, jan./mar. 2011.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2ª Ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

QUEIROZ, M. V. O.; DANTA, M. C. O.; RAMOS, J. C.; JORGE, M. S. B. Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 55-63, jan./mar. 2008.

RAMOS, E. C. C.; SANTOS, I. S.; ZANINI, R. V.; RAMOS, J. M. G. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em diálise peritoneal e hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v.37, n.3, p.297-305, jul./set. 2015.

RIBEIRO, R. C. H. M.; OLIVEIRA, G. A. S. A.; RIBEIRO, D. F.; BERTOLIN, D. C.; CESARINO, C. B.; LIMA, L. C. E. Q.; OLIVEIRA, S. M. Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do Estado de São Paulo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21(Especial-Nefrologia), p. 207-211, 2008.

RIELLA, M. C. **Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólitos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

ROBERTO, E. S.; SANTOS, E. D.; FERREIRA, L. B.; SILVA FILHO, E. R. Conhecimento de pacientes com insuficiência renal crônica sobre o tratamento dialítico. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, v.6, n.2, p.131-139, jul./dez. 2008.

ROMÃO JÚNIOR, J. E. Os 60 anos da hemodiálise no Brasil. Nefro SP, 2009. Disponível em: < <http://www.sonesp.org.br/nefrosppdf/090909.pdf>>. Acesso em: 02 abril 2015.

RUDNICKI, T. Doença renal crônica: vivência do paciente em tratamento de hemodiálise. **Contextos Clínicos**, Rio Grande do Sul, vol. 7, n. 1, jan./jun. 2014.

SADALA, M. A.; BRUZOS, G. A. S.; PEREIRA, E. R.; BUCUVIC, E. M. A experiência vivida pelos pacientes em diálise peritoneal domiciliar: uma abordagem fenomenológica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, 08 telas, jan./fev. 2012.

SANTOS, I.; ROCHA, R. P. F.; BERARDINELLI, L. M. M. Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de Hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n.2, p. 335-342, mar./abr. 2011a.

SANTOS, I.; ROCHA, R. P. F.; BERARDINELLI, L. M. M. Qualidade de vida de clientes em Hemodiálise e necessidades de orientação de Enfermagem para o autocuidado. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 31-38, jan./mar. 2011b.

SANTOS, L. T. M.; MANSUR, H. N.; PAIVA, T. F. P. S.; COLUGNATI, F. A. B.; BASTOS, M. G. Letramento em saúde: importância da avaliação em nefrologia. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v.34, n.3, p.293-302, jul./set. 2012.

SANTOS, T.M.B.; FRAZÃO, I.S. Qualidade de vida dos trabalhadores que realizam Hemodiálise. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v.21, n.1, p.5-14, jan./dez. 2012.

SCHRIER, R. W. Manual de Nefrologia. São Paulo: Tecmedd, 2008.

SESSO, R.; GORDAN, P. Dados disponíveis sobre a Doença Renal Crônica no Brasil. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 29, suplemento 1, p. 09-12, mar. 2007.

SILVA, A. L.; SILVEIRA, R. S.; FERNANDES, G. F. M.; TOMASCHEWSKI, J. G.; BORDIGNON, S. S. Percepções do paciente renal submetido à Hemodiálise e sua influência na qualidade de vida. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.7, 2008.

SILVA, A. S.; SILVEIRA, R. S.; FERNANDES, G. F. M.; LUNARDI, V. L.; BACKES, V. M. S. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à Hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 839-844, set./out. 2011a.

SILVA, G. E.; ARAÚJO, M. A. N.; PEREZ, F.; SOUZA, J. C. Qualidade de vida do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico em Dourados-MS. **Psicólogo InFormação**, São Paulo, v. 15, n. 15, p. 99-110, jan./dez. 2011b.

SILVA, G.; NÓBREGA, J. Y. L.; NÓBREGA, A. L.; ARAÚJO, R. L. D.; SILVA, N. Q.; NÓBREGA, M. F.; COSTA, R. O.; ALMEIDA NETO, I. P. Percepção de portadores de Doença Renal Crônica com relação ao tratamento hemodialítico. **Informativo Técnico do Semiárido**, Pombal, v.9, n.1, p.23-30, jan./jun. 2015.

SILVEIRA, N. D. R.; CANINEU, P. R.; REIS, A. A. Vivências e aprendizagens do paciente idoso na rotina da Hemodiálise. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.14, n.2, p.95-110, jun. 2011.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. (J. E. F., Cruz, Trad., 11a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan. 2009.

SOARES, G. L.; OLIVEIRA, E. A. R.; LIMA, L. H. O.; FORMIGA, L. M. F.; BRITO, B. B. Perfil epidemiológico de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico: um estudo descritivo. **Revista Multiprofissional em Saúde do Hospital São Marcos**, Teresina, v. 1, n. 1, p. 01-08, 2013.

Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. 3 ed. Itapevi – SP, 2009.

Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Censo de 2013**. São Paulo: SBN, 2011. Disponível em: <[http://www.sbn.org.br/pdf/censo\\_2013-14-05.pdf](http://www.sbn.org.br/pdf/censo_2013-14-05.pdf)>. Acesso em: 03 abril 2015.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br>>. Acesso em: 27 junho 2015.

\_\_\_\_\_. **Hemodiálise 2015**. São Paulo: SBN, 2012. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/publico/hemodialise>>. Acesso em: 28 março 2015.

TELLES, C. T.; DOBNER, T.; POMATTI, G.; FORTES, V. F.; BROCK, F.; BETTINELLI, L. A. Perfil sociodemográfico, clínico e laboratorial de pacientes submetidos à Hemodiálise. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 15, n. 3, p.420-426, mai./jun. 2014.

TERRA, F. S.; COSTA, A. M. D. D.; FIGUEIREDO, E. T.; MORAIS, A. M.; COSTA, M. D.; COSTA, R. D. As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de Hemodiálise. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 187-192, 2010.

THOMÉ, E.G.R. **Homens doentes renais crônicos em hemodiálise: a vida que poucos veem**. 2011. 180f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, 2011.

TREPICHIO, P. B.; GUIRARDELLO, E. B.; DURAN, E. C. M.; BRITO, A. P. Perfil dos pacientes e carga de trabalho de enfermagem na unidade de nefrologia. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.34, n.2, p.133-139, jun. 2013.

VALCANTI, C. C.; CHAVES, E. C. L.; MESQUITA, A. C.; NOGUEIRA, D. A.; CARVALHO, E. C. Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.46, n.4, p. 838-845, ago. 2012.

VALLADARES, L. Os dez mandamentos da observação participante. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 22, n. 63, p 153-155, fev. 2007.

VALLE, L. S.; SOUZA, V. F.; RIBEIRO, A. M. Estresse e ansiedade em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 30, n. 1, p. 131-138, jan./mar. 2013.

VASCONCELOS, C. R.; DUTRA, D. A.; OLIVEIRA, E. M.; FERNANDES, S. Perfil socioeconômico e clínico de um grupo de diabéticos em tratamento hemodialítico em Curitiba. **Revista UNIANDRADE**, Curitiba, v. 14, n. 2, p.183-200, 2013.

VIGITEL. Vigilância de fatores de risco de proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, 2010. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel\\_180411.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_180411.pdf)> Acesso em: 07 out. 2015.

XAVIER, B. L. S.; SANTOS, I. Sentimentos e expectativas de clientes com Doença Renal Crônica aguardando Transplante Renal. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 4, n.4, p. 2832-2840, out./dez. 2012.

ZAMBONATO, T. K.; THOMÉ, F. S.; GONÇALVES, L. F. S. Perfil Socioeconômico dos portadores de doença renal crônica em diálise na região Noroeste do Rio Grande do Sul. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v.30, n.3, p.192-199, jul./set. 2008.

ZHANG, X.; SHOU, Z.; CHEN, Z.; XU, Y.; HAN, F.; YIN, X.; LIN, J.; HAIYAN, P.; HE, P.; CHEN, J. The Role of an Integrated Care Model for Kidney Disease in the Development of Peritoneal Dialysis: A Single-Center Experience in China. **Journal of the International Society for Peritoneal Dialysis**, Canadá, v.34, n. 2, p. 555-558, jun. 2014.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - Entrevista Semi-Estruturada

Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) – Campus Cajazeiras  
 Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Bacharelado em Enfermagem  
 Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Anúbes Pereira de Castro  
 Graduanda: Maria Tibéria da Silva Carolino

Nº do Entrevistado: \_\_\_\_\_

Data da Coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

#### I FASE

- DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS:

1. Gênero:  
 Masculino       Feminino
2. Cor/raça:  
 Branca       Não branca
3. Idade (em anos): \_\_\_\_\_
4. Município de residência:  
 Cajazeiras       Outro. Especificar: \_\_\_\_\_
5. Estado Civil:  
 Casado(a)       Solteiro(a)  
 Viúvo(a)       Outro. Especificar: \_\_\_\_\_
6. Escolaridade:  
 Ensino Fundamental Completo       Ensino Superior Completo  
 Ensino Fundamental Incompleto       Ensino Superior Incompleto  
 Ensino Médio Completo       Não Alfabetizado(a)  
 Ensino Médio Incompleto
7. Profissão: \_\_\_\_\_
8. Renda Familiar (em salários mínimos): \_\_\_\_\_
9. Religião:  
 Católica       Evangélica       Espírita       Outras
10. Pessoas do Convívio:  
 Companheiro(a)       Só  
 Filhos(as)       Outros. Especificar: \_\_\_\_\_

- DADOS SOBRE O DIAGNÓSTICO:

1. Há quanto tempo você realiza hemodiálise?  
 Menos de 6 meses       De 6 a 12 meses       De 12 a 18 meses  
 De 18 a 24 meses      Se superior a 24 meses, há quanto tempo? \_\_\_\_\_
2. Quantas seções de hemodiálise você faz por semana?  
 1 vez       2 vezes       3 vezes       Mais de 3 vezes
3. Possui alguma outra enfermidade?  
 Hipertensão Arterial Sistêmica       Câncer



## APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CAMPUS DE CAJAZEIRAS**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é MARIA TIBÉRIA DA SILVA CAROLINO, sou estudante do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande com orientação da docente, Profa. DRa. Anúbes Pereira de Castro, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada: “SIGNIFICADO E VIVÊNCIA DE PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO HEMODIALÍTICO NO HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS”, para qual o Sr. (a) está sendo convidado (a), participar como voluntário (a).

**JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS:** O motivo que nos leva a estudar o assunto é a busca do significado das alterações da hemodiálise na vida de pacientes submetidos a esta modalidade terapêutica, a fim de promover uma compreensão das respostas dos pacientes nas diversas situações vivenciadas. A pesquisa se justifica pelo fato de que a compreensão da vivência e o significado do tratamento pode determinar a influência do meio, segurança e estabilidade advinda do recurso terapêutico, bem como tal estudo possibilitará uma reflexão dos profissionais acerca de uma maior compreensão sobre o indivíduo confrontado com a doença. O objetivo dessa pesquisa é compreender o significado das alterações da hemodiálise na vida de pacientes submetidos a esta modalidade terapêutica. O procedimento de coleta de dados será realizado da seguinte forma: o (a) senhor (a) participará de uma entrevista semi-estruturada composta de perguntas fechadas e perguntas abertas, onde as últimas serão gravadas, após sua autorização, contendo questões sobre o perfil sócio-demográfico, diagnóstico da doença renal e outras enfermidades, e sobre a vivência e o significado do tratamento hemodialítico.

**DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS:** Esse estudo obedece a Resolução 466/2012. Haverá um risco mínimo de apreensão por parte dos pacientes, mas o mesmo será solucionado pelo pesquisador. Tal pesquisa não apresenta quaisquer tipos de procedimentos invasivos ou questionário com perguntas agressivas, e se justifica pelo benefício que essa pesquisa trará a sociedade garantindo uma maior compreensão sobre o indivíduo confrontado com a doença crônica, e de como as representações sociais contribuem para as ações cotidianas, incluindo o tratamento.

**FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA:** A participação do Sr. (a) nessa pesquisa não implica necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior, tendo em vista que irá identificar a vivência e o significado das alterações da hemodiálise na sua e não há possibilidade de identificá-lo posteriormente.

**GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:** O Sr. (a) será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O Sr. (a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de prestação de serviços aqui no estabelecimento. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais podendo ser utilizados apenas para a execução dessa pesquisa. Você não será citado (a) nominalmente ou por qualquer outro meio, que o identifique individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado, assinada pelo Sr. (a) na última folha e rubricado nas demais, ficará sob a responsabilidade do pesquisador responsável e outra será fornecida ao (a) Sr. (a).

**CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS:** A participação no estudo não acarretará custos para Sr.(a) e não terá nenhum ônus, no entanto será indenizado por eventuais danos diretamente resultantes da pesquisa a curto, a médio ou longo prazo.

**DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE:** Eu, \_\_\_\_\_, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci todas minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. A pesquisadora Dr<sup>a</sup>. Anúbes Pereira de Castro certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação individualizada, e deverão ser tornados públicos através de algum meio. Ele compromete-se, também, seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12. Também sei que em caso de dúvidas poderei contatar o (a) estudante Maria Tibéria da Silva Carolino através do e-mail [maria.mtc@hotmail.com](mailto:maria.mtc@hotmail.com), ou o (a) professor (a) orientador (a) Dr<sup>a</sup>. Anúbes Pereira de Castro através do email [anubes@bol.com.br](mailto:anubes@bol.com.br). Além disso, fui informado que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do CFP/UFCG, situado na Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n, Bairro Casas Populares, Cajazeiras-Paraíba, CEP: 58.900-000 ou através do Telefone: (83) 3532-2000.

Cajazeiras – PB, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

---

Assinatura do Participante da Pesquisa

---

Assinatura do Pesquisador

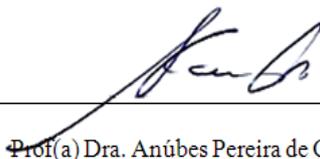
**APÊNDICE C – Termo de Compromisso e Responsabilidade do Pesquisador Responsável****UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR  
RESPONSÁVEL**

EU, ANÚBES PEREIRA DE CASTRO, professora da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação de MARIA TIBÉRIA DA SILVA CAROLINO, discente do Curso de Graduação em Enfermagem, assegurando que não haverá desistência de minha parte que acarrete em prejuízo para o término das atividades desenvolvidas no trabalho de conclusão de curso – TCC pela discente.

Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo cumprimento da Resolução 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem, pelos prazos estipulados junto à disciplina TCC, e pelo zelo com o projeto de pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem estar dos participantes nela recrutados, pelo resultado obtido e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao comitê de ética sobre qualquer alteração no projeto ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem com arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado, durante a execução da mesma.

Cajazeiras – PB, 10 de abril de 2015.



---

Prof(a) Dra. Anúbes Pereira de Castro

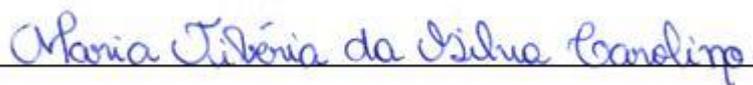
SIAPE: 2502077

**APÊNDICE D – Termo de Compromisso e Responsabilidade do Pesquisador Participante****UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR  
PARTICIPANTE**

EU, MARIA TIBÉRIA DA SILVA CAROLINO, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me junto com meu orientadora, ANÚBES PEREIRA DE CASTRO, a desenvolver projeto de pesquisa para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem seguindo a Resolução 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem e a seguir os prazos estipulados na disciplina TCC; comprometo-me ainda em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na resolução 466/12 do conselho Nacional de saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu orientador, nas atividades de pesquisa, e, junto com ele, pelos resultados da pesquisa, para posterior divulgação no meio acadêmico ou científico.

Cajazeiras – PB, 10 de abril de 2015.



Maria Tibéria da Silva Carolino

MATRÍCULA: 211120068

**ANEXOS**

**ANEXO A – Termo de Anuência**

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS  
SETOR DE HEMODIÁLISE DO HRC

**TERMO DE ANUÊNCIA**

Autorizo que as pesquisadoras Anubes Pereira de Castro e Maria Tibéria da Silva Carolino responsáveis pelo projeto de pesquisa intitulado: “SIGNIFICADO E VIVÊNCIA DE PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO HEMODIALÍTICO NO HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS” a ser submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande (CEP/UFCG), utilizem o espaço dessa instituição com o objetivo exclusivo de coletar dados necessários para a referida pesquisa. Esta autorização e respectiva coleta de dados serão válidas somente após a aprovação e apresentação do protocolo de pesquisa do CEP/UFCG.

Cajazeiras, 28 de maio de 2015.

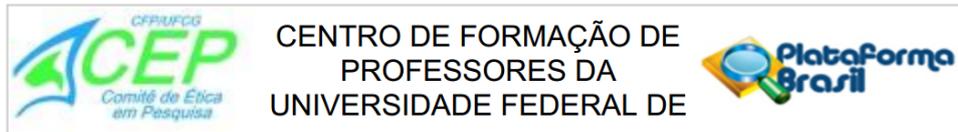
Clebiany de A. Ricarte  
Enfermeira  
COREN: 194827 PB/RN

---

Clebiany de Alcântara Ricarte

Enfermeira/Setor de Hemodiálise HRC

## ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa da UFCG



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** SIGNIFICADO E VIVÊNCIA DE PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO HEMODIALÍTICO NO HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

**Pesquisador:** ANÚBES PEREIRA DE CASTRO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 44859715.6.0000.5575

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.171.940

**Data da Relatoria:** 14/05/2015

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa sobre o significado e vivência de pacientes submetidos a tratamento hemodialítico no Hospital Regional de Cajazeiras- PB. Estudo esse, de caráter exploratório, com abordagem qualitativa que permite ao pesquisador um contato direto com o fenômeno estudado, tornando possível a compreensão do problema.

#### Objetivo da Pesquisa:

Compreender o significado e vivência das alterações da hemodiálise na vida de pacientes submetidos a esta modalidade terapêutica.

Analisar o perfil sócio-demográfico e diagnóstico dos pacientes submetidos ao tratamento hemodialítico;

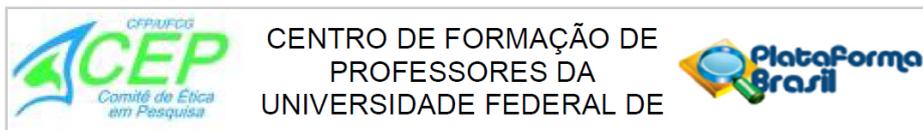
Investigar as alterações ocorridas na vida de um paciente submetido à hemodiálise;

Identificar o significado das alterações vividas pelo paciente submetido à hemodiálise.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Haverá risco de ansiedade e apreensão por parte dos pacientes, mas o mesmo será solucionado pelo pesquisador com uma abordagem cautelosa e tranquila. Tal pesquisa não apresenta

**Endereço:** Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n  
**Bairro:** Casas Populares **CEP:** 58.900-000  
**UF:** PB **Município:** CAJAZEIRAS  
**Telefone:** (83)3532-2075 **E-mail:** cep@cfp.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 1.171.940

quaisquer tipos de procedimentos invasivos ou questionário com perguntas agressivas.

**Benefícios:**

Como benefício essa pesquisa trará a sociedade garantindo uma maior compreensão sobre o indivíduo confrontado com a doença crônica, e de como as representações sociais contribuem para as ações cotidianas, incluindo o tratamento.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de relevância social e acadêmica e, principalmente, por buscar compreender a dimensão humana no processo de enfrentamento com a doença e suas perspectivas de vida.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos apresentados em conformidade com os preceitos éticos e estruturais exigidos pelo CONEP/ CEP e em consonância com a Resolução 466/2012.

**Recomendações:**

Sugere-se retirar o termo entrevista do item INTERVENÇÃO de Formulário Informações Básicas do Projeto. A entrevista não se constitui uma intervenção e sim um instrumento de pesquisa.

Recomenda-se assinalar os períodos correspondentes às atividades no Cronograma do projeto detalhado.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto tecnicamente bem elaborado, porém, sugere-se que sua abordagem seja quanti-qualitativa, uma vez que observa-se no instrumento a ser aplicado, isto é, na parte Diagnóstico- doença, os dados pedem um tratamento estatístico descritivo. (1ª fase da pesquisa). Esta observação levantada não se constitui critério de não aprovação do estudo em apreciação.

**Situação do Parecer:**

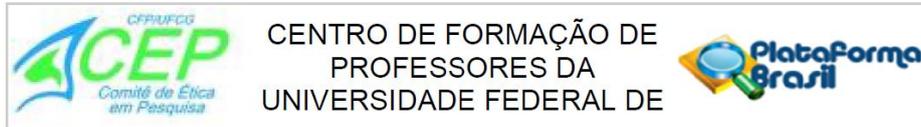
Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n  
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000  
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS  
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufpe.edu.br



Continuação do Parecer: 1.171.940

CAJAZEIRAS, 05 de Agosto de 2015

---

**Assinado por:**  
**Paulo Roberto de Medeiros**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n  
**Bairro:** Casas Populares **CEP:** 58.900-000  
**UF:** PB **Município:** CAJAZEIRAS  
**Telefone:** (83)3532-2075 **E-mail:** cep@cfp.ufcg.edu.br