

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**

**Centro de Educação e Saúde**

**Unidade Acadêmica de Saúde**

**Curso de Bacharelado em Enfermagem**

Layane Ferreira de Freitas

**EXPERIÊNCIAS E SENTIMENTOS DE PACIENTES EM TERAPIA  
HEMODIALÍTICA**

Cuité - PB

2014

Layane Ferreira de Freitas

**EXPERIÊNCIAS E SENTIMENTOS DE PACIENTES EM TERAPIA  
HEMODIALÍTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem em cumprimento às exigências legais à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité*.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup> Msc. Glenda Agra

Cuité - PB

2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE

Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

F866e Freitas, Layane Ferreira de.

Experiências e sentimentos de pacientes em terapia hemodialítica. / Layane Ferreira de Freitas. – Cuité: CES, 2014.

63 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2014.

Orientadora: Glenda Agra.

1. Insuficiência renal crônica. 2. Hemodiálise. 3. Emoções. I.

Título.

CDU 616.61-008.6

Layane Ferreira de Freitas

**EXPERIÊNCIAS E SENTIMENTOS DE PACIENTES EM TERAPIA  
HEMODIALÍTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Coordenação do Curso de Bacharelado em  
Enfermagem em cumprimento às exigências legais à  
obtenção do título de Bacharel em Enfermagem pela  
Universidade Federal de Campina Grande, *Campus*  
Cuité.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof<sup>a</sup> Msc. Glenda Agra

Curso de Bacharelado em Enfermagem – CES/UAS/UFCG

Orientadora

---

Prof<sup>a</sup> Bernadete de Lourdes André Gouveia

Curso de Bacharelado em Enfermagem – CES/UAS/UFCG

Membro interno

---

Prof<sup>a</sup> Izayana Pereira Feitosa

CES/UAS/UFCG

Membro interno

Cuité – PB, 08 de abril de 2014.

Aos Meus Pais, Lindaura Barbosa e Lídio Freitas, que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade, honestidade e respeito. A vocês, que iluminaram os caminhos difíceis com afeto e dedicação. A vocês, que se doaram inteiros e renunciaram aos seus sonhos, para que pudesse realizar o meu. Pela longa espera e compreensão da minha ausência.

Amo vocês!

**DEDICO.**

## AGRADECIMENTOS

Como diz Padre Fábio de Melo, *“Deus não vai nos livrar das lutas, mas vai nos encaminhar nos resultados”*.

Primeiramente a **Deus**, em sua infinita bondade, pela capacidade dada, pelo discernimento, paciência e o silêncio da espera. Ele, através de seus “Anjos da Guarda”, em especial minha bisavó Dalvina (in memoriam), me iluminou com Fé, Coragem e Perseverança nesta caminhada. Guiando-me e protegendo-me.

Aos **meus Pais**, Lindaura Barbosa e Lídio Freitas, pelo amor, pelas palavras, pela confiança, pela força, por me acompanhar nessa jornada, por suas “bênçãos”. Obrigada por não medirem esforços, muitas vezes tendo que abdicar dos seus próprios sonhos em razão dos meus. Pelos princípios ensinados, os quais serviram de base para minha formação moral e que serão meu espelho para o resto da vida. *“Com os seus jeitos finitos de ser Deus, revelaram-me Deus com seu jeito infinito de ser Pai”*. Meus sorrisos e gratidão do “Imenso Amor” que vos tenho.

A **minha irmã**, Lidiane Freitas, pelos ensinamentos, pelo companheirismo, pela cumplicidade. Amo-te inexplicável e incomparavelmente. Já descreve a frase do Pequeno Príncipe: *“Foi o tempo que dedicaste a tua rosa, que a fez tão importante”*. És minha flor, a qual só existe um exemplar em milhões e milhões de estrelas. Sou muito feliz por te ter ao meu lado, muito obrigada.

Ao **meu cunhado**, Anselmo Rafael, por me ensinar que a dedicação e a persistência são os melhores caminhos para se atingir o êxito. Obrigada pelo carinho.

Aos **meus familiares** que torceram pelo meu sucesso. Obrigada.

Aos **meus amigos de turma** – Cecília Feitosa, Flaviana Lima, Gilmara Beserra, Haline Germano, José Sandro, Lanísia Bianca e Yasmin Escorel. Pessoas essenciais que, verdadeiramente, compartilharam comigo, experiências singulares e momentos inesquecíveis. Minha segunda família! Nossa amizade nasceu a partir da precariedade, quando fomos capazes de olhar para o outro e descobrir o que tínhamos de bonito. E não há nada mais bonito do que você ser achado quando você está perdido. Vocês descobriram uma coisinha que eu tinha de bom, e mesmo assim continuaram ao meu lado, me ajudando a ser gente. Permaneceram me fazendo sombra, trazendo um pouco de aconchego que às vezes eu precisava nesta jornada. Amores concretos, diários. Vocês ficarão eternamente na minha vida e em meu coração. Amo-os.

As **minhas amigas de longa jornada** – Emanuely Pereira, Iara Leal, Suayra Almeida. Nossa amizade se fez em um processo de maturidade, que me levou ao verdadeiro encontro com pessoas que sempre estiveram ao meu lado – vocês. Mesmo distantes vocês me deram uma palavra de conforto, confiaram, ouviram meu chamado, somaram alegrias, dividiram tristezas, estenderam a mão, foram cúmplices na luta para que meu sonho torna-se realidade. Agradeço, em especial, a Bárbara Belchior, por me receber de braços abertos em sua casa nesta fase final da jornada acadêmica. Obrigada pelo companheirismo, carinho, aconchego, cuidado, abraço; por participar desta experiência ímpar e por deixar este trabalho com “tons mais alegres”. É como fala Padre Fábio de Melo: “[...] *na verdade, as pessoas amigas antecipam no tempo, aquilo que acreditamos ser eterno!*”. Nossa amizade cresce mesmo a longas distâncias. Vocês são irmãs que a vida me deu para caminhar comigo ao longo da minha vida, extrapolando os limites do tempo. Amo vocês!

A cidade de **Cuité**, minha segunda casa, que me recebeu com uma hospitalidade jamais encontrada em outro local.

Aos **docentes**, por transferir seus conhecimentos, criando possibilidades para própria produção e construção dos nossos objetivos.

A **minha Orientadora**, Professora Msc. Glenda Agra. Não tenho palavras para agradecer todos os ensinamentos, recomendações, disponibilidade, acesso e confiança a mim ofertados. Obrigada por me mostrar o caminho da ciência, fazendo parte da minha vida neste momento especial de conquista, por ser exemplo de profissional. Obrigada pela ajuda e contribuição para o amadurecimento dos meus conhecimentos e conceitos que me levaram à execução e conclusão deste trabalho. Diz Thomas Mann: “*Um professor é a personificada consciência do aluno; confirma-o nas suas dúvidas; explica-lhes o motivo e lhe estimula a vontade de melhorar*”. Você proporcionou isto. Muito obrigada, Flor!

A **Banca Examinadora**, Professoras Bernadete Gouveia e Izayana Feitosa por aceitarem avaliar meu trabalho e enriquecê-lo com suas valiosas sugestões e observações durante a qualificação, que serviram para o crescimento, aprendizado, incentivo e melhora desta pesquisa.

Aos **profissionais de saúde**, especificamente, do Setor de Hemodiálise do Hospital Antônio Targino, por conceder ambiente e apoio à realização desta pesquisa. Minha sincera e especial gratidão.

A **todos** que, direta ou indiretamente, me ajudaram a vencer esta etapa da minha vida.

Aos **pacientes** que participaram desta pesquisa, pois sem eles nenhuma dessas páginas estaria completa.

*“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim”.*

*Chico Xavier.*



## RESUMO

FREITAS, Layane Ferreira. **Experiências e sentimentos de pacientes em terapia hemodialítica**. 2014. 63f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Cuité – PB, 2014.

A Doença Renal Crônica (IRC) expressa à destruição gradativa, lenta e progressiva da função de alguns néfrons, conservando outros, com seus desempenhos em condições adequadas até a irreversibilidade do empenho das funções renais. Atualmente, a doença apresenta uma alta morbidade e mortalidade, e isto a torna um problema mundial de saúde pública. A IRC tem ímpeto negativo sobre a Qualidade de Vida pautada à saúde, haja vista que esta é a percepção da pessoa de sua saúde através de uma análise subjetiva de seus sintomas, satisfação e adesão ao tratamento. O objetivo deste estudo foi investigar as experiências vividas e os sentimentos de pacientes em terapia hemodialítica. Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, desenvolvida com 20 pacientes acompanhados pelo Hospital Antônio Targino localizado no município de Campina Grande – PB. Os dados foram coletados, após parecer favorável nº 530.943 do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro, com uso de entrevista semiestruturada e analisados segundo o método de Análise de Conteúdo Temática. A partir da interpretação das expressões dos participantes, ficaram evidentes as fragilidades e as inseguranças impregnadas nas narrativas, quando enfatizado o momento vivido diante o desvendar da enfermidade crônica. O processo de adoecimento impera a reflexões sobre as atividades cotidianas que eram realizadas anteriormente à doença e às implicações das restrições causadas pela hemodiálise. Nesta perspectiva, constatou-se a percepção dos participantes diante os limites e os efeitos do tratamento sobre a dimensão biopsicossocial. Foi possível identificar os anseios dos partícipes na espera por um transplante renal ou pela última notícia da existência de rim compatível. Verificou-se neste trabalho que de forma geral a percepção de qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise é regular, ressaltando que esse fato se deve ao processo da terapia. Esta análise oferece subsídios para que a equipe multidisciplinar de saúde compreenda a relevância de avaliar a qualidade de vida dos pacientes renais crônicos, conhecendo o universo no qual estão inseridos. Destarte, acredita-se na necessidade de um maior investimento da atenção primária na saúde por parte do sistema público e privado, para que seja presumível a diminuição do número de doentes renais crônicos e, paralelamente, a perda da qualidade de vida destes pacientes.

**Descritores:** Insuficiência Renal Crônica; Hemodiálise; Emoções.

## ABSTRACT

FREITAS, Layane Ferreira. **Experiences and feelings of patients on hemodialysis**. 2014. 63f. Completion of Course Work (Bachelor of Nursing) - Federal University of Campina Grande, Cuité – PB, 2014.

Chronic Kidney Disease (CKD) expresses the gradual, slow and progressive function of some nephron destruction, saving others with their performance under conditions suitable to the irreversibility of the commitment of kidney function. Currently, the disease has a proud morbidity and mortality, and this makes it a global public health problem. The CKD has negative momentum on the Quality of Life guided health, considering that this is the person's perception of their health through a subjective analysis of their symptoms, satisfaction and treatment adherence. The aim of this study was to investigate the experiences and feelings of patients on hemodialysis. This is an exploratory study with a qualitative approach, developed in 20 patients followed at Hospital Antonio Targino mo located in Campina Grande - PB. Data were collected with the assent No 530 943 of the Ethics in Research of the University Hospital Alcides Carneiro Committee, using semi-structured interviews and analyzed according to the method of qualitative analysis. From the interpretation of the expression of the participants were evident weaknesses and insecurities steeped in the narratives, emphasized when the time lived before the unveiling of chronic illness. The disease process dominated by the reflections on the daily activities that were previously carried the disease and the implications of the restrictions caused by hemodialysis. In this perspective, there was the perception of the participants on the limits and the effects of treatment on the biopsychosocial dimension. It was possible to identify the concerns of participants in waiting for a kidney transplant or the latest news of the existence of compatible kidney. It was found in this study that in general the perception of quality of life in patients undergoing hemodialysis is regular, stressing that this is due to the process of therapy. This analysis offers support for the multidisciplinary healthcare team understands the importance of evaluating the quality of life of patients with renal disease, knowing the universe in which they live. Thus, it is believed in the need for greater investment in primary care health from the public and private system, which is presumed to decrease the number of CKD patients and in parallel the loss of quality of life of these patients.

**Keywords:** Chronic Renal Failure; Hemodialysis; Emotions.

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 Caracterização sócio-demográfica e clínica dos participantes da pesquisa. Campina Grande- PB, 2014.....	34
---	----

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CDL – Cateter de Duplo Lúmen

DRC – Doença Renal Crônica

FAV – Fístula Arteriovenosa

HD – Hemodiálise

IRC – Insuficiência Renal Crônica

QV – Qualidade de Vida

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TFG – Taxa de Filtração Glomerular

TRS – Terapia Renal Substitutiva

## SUMÁRIO

<b>I INTRODUÇÃO</b> .....	13
1.1 Objetivos.....	16
1.1.1 Objetivo Geral.....	16
1.1.2 Objetivos Específicos .....	16
<b>II FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	17
2.1 Insuficiência Renal Crônica.....	17
2.2 Qualidade de vida de pacientes que se submetem a tratamento hemodialítico. ....	25
<b>III PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	29
3.1 Tipo de Pesquisa .....	29
3.2 Local da Pesquisa.....	30
3.3 População e Amostra .....	30
3.4 Instrumento para Coleta de Dados.....	31
3.5 Considerações Éticas .....	31
3.6 Coleta de Dados .....	31
3.7 Análise de Dados .....	32
<b>IV ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	34
4.1 Caracterização Sociodemográfica e Clínica dos Participantes da Pesquisa .....	34
4.2 Categorias Temáticas.....	38
4.2.1 Categoria 1 – O impacto frente à doença .....	39
4.2.2 Categoria 2 – Compreensão da doença .....	40
4.2.3 Categoria 3 – Mudanças decorrentes da Hemodiálise .....	42
4.2.4 Categoria 4 – Esperança de uma nova vida.....	46
<b>V CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	48
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	50
<b>APÊNDICES</b> .....	55
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	56
APÊNDICE B - Instrumento para Coleta de Dados .....	58
<b>ANEXOS</b> .....	59
ANEXO A – Termo de Autorização da Instituição .....	60

ANEXO B – Termo de Compromisso do Pesquisador.....	61
ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP .....	62

## I INTRODUÇÃO

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) expressa a destruição gradativa, lenta e progressiva da função de alguns néfrons, conservando outros, com seus desempenhos em condições adequadas até a irreversibilidade do empenho das funções renais. Consiste também em uma condição silenciosa, pois o paciente apenas começa a compreender que apresenta determinada alteração renal na incidência do aparecimento dos sintomas urêmicos, ou seja, quando os rins perdem aproximadamente 50% de sua função (SILVA et al., 2011). Esta patologia, em suas etapas mais excêntricas é cogente a inclusão de uma terapêutica que consiga sustentar o balanceamento do meio interior (MARCHESAN et al., 2011).

No Brasil e no mundo advém, anualmente, um acréscimo na incidência e prevalência desta doença, correspondendo aproximadamente a 8% de novos casos da mesma (GRASSELLI et al, 2012). O aumento gradativo de doentes renais no Brasil, prontamente, o tornou o terceiro maior mercado de hemodiálise do mundo e a patologia atinge 2 milhões de pessoas, das quais 60% não sabem estar acometidas (MASCARENHAS, 2010). Atualmente, no país, cerca de 90.000 indivíduos se encontram em terapêutica renal substitutiva (FERREIRA; SILVA FILHO, 2011). Presentemente, no município de Sousa – PB, 101 pacientes são atendidos no Centro de Hemodiálise, sendo estes credenciados no Sistema Único de Saúde (SUS) (SOUSA; SARMENTO; ALCHIERI, 2011).

A Insuficiência Renal Crônica tem uma alta morbidade e mortalidade, e isto a torna um problema mundial de saúde pública (GRASSELLI et al, 2012). O aumento populacional de doentes renais crônicos tem insinuações substanciais às políticas públicas de saúde, principalmente pelo custo elevado dos padecentes em Terapia Renal Substitutiva (TRS), sendo 85% a 95% desse tratamento subsidiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (CHERCHIGLIA et al, 2010). Vale ressaltar, que a doença tem ímpeto negativo sobre a Qualidade de Vida pautada à saúde, haja vista que esta é a percepção da pessoa de sua saúde através de uma análise subjetiva de seus sintomas, satisfação e adesão ao tratamento (NEPOMUCENO, 2011).

Por se tratar de uma doença branda e progressiva, a insuficiência renal crônica decorre em processos adaptativos que, até determinado ponto, conservam o paciente sem sintomas, mesmo tendo perdido cerca de 50% de sua função renal. Uma vez ocorrido esta perda, podem surgir sinais e sintomas que nem sempre aborrecem o paciente, tais como anemia leve, hipertensão, edema dos olhos e pés, nictúria e mudanças no aspecto da urina

(MASCARENHAS et al, 2010). À medida que a IRC desenvolve, instala-se um contíguo de sinais e sintomas que constituem a síndrome urêmica. Nesta, o paciente pode apresentar: fadiga, anorexia, prurido, náuseas, insônia e comprometimento do estado mental. Devido à acumulação de substâncias tóxicas podem aparecer também sintomas neuromusculares como: espasmos, fraqueza muscular e câimbras (SOUZA et al., 2012).

O detrimento do desempenho renal é incompatível com a vida, deste modo às pessoas que desenvolvem insuficiência renal crônica carecem de uma terapia de substituição da função renal (NEPOMUCENO, 2011). Atualmente, os tratamentos podem ser: conservador da função, por meio de medicação e dieta, e terapia renal substitutiva, que conglomera a diálise peritoneal, a hemodiálise e o transplante renal. Estes processos aliviam os sintomas da doença, preservando a vida do paciente, no entanto nenhum deles é curativo (FRAZÃO; RAMOS; LIRA, 2011). Além disso, vale ressaltar que o tratamento tem por desígnios a prevenção, o acompanhamento e a intervenção nas complicações e comorbidades (SILVA, 2011).

A diálise peritoneal é um processo de abscisão de toxinas endógenas e exógenas que retifica o desequilíbrio eletrolítico e regula a quantidade de água dos portadores da IRC, substituindo desta forma, a função renal (NEPOMUCENO, 2011). Já a hemodiálise é um procedimento dialítico onde a circulação do paciente é extracorpórea, realizada em meio a membranas provenientes de celulose, as quais operam como membrana semipermeável. Essa membrana localiza-se imersa em uma solução eletrolítica que tem concentração análoga ao plasma sanguíneo de uma pessoa com função renal normal. A hemodiálise é essencialmente um método de difusão, empregado para remover do organismo os produtos tóxicos que são suprimidos pelo rim normal (PIVATTO; ABREU, 2010).

Neste contexto, pacientes em terapia renal substitutiva dependem de tecnologia avançada para sobreviver, o que acarreta vários danos e alterações biopsicossociais que intervêm na sua Qualidade de Vida. Esta pode ser reputada como a compreensão da pessoa tanto à sua posição na vida na totalidade cultural e preceitos de valores nos quais vive, quanto aos seus objetivos, perspectivas, protótipos e apreensões (FRAZÃO; RAMOS; LIRA, 2011).

A terapêutica da doença renal crônica por meio da hemodiálise embora acresça o tempo de sobrevida, não abranda o conflito ocasionado no cotidiano dos pacientes, haja vista que tanto a patologia como o tratamento desencadeiam diversas alterações que comprometem os aspectos social, físico, psíquico e espiritual daqueles (VANELLI; FREITAS, 2011).

O termo Qualidade de Vida é um conceito distintamente humano e abarca muitos significados oriundos de informações, experiências e denodos individuais e coletivos,



cogitando o período histórico, a classe social a que concernem às pessoas. Enfatizando ainda sua definição geral é uma nomenclatura que se sobrepõe a pessoa visivelmente saudável em deferência a sua medida de satisfação com a vida nos seus diversos aspectos. Assim sendo, trata-se de componentes passíveis de mensuração e conferição, mesmo considerando-se a precisão constante de revigorá-los culturalmente no tempo e no espaço (NEPOMUCENO, 2011).

A qualidade de vida concernente à saúde denota como a doença e o tratamento influenciam a compreensão individual sobre os aspectos relacionados às pessoas abrangidas em um contexto de saúde-doença. Esta pode ser observada através dos processos cuidadosos, curativos e preventivos, os quais suscitam novas definições e teorias, caracterizando os determinantes e condicionantes do que verdadeiramente constitui sua terminologia (CORDEIRO et al, 2009).

A Insuficiência Renal Crônica, juntamente com a terapia hemodialítica, a qual contribui para o aumento da sobrevida, ocasiona forte impacto na vida dos pacientes, uma vez que tanto as atividades da vida diárias quanto os valores que as norteiam são alterados (GRASSELLI et al, 2012). Estes pacientes vivenciam uma áspera mudança nos seus hábitos de vida, convivendo com limitações, com tratamento doloroso, com um pensar na morte, como também com a probabilidade de submeter-se ao transplante renal e a expectativa de melhorar a sua qualidade de vida (TERRA et al, 2010).

Isto posto, pressupõe que a qualidade de vida traz um conceito amplo e complexo, referindo-se a aspectos subjetivos entendidos de diferentes modos, contemplando as esferas de bem-estar físico, mental e os aspectos alistados às condições adequadas de vida biológica, condições econômicas, relações de trabalho, aparências sociais e culturais. A avaliação desta qualidade relativa à saúde faz-se imperiosa, haja vista que a percepção de melhora ou piora daquela pelos doentes crônicos é intrínseco no tratamento da doença (VANELLI; FREITAS, 2011).

O alento ao desenvolvimento desta pesquisa pauta-se em experiências pessoais durante o estágio da Disciplina Saúde do Adulto I, bem como suma cognição com a mesma. Através deste conhecimento foi possível observar o impacto da conjuntura saúde-doença nos pacientes com insuficiência renal crônica em terapia hemodialítica e o quanto a percepção desta influencia em sua qualidade de vida.

Nesta perspectiva, ascenderam-se os seguintes questionamentos: quais as experiências vividas e os sentimentos de pacientes em terapia hemodialítica?

## **1.1 Objetivos**

### **1.1.1 Objetivo Geral**

- Investigar as experiências vividas e os sentimentos de pacientes em terapia hemodialítica.

### **1.1.2 Objetivos Específicos**

- Investigar a compreensão dos pacientes em terapia hemodialítica frente ao diagnóstico médico
- Investigar as mudanças ocorridas na vida dos pacientes em terapia hemodialítica após a hemodiálise

## II FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 Insuficiência Renal Crônica

A insuficiência renal crônica decorre da perda progressiva e irreversível de grande número de néfrons funcionais. Frequentemente, não ocorrem sintomas clínicos atinados até que o número de néfrons operacionais atenua, pelo menos, a 70% a 75% abaixo do normal. Na veracidade, concentrações relativamente normais da pluralidade dos eletrólitos e dos volumes de líquidos corporais normais ainda podem se manter até a quantidade de néfrons funcionais cair abaixo de 20% a 25% do normal (GUYTON; HALL, 2011).

Comumente, a insuficiência renal crônica pode advir devido a distúrbios nos vasos sanguíneos, nos glomérulos, nos túbulos, no interstício renal e no trato urinário inferior. A despeito da ampla variedade de doenças aptas de induzir à doença, o resultado final é fundamentalmente o mesmo – a redução do número de néfrons funcionais (ROCHA, 2010).

Dentre essa variedade de patologias, é válido salientar algumas causas de insuficiência renal crônica: distúrbios metabólicos – diabetes mellitus, obesidade, amiloidose; hipertensão; distúrbios vasculares renais – aterosclerose, nefrosclerose-hipertensão; distúrbios imunológicos – glomerulonefrite, poliarterite nodosa, lúpus eritematoso; infecções – pielonefrite, tuberculose; distúrbios tubulares primários – nefrotoxinas (analgésicos, metais pesados); obstrução do trato urinário – cálculos renais, hipertrofia da próstata, compressão uretral; distúrbios congênitos – doença policística, ausência congênita de tecido renal (hipoplasia renal) (GUYTON; HALL, 2011).

Os rins realizam suas funções mais formidáveis pela filtração do plasma e pela posterior abscisão de substâncias do filtrado em intensidades variáveis, dependendo das precisões do corpo. Deste modo, os rins “limpam” as substâncias indesejáveis do filtrado (e, portanto, do sangue) por excretá-las na urina, enquanto restabelece as que são essenciais à corrente sanguínea (GUYTON; HALL, 2011). Estes órgãos são fundamentais à manutenção da homeostase do corpo humano, que tem como funções a excreção de produtos finais do metabolismo, conservação do volume extracelular, equilíbrio ácido-básico, manutenção da composição iônica (sódio, cloro, potássio, magnésio, cálcio) do volume extracelular, produção e secreção de hormônios e enzimas (NEPOMUCENO, 2011).

A perda de néfrons funcionais solicita que os néfrons sobreviventes excretem mais água e solutos. Seria presumível reear que a diminuição do número de néfrons operacionais, o que reduz a Filtração Glomerular, também acarretasse grande redução da excreção renal de

água e solutos. Parte dessa conformação decorre do maior fluxo sanguíneo e da maior filtração glomerular em cada néfron sobrevivente devido à hipertrofia dos vasos sanguíneos e dos glomérulos, assim como de alterações funcionais que ocasionam dilatação dos vasos sanguíneos, para compensar a perda renal (GUYTON; HALL, 2011). A resposta adaptativa à perda de massa renal é conhecida como a presunção do néfron intacto e envolve o desenvolvimento precoce de hipertrofia renal (NEPOMUCENO, 2011).

A insuficiência renal crônica, segundo o autor acima citado, é distinguida pela ligeira diminuição da função renal, resultando na redução da diurese e no detrimento da homeostase interna (isto quer dizer, perda da estabilização química e do funcionamento normal do organismo) até a interrupção quase total (cerca de 90%) ou total do desempenho renal.

A patologia não representa apenas o colapso da excreção renal, mas também, das funções metabólicas e endócrinas dos rins, comprometendo assim todos os órgãos do corpo e provocando alterações físicas que podem limitar as atividades da vida diária (SOUZA; ALBUQUERQUE; QUEIROZ, 2012).

Desta forma, como quase todo sistema orgânico é afetado pela uremia – acúmulo de produtos finais do metabolismo protéico no sangue -, os pacientes ostentam numerosos sinais e sintomas. A gravidade destes depende, em parte, do grau de comprometimento renal, de outras condições subjacentes e da idade do paciente (SMELTZER et al, 2012).

De acordo com os mesmos autores, as principais manifestações cardiovasculares apresentadas na IRC são a hipertensão (devido à retenção de sódio e água ou à ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona), a insuficiência cardíaca, o edema pulmonar (decorrente da sobrecarga de líquidos) e a pericardite (devido à irritação do revestimento pericárdico pelas toxinas urêmicas). Como manifestações dermatológicas, o prurido intenso é trivial. Dentre as manifestações gastrointestinais, os sinais e sintomas usuais incluem anorexia, náuseas, vômitos e soluços. O hálito do cliente pode ter o odor de urina (odor urêmico), o que pode estar adjunto à diálise inadequada.

As contrafações neurológicas, abrangendo nível de consciência alterado, incapacidade de concentração, contratura muscular, agitação, confusão e convulsões são observadas na IRC. A neuropatia periférica, um distúrbio do sistema nervoso periférico, está coeva em alguns pacientes. Os pacientes queixam-se de dor e desconforto intensos. A síndrome da perna inquieta e a percepção de queimação nos pés podem ocorrer no estágio inicial da neuropatia periférica urêmica (SMELTZER et al, 2012).

A implicação da completa insuficiência renal sobre os tecidos corporais depende da ingestão hídrica e de alimentos e do coeficiente de comprometimento da função renal. Efeitos

importantes incluem (1) edema generalizado, decorrente da retenção de água e sódio; (2) acidose procedente da incapacidade dos rins de livrar o organismo dos produtos ácidos normais; (3) concentração aumentada de nitrogênios não protéicos – sobretudo, uréia, creatinina e ácido úrico – concludente à incapacidade do corpo de excretar os produtos da deterioração metabólica de proteínas e (4) elevadas concentrações de outras substâncias excretadas pelo rim, compreendendo fenóis, sulfatos, fosfatos, potássio e bases de guanidina. Essa categoria completa é aludida como uremia, devido à concentração elevada de ureia nos líquidos corporais (GUYTON; HALL, 2011).

Quando a função renal encontra-se abaixo de 50% aparece a principal manifestação hematológica, a anemia. A causa mais importante para esta condição é a menor secreção renal de eritropoietina, a qual incita a medula óssea a produzir hemácias. Portanto, se os rins estiverem seriamente danificados, eles não conseguirão constituir quantidades adequadas deste hormônio, induzindo à menor produção de hemácias e à consequente anemia (BRAGA, 2009).

A IRC delongada também ocasiona osteomalácia, condição em que os ossos são parcialmente absorvidos e, desta forma, tornam-se muito frágeis. Ensejo admirável da osteomalácia é o subsequente: a vitamina D precisa ser transformada por um processo em dois estágios, inicialmente no fígado e, em seguida nos rins em 1,25-di-hidroxicolecalciferol antes de ser apto de promover a absorção de cálcio pelo intestino. Assim, o dano grave do rim restringe em muito a concentração sanguínea de vitamina D ativa, o que por sua vez abranda a absorção intestinal de cálcio e a sua disponibilidade aos ossos (GUYTON; HALL, 2011).

Outra causa formidável de desmineralização do esqueleto, na IRC, é o acréscimo da concentração sérica de fosfato que acontece em decorrência da menor filtração glomerular. Este aumento acarreta uma elevada ligação do fosfato com o cálcio plasmático, atenuando assim a concentração sérica de cálcio ionizado no plasma, o que, por sua vez estimula a secreção do paratormônio. Esse hiperparatireoidismo secundário, então, instiga a liberação de cálcio dos ossos, custando ainda mais desmineralização óssea (SILVA et al, 2011).

A perda grave da função renal, tanto aguda quanto cronicamente, é uma iminência à vida e requer remoção de detritos tóxicos e restauração do volume e da composição dos fluidos corpóreos ao normal (GUYTON; HALL, 2011). Para evitar e amenizar os sintomas e complicações de IRC, o paciente necessita ser submetido a alguns tratamentos, que dependerão da evolução da doença (TERRA et al, 2010).

Dentre os tratamentos disponíveis os quais substituem parcialmente a função renal encontram-se: conservadores, diálise peritoneal e suas modalidades, hemodiálise e transplante

renal (TAKEMOTO et al, 2011). O tratamento conservador dá-se por meio de terapêutica medicamentosa e dietética. A diálise (terapia renal substitutiva) será necessária quando os medicamentos, dieta e restrição hídrica se tornarem insuficientes (TERRA et al, 2010).

Tanto a diálise peritoneal quanto a hemodiálise são abalizados em um mesmo princípio: a interposição de uma membrana semipermeável entre o sangue do cliente, no compartimento vascular, que se revigora a cada instante, e uma solução dialisante, no compartimento do dialisador (NEPOMUCENO, 2011).

As recomendações para se principiar a terapia renal substitutiva podem ser racionadas entre as consideradas como urgência e aquelas eletivas. Estas últimas podem ser apuradas pelo nível de função renal, por parâmetros nutricionais e ou pela compleição de sintomas urêmicos. Tendo em vista estas indicações, as condições clínicas avaliadas como reminiscentes para se iniciar terapêutica dialítica em caráter de urgência são bastante consensuais: hipercalemia ou hipervolemia impérvias às medidas clínicas precedentes ou quando há risco iminente de vida, pericardite ou encefalopatia urêmica (ROCHA, 2010).

As finalidades da diálise peritoneal incidem em remover as substâncias tóxicas e os resíduos metabólicos e restituir o equilíbrio hidroeletrólítico normal. Esta modalidade terapêutica pode ser escolhida para os pacientes que são incapazes ou não tem vontade de se debelar a hemodiálise ou ao transplante renal. Neste tipo de terapia renal substitutiva, a membrana peritoneal que cobre os órgãos abdominais e reveste a parede abdominal serve como a membrana semipermeável. O líquido dialisado estéril é introduzido dentro da cavidade peritoneal por meio de um cateter abdominal. Os produtos metabólicos finais normalmente excretados pelos rins são refinados do sangue através da difusão e osmose, à medida que os artigos residuais se movem do suprimento sanguíneo peritoneal para o revestimento da membrana peritoneal por meio da membrana peritoneal. Após várias horas, o dialisado é escoado do abdome e leva os resíduos do sangue (SMELTZER et al, 2012).

A hemodiálise (HD) é uma terapia renal substitutiva que consiste na filtração extracorpórea do sangue por intermédio de uma máquina. Trata-se de um método de filtração e depuração do sangue de substâncias tóxicas, como uréia e creatinina, através de um filtro de hemodiálise ou capilar devido à deficiência do mecanismo no organismo do paciente com IRC (TAKEMOTO et al, 2011).

A HD é o método de diálise mais trivial. É empregada para os pacientes que estão agudamente doentes e que necessitam de diálise por curto prazo (dias a semanas), assim como aos que precisam de terapia de extenso prazo ou permanente. Neste processo um dialisador (também mencionado como um rim artificial) serve como uma membrana semipermeável

sintética, suprimindo os glomérulos e túbulos renais como filtro aos rins afetados (SMELTZER et al, 2012).

Os desígnios da hemodiálise são extrair as substâncias nitrogenadas tóxicas do sangue e remover a demasia de água. Deste modo, neste procedimento o sangue, carregado de toxinas e resquícios nitrogenados, é repellido do paciente para o dialisador, onde as toxinas são retiradas e o sangue é restabelecido ao paciente (SMELTZER et al, 2012).

Ainda para os autores mencionados, os princípios nos quais se fundamenta a hemodiálise são a difusão, osmose e ultrafiltração. As toxinas e resíduos no sangue são extraídos por difusão – ou seja, eles se movem a partir de um meio de concentração mais elevado no sangue para uma área de concentração mais baixa no dialisado. Este, por sua vez, é uma solução composta de todos os eletrólitos importantes em suas concentrações extracelulares ideais. O coeficiente de eletrólitos no sangue do cliente pode ser cordato por meio do ajuste apropriado no banho de dialisado. A membrana semipermeável evita a difusão de moléculas grandes, como eritrócitos e proteínas.

Em se tratando do excesso de água, este é removido do sangue por osmose, durante a qual a água se movimenta de um meio de maior concentração de soluto (sangue) para uma área de menor concentração de soluto (o banho de dialisado). Já na ultrafiltração, a água move-se sob elevada pressão para um meio de menor pressão. Esta técnica é mais competente que a osmose na retirada de água, sendo realizada aplicando-se pressão negativa ou uma força de sucção à membrana de diálise. Completando esses princípios, insere-se a adsorção – que consiste na retirada de solutos que se abocam nos sítios enzimáticos presentes na membrana semipermeável (NEPOMUCENO, 2011). Vale salientar, que o sistema-tampão orgânico é mantido empregando-se um banho de dialisado instituído de bicarbonato ou acetato metabolizado (SMELTZER et al, 2012).

Visando os possíveis efeitos colaterais, biológicos, psicológicos e sociais e os longos períodos de constância dos clientes nas sessões terapêuticas, é formidável que a unidade de diálise consista em um local aprazível a todos a fim de comportar as máquinas, com instalação elétrica específica, fonte de água corrente ao líquido de diálise e uma saída para entornar o líquido proveniente do dialisador (NEPOMUCENO, 2011).

Por ser um processo contínuo, a hemodiálise leva a conflitos psicossociais, como alteração da imagem corporal (tratando de procedimento invasivo com acesso vascular), dependência, perspectiva de uma morte potencial, restrições dietéticas e hídricas e alterações na interação social não só do paciente, como também da sua família (TAKEMOTO et al, 2011).

O acesso vascular do paciente precisa ser fundado para permitir que o sangue seja removido, purificado e devolvido ao sistema vascular do paciente em velocidades entre 300 a 550 mL/minuto. As vias de acesso mais habituais usadas na HD são o cateter e a fístula. Nesta perspectiva, o acesso confinante à circulação do paciente para hemodiálise aguda é adquirido inserindo-se um cateter calibroso, com luz dupla – o cateter de duplo lúmen (CDL), na veia subclávia, jugular interna ou femoral. Esse procedimento envolve algum risco (p. ex., hematoma, pneumotórax, infecção) e pode ser usado por não mais que 3(três) semanas. Trata-se de um acesso temporário, sendo utilizado quando há precisão de se iniciar o tratamento de emergência e não houve tempo para efetivação da fístula, ou se esta não amadureceu o aceitável, ou ainda se existe algum enigma com a mesma (SMELTZER et al, 2012; NEPOMUCENO, 2011).

O processo optado de acesso permanente é uma Fístula Arteriovenosa (FAV) que é criada através de meios cirúrgicos (usualmente no antebraço) para anastomosar uma artéria a uma veia – veias cefálicas com as artérias radial e braquial – quer de modo término-terminal, quer término-lateral. As agulhas são introduzidas no vaso e, desta forma, obtém-se o fluxo sanguíneo correspondente para atravessar o dialisador. A fração arterial da fístula é empregada para o fluxo arterial para dialisador, enquanto o segmento venoso para a reinfusão do sangue dialisado (SMELTZER et al, 2012).

Neste contexto, é válido ressaltar que para autenticidade desse acesso, deve-se permitir que a fístula amadureça durante pelo menos 14 dias. Isso abona tempo à cicatrização e para que o segmento venoso da fístula se dilate para adequar duas agulhas calibrosas. A alteração no fluxo do sangue deixa a veia dilatada e com paredes mais fortes e resistentes, admitindo assim um fluxo de sangue rápido e a consumação de várias punções, sem que a veia se rescinda (SMELTZER et al, 2012; NEPOMUCENO, 2011).

Conforme Nepomuceno (2011) as condições eletivas para o início do tratamento dialítico aprimoram-se em dois critérios: Taxa de Filtração Glomerular (TFG) e a circunstância nutricional. A TFG é um método laboratorial de baixo custo que colabora na estimativa da função renal por meio da dosagem de creatinina sérica, sendo calculado pelo Clearance de creatinina através de tais fórmulas:

$$\text{Clearance de creatinina} = \frac{\text{Creatinina urinária} \times \text{Volume urinário (mL/min)}}{\text{Creatinina plasmática}}$$



Os saldos são avaliados de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) em estádios que abarcam 0, 1, 2, 3, 4, 5, em conformidade com a Taxa de Filtração Glomerular (TFG), onde 0 (zero) significa risco de doença renal com TFG maior que 90; 1(um) lesão renal mínima com TFG maior que 90; 2 (dois) lesão renal leve com TFG entre 60-89; 3(três) lesão renal moderada com TFG entre 30-59; 4(quatro) lesão renal grave com TFG 15-29; 5(cinco) falência renal com TFG menor que 15 (NEPOMUCENO, 2011).

Ultimamente, o peso seco é uma apreciação muito utilizada e importante de se apreender na hemodiálise. Este se refere ao peso ideal, preconizado pelo médico por meio do cálculo baseado na altura e idade do paciente. Sua importância pauta-se por se aludir ao peso que deve ser alcançado ao término de cada sessão de hemodiálise, sem qualquer intercorrência como hipotensão, câimbra, cefaleia (BRAGA, 2009).

O processo de hemodiálise principia com duas punções na veia da fístula arterio-venosa (FAV), uma arterial e outra venosa, conseqüentemente o sangue segue pela linha arterial, passando pela bomba propulsora de sangue, adentrando por cima do dialisador. Concomitantemente, a solução e a água, antecipadamente purificada, entram na máquina se confundem e são pré-aquecidas, em torno de 37°C evitando hipotermia, e adentram por baixo no dialisador. Neste, advêm os princípios fundamentais da hemodiálise para remoção do excesso de líquido e das toxinas urêmicas presentes no sangue do paciente. Consecutivamente o sangue sai do dialisador, atravessa o catabolhas, o qual detecta a presença de ar no circuito extracorpóreo, e retrocede pela punção venosa ao paciente. A solução entra na máquina transcorre pelo detector de hemoglobina, para conferir se o paciente está em processo de hemólise, saindo posteriormente para expurgo (NEPOMUCENO, 2011).

De acordo com Rocha (2010) as cardeais complicações apresentadas durante a sessão de hemodiálise, em ordem decrescente de frequência são: hipotensão, náuseas e vômitos, cefaleia, dor lombar, prurido, hipertermia e calafrios. Logo, as implicações menos comuns, contudo sérias e que podem levar à óbito abrangem: a síndrome do desequilíbrio, reações de hipersensibilidade, arritmia, hemorragia intracraniana, convulsões, hemólise e embolia gasosa.

Para os clientes com IRC, a hemodiálise previne a morte, posto que não cure a doença renal e não compense a perda das prestezas endócrina e metabólica dos rins. Rotineiramente, os tratamentos acontecem três vezes por semana, em sessões de 3 a 4 horas. Os pacientes recebem diálise recorrente ou de manutenção quando necessitam de terapia de diálise para a sobrevida e controle dos sintomas urêmicos (SMELTZER et al, 2012).

Entre os múltiplos programas substitutivos da função renal, o transplante renal é o melhor tratamento para clientes que não deparam contra indicações para realizá-lo, podendo proporcionar uma melhor qualidade de vida aos pacientes, sendo também mais custo-efetivo do que a diálise. O transplante de rim submerge transplantar um rim de um doador vivo – relacionado (parente) e não-relacionado (não-parente) - ou doador cadáver para um receptor com IRC. Os pacientes que se submetem ao transplante renal a partir de doadores vivos previamente que a diálise seja encetada, comumente apresentam sobrevida mais longa do rim transplantado que os pacientes receptores do transplante após ter iniciado o tratamento de diálise (BRAGA, 2009; SMELTZER et al, 2012).

As potenciais complicações da insuficiência renal crônica incluem: hipercalemia decorrente da excreção atenuada, acidez metabólica, catabolismo e consumo excessivo; pericardite, derrame pericárdico e tamponamento pericárdico devido à detenção dos produtos residuais urêmicos e diálise imprópria; hipertensão procedente da retenção de sódio e água e mau funcionamento do sistema renina-angiotensina-aldosterona; anemia proveniente da produção amortecida de eritropoietina, espectro de vida diminuído do eritrócito, sangramento do trato GI devido às toxinas irritantes e à concepção de úlcera, e detrimento sanguíneo durante a hemodiálise; doença óssea e calcificações metastáticas e vasculares derivado da retenção de fósforo, níveis séricos de cálcio desprezíveis, metabolismo atípico da vitamina D e níveis de alumínio aumentados (SMELTZER et al, 2012).

Os progressos tecnológicos relacionados com a área da saúde consentiram uma evolução na assistência às pessoas com IRC, agenciando um aumento de sua sobrevida e uma melhoria da qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise. Todavia, as modificações no estilo de vida acarretadas pela insuficiência renal crônica e pelo tratamento dialítico acarretam limitações físicas, sexuais, psicológicas, familiares e sociais, as quais podem afetar a qualidade de vida. Estes pacientes expressam sentimentos negativos, como medo do prognóstico, da incapacidade, da dependência econômica e da alteração da auto-imagem. Por outro lado, eles também reconhecem que o tratamento lhes permite a espera pelo transplante renal e, com isso, uma expectativa de melhoria da qualidade de vida (ROCHA, 2010; NEPOMUCENO, 2011).

## 2.2 Qualidade de vida de pacientes que se submetem a tratamento hemodialítico.

A qualidade de vida (QV) é distinguida como um conceito multidimensional, que difere entre autores. Contudo, todos acordam ser de suprema importância à inclusão na apreciação, de aspectos físicos como a capacidade funcional, as interações sociais, o comportamento afetivo e emocional e a saúde mental, congregando assim os diversos aspectos da vida humana. Sobrepondo-se, também concordam com o fato de que apenas a pessoa pode avaliar ou qualificar sua vida (CORDEIRO et al, 2009).

A primeira tentativa em conceituar Qualidade de Vida pode ser expedida ao ano 384 a.C., quando Aristóteles catalogou felicidade a bem-estar, no entanto, a adjacência QV ainda não havia sido usada. Prontamente a alocação da relação saúde – qualidade de vida surge com o nascimento da medicina social, entre os séculos XVIII e XIX. Porém, o conceito como tal e apreensão pela evolução metódica e científica do mesmo são relativamente recentes (ROCHA, 2010).

A terminologia Qualidade de Vida urgiu primeiramente na literatura médica em 1930, começando a difundir-se apenas em 1960. Inicialmente, foi usada no senso comum, baseando-se no conhecimento intuitivo, surgindo a partir de púberes padrões que passaram a incitar políticas e práticas deste campo (CHERCHIGLIA et al, 2010).

Durante a década de 1950 e princípio de 1960, o crescente empenho por conhecer o bem-estar humano e a preocupação pelas implicações da industrialização na sociedade induziram a precisão de avaliar essa realidade através de dados objetivos. Em 1960, confinando das contribuições das Ciências Sociais, por intercessão do desenvolvimento dos indicadores sociais e estatísticos, tornou-se presumível medir as informações e eixos acoplados ao bem-estar social da população. Essas referências, num primeiro momento evoluíram como identificadores as condições objetivas de tipo econômico e social e, num segundo momento apreciaram os elementos subjetivos (NEPOMUCENO, 2011).

Nos últimos anos, o estudo sobre qualidade de vida ostenta importância sob vários aspectos, particularmente em deferência à sua avaliação e mensuração, quer de modo individual, quer coletivo. Todavia, a literatura tem demonstrado a carência de consenso acerca do conceito Qualidade de Vida, caracterizando-o como subjetivo e multidimensional, além de dinâmico, haja vista que se modifica no processo de viver (GRASSELLI et al, 2012).

O grupo de estudiosos sobre Qualidade de Vida (QV), abocados a Organização Mundial de Saúde, pondera que a despeito de não existir uma conceituação consensual, existem características triviais do constructo QV, como a *subjetividade*, que alude ao

propósito da percepção pessoal; a *multidimensionalidade* que compreende várias dimensões na constituição da QV: física, psicológica e social; e a *bipolaridade* que menciona à inclusão de dimensões tanto positivas quanto negativas (BRAGA, 2009).

Neste sentido, o conceito de qualidade de vida é abarcante, uma vez que interliga diversas abordagens e problemáticas. Considerando a produção técnica, destacam-se três esferas complementares, as quais são fundamentais para a análise da QV. O primeiro âmbito aborda a altivez entre os aspectos materiais e imateriais da QV, sendo os aspectos materiais deferentes às necessidades humanas básicas - as condições de habitação, o abastecimento de água e o sistema de saúde, ou seja, os aspectos de natureza física e infra estrutural. Enquanto os aspectos imateriais estão acatados ao meio ambiente, ao patrimônio cultural e ao bem-estar social. Um segundo âmbito faz a distinção entre os aspectos individuais e os coletivos. Os elementos individuais pautam-se, sobretudo com a condição econômica, pessoal e familiar; prontamente os coletivos estão inteiramente atrelados aos serviços básicos e públicos. A terceira esfera seria a contestação entre os aspectos objetivos da QV, que são fluentemente apreendidos através da definição de indicadores de natureza quantitativa, e os aspectos subjetivos, que expedem a concepção subjetiva que os indivíduos têm sobre QV, a qual varia conforme a pessoa e o estrato social (BRAGA, 2009).

No que concerne a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) esta concebe uma tentativa de quantificar, em termos cientificamente analisáveis, as insinuações das patologias e tratamentos, conforme a percepção subjetiva dos pacientes. Do mesmo modo, a QVRS autoriza a abordagem dos clientes com IRC segundo dimensões formidáveis que podem estar comprometidas e que ademais podem direcionar atuações peculiares para o atendimento desses pacientes (ROCHA, 2010).

Os progressos tecnológicos e terapêuticos na área da diálise cooperaram para o aumento da sobrevida dos doentes renais crônicos, sem possibilitar-lhes, no entanto, o regresso às suas atividades normais. Isto os tornou dependentes daqueles para sobreviverem, ocasionando mudanças e limitações no seu cotidiano (BRAGA, 2009).

Presentemente a modalidade dialítica expande seus objetivos em busca não somente da reversão dos sintomas urêmicos, como também da redução das complicações a longo prazo, da diminuição do risco de mortalidade, da melhoria da QV e da reintegração social do cliente (FRAZÃO; RAMOS; LIRA, 2011).

A Qualidade de Vida dos pacientes em diálise parece estar depreciada em colocação de quatro fatores basilares: fatores associados à enfermidade, fatores associados ao tratamento, fatores psicológicos e fatores sociais. Os fatores associados à doença

compreendem dor, fadiga e incapacidade. Dentre os fatores relacionados ao tratamento enfatizam-se os horários da diálise, o tempo solicitado para o tratamento, condições nutricionais e comorbidades. Nos fatores psicológicos e sociais estão abrangidos a depressão e o suporte social, as apreensões com a doença, as habilidades intelectuais e as parábolas de se manter trabalhando. (BRAGA, 2009).

Nesse contexto, a adjacência qualidade de vida, está inteiramente relacionada ao modo de raciocinar e de viver do paciente frente às condições culturais, físicas, psicológicas, espirituais e sociais em que estão inseridos. Todos estão à procura de um novo entendimento sobre saúde, propendendo à qualidade de vida e a tão presumida longevidade (NEPOMUCENO, 2011).

As mudanças nos hábitos de vida dos pacientes em tratamento hemodialítico não se limitam à alimentação e hidratação, como também a atividade física, lazer e trabalho. Também sobrevém a dependência de tecnologias e de familiares, de profissionais de saúde. A restrição de um dos braços, procedente da fistula arteriovenosa, e o desconforto ocasionado pelo cateter do pescoço, bem como a autoimagem alterada provocam mudanças na execução das atividades cotidianas e profissionais dos pacientes, gerando insegurança no cuidado consigo mesmo (SILVA et al, 2011).

Os aspectos capacidade funcional e a sobrecarga imposta pela doença renal estão inter-relacionados e são francamente dependentes da saúde física, para serem avaliadas pelos clientes. São lamentações constantes dos clientes em hemodiálise a falta de energia, sensação de desânimo e fadiga, o que possivelmente atenua a qualidade de vida destes pacientes (SANTOS; ROCHA; BERARDINELLI, 2011).

Nas dimensões da vida social, as relações igualitárias que constituíam no ambiente laboral, nas atividades de lazer e nas viagens são distorcidas pelo tratamento. A alegria de viver conexas ao prazer de visitar a família, os amigos, estimada pelos pacientes como importantes para conservar a qualidade de vida, ficam afetadas. Vale salientar que estas impossibilidades se dão em razão da periodicidade das sessões de hemodiálise. Ressalva-se também, o convívio dos pacientes em ter que se locomover de suas residências até o hospital para realização da terapia renal substitutiva, por vezes morando em outras cidades. Compete ainda adicionar que, grande parcela do tempo desses pacientes é destinada à manutenção das sessões semanais de hemodiálise, o que conduz danos à qualidade de vida (SILVA et al, 2011; TERRA et al, 2010).

Os aspectos psíquicos relacionados à hemodiálise observam-se sentimentos dúbios de anuência e revolta nos pacientes que necessitam deste tratamento para sobreviver, uma vez

que ao mesmo tempo em que avaliza a vida, torna a pessoa dependente da tecnologia. Existe um simbolismo atribuído à hemodiálise, controvertendo a mesma como uma relação de “vida e morte”, levando em consideração que a sobrevivência é possível pelo processo de hemodiálise. Os sentimentos referidos pelos pacientes abrangem angústia, insegurança, pânico, depressão, desânimo, sensação de prisão da máquina, medo alistado às limitações decorrentes desta situação e das suas repercussões e alterações no modo de ser e viver, com possíveis contrafações em sua qualidade de vida (SILVA et al, 2011).

Ressalta-se que pacientes em hemodiálise são submetidos a inúmeras pressões psicológicas e limitações; podem-se enfatizar: a dependência e restrições atribuídas pelo tratamento, o medo da morte, as complicações físicas da doença e as mudanças da imagem corporal. A situação de dependência acende desgaste tanto para o paciente, quanto para os amigos e familiares. A ociosidade por parte do paciente origina sentimento de inutilidade e desvalorização (FRAZÃO; RAMOS; LIRA, 2011).

Esteado pelo conceito da Organização Mundial de Saúde de que saúde consiste em um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de enfermidade, o foco peculiar na doença, que sempre conteve a pesquisa na área da saúde, vem renunciando espaço ao estudo das características adaptativas, como resiliência, esperança, astúcia, inventividade, coragem e espiritualidade. Desta forma, constata-se que religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais não são temas adventícios ao conceito Qualidade de Vida, sendo, de fato uma de suas dimensões (NEPOMUCENO, 2011).

Nesta perspectiva, tanto a fé quanto a crença em algo sagrado são detectadas comumente em pessoas que estão em tratamento hemodialítico. Estes pacientes procuram nas ocasiões de dor e incerteza, o alívio e a esperança através de ajuda divina no intuito de resgatar significado para suas vidas. É evidente que pessoas religiosas possuem capacidade para encarar de maneira mais confortável e menos traumática os problemas crônicos, e que a envoltura religiosa proporciona bem-estar conexo a um altivo nível de qualidade de vida (CORDEIRO et al, 2009).

Destarte, é cogente ter uma visão mais unificada, perfilhando a semelhança da espiritualidade com as demais dimensões da vida, não olvidando de que o bem-estar espiritual e uma experiência de fortalecimento, de adesão buscada de maneira proposital pelos pacientes para efetivação de um enfrentamento de sucesso é admirável para melhoria da qualidade de vida e para desenvolvimento pessoal em uma visão biopsicossocioespiritual (NEPOMUCENO, 2011).

### III PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1 Tipo de Pesquisa

A pesquisa realizada foi do tipo exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, que conforme Minayo (2010) replica a questões muito peculiares. Esta autora absorve-se com o nível de realidade que não pode ser quantificado, quer dizer, trabalha com o universo de significados, pretextos, anseios, crenças, denodos e atitudes, o que satisfaz a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser compendiados à operacionalização de variáveis. Desse modo, como quaisquer fenômenos humanos, as investigações sociais estão pautadas a interesses e circunstâncias socialmente emendadas. Enquanto prática intelectual, a ação de investigar cogita também dificuldades e problemas próprios das ciências sociais, mormente sua intrínseca relação com a dinâmica histórica.

Também nessa perspectiva a autora referida abaliza que a pesquisa social em saúde se traduz em todas as averiguações que tratam do fenômeno saúde/doença, de sua representação pelos vários atores que operam no campo: as instituições políticas e de serviços e os profissionais e usuários.

Apreciando a historicidade da pesquisa social, Minayo (2010) sobrepõe:

Do ponto de vista antropológico, pode-se dizer que sempre houve a preocupação do homem com o conhecimento da realidade. As tribos primitivas, por meio dos mitos, já tentavam explicar os fenômenos que cercam a vida e a morte, o lugar dos indivíduos na organização social com seus mecanismos de poder, controle, convivência e reprodução do conjunto da existência social (MINAYO 2010, p.47).

Em analogia ao método qualitativo, apreende-se como uma prática que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, sentem, pensam, constroem seus artefatos e a si mesmos. As abordagens qualitativas se moldam melhor nas investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos. Esse tipo de método, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica

interna do grupo ou do processo em estudo. Por isso, é também usado para elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias (MINAYO, 2010).

### **3.2 Local da Pesquisa**

O cenário da pesquisa se desenvolveu no Hospital Antônio Targino, localizado no município de Campina Grande - PB, que atende a pacientes submetidos à terapia hemodialítica.

### **3.3 População e Amostra**

De acordo com Gil (2008), a população consiste em um conjunto definido de subsídios que possuem determinadas características. Nessa acepção, a população definida ao estudo foram pacientes que possuíssem diagnóstico médico de insuficiência renal crônica e que se submetessem à terapia hemodialítica.

Prontamente, a amostra é o subconjunto do universo ou população, por meio do qual se estabelecem ou se estimam as características desse universo. O tamanho da amostra diz respeito à quantidade de pessoas que irá participar do estudo (GIL, 2008). Quando um pesquisador elege uma pequena parte de uma população (amostra), espera que ela seja representativa dessa população que pretende estudar.

Para selecionar a amostra foram adotados os seguintes critérios de inclusão: pacientes com idade superior ou igual a 18 anos, que realizassem terapia hemodialítica no momento da coleta e aceitassem participar da pesquisa, pacientes que possuíssem diagnóstico médico de insuficiência renal crônica e fossem submetidos à terapia hemodialítica.

Fizeram parte dos critérios de exclusão: pacientes que estivessem realizando diálise peritoneal.

Nessa perspectiva, a amostra da pesquisa foi composta por 20 pacientes com insuficiência renal crônica, que estivessem sendo submetidos à terapia hemodialítica. Esta amostra foi realizada conforme o Critério de Saturação, o qual Minayo (2010) define:

Por critério de saturação se entende o conhecimento formado pelo investigador, no campo, de que conseguiu compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo. No entanto, provisoriamente o



investigador pode e deve prever um montante de entrevistas e de outras técnicas de abordagem a serem balizadas em campo, à medida que consiga o entendimento das homogeneidades, da diversidade e das intensidades das informações necessárias para seu trabalho (MINAYO 2010, p. 197-198).

### **3.4 Instrumento para Coleta de Dados**

Na percepção de Marconi e Lakatos (2010), o instrumento de pesquisa é a técnica selecionada para coleta de dados. Nesse sentido, o instrumento desta pesquisa foi uma entrevista semi estruturada (APÊNDICE B), a qual obedeceu a um roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formal (GIL, 2008).

### **3.5 Considerações Éticas**

Ao serem convidados a participar da pesquisa, os participantes foram informados de que o objetivo do estudo foi investigar as experiências vividas e os sentimentos de pacientes em terapia hemodialítica.

O sigilo, o anonimato e a desistência em qualquer momento da pesquisa foram avaliados mediante a participação de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), provido no ato da entrevista. Os participantes tiveram a segurança do anonimato diante da publicação dos resultados, uma vez que seus discursos foram identificados por pseudônimos.

Os critérios utilizados corresponderam à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que outorga diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Também foi solicitada permissão para gravar as entrevistas. A pesquisa foi realizada após a anuência do diretor do referido hospital (ANEXO A) e da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer de nº 530.943 (ANEXO C).

### **3.6 Coleta de Dados**

Refere-se à etapa em que se inicia a aplicação dos instrumentos elaborados e das técnicas selecionadas, a fim de se efetuar a coleta de dados previstos. O rigoroso controle na justaposição dos instrumentos de pesquisa é fator fundamental para evitar erros e defeitos na

coleta, haja vista que por meio desta serão obtidos os subsídios necessários para o desenvolvimento do estudo (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Nesse sentido, os dados foram coletados através de uma entrevista semi estruturada, uma vez que esse método permite que o participante interaja de forma espontânea, expresse seus sentimentos e emoções e desenvolva um discurso direto, sem receios. Esta entrevista foi desenvolvida no período de fevereiro de 2014, e os discursos foram registrados em um aparelho MP3 *player*.

O tempo das entrevistas dependeu da capacidade dos participantes do estudo em municiar as informações desejadas. As entrevistas foram transcritas textualmente e prontamente após a leitura sucessiva do material, procedeu-se à compilação dos participantes do estudo extraíndo as categorias dos discursos agrupados pela similaridade, sendo plausível assim formar o *corpus* coletivo dos discursos.

### **3.7 Análise de Dados**

Posteriormente a coleta de dados, a fase seguinte da pesquisa foi a de análise e interpretação. Estes dois processos, embora conceitualmente distintos, aparecem continuamente relacionados. A análise objetiva organizar e resumir os dados de forma tal que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação. Logo a interpretação tem como finalidade a procura do sentido mais amplo das respostas, o que é feito mediante sua transação a outros conhecimentos anteriormente obtidos (GIL, 2008).

Para a análise de dados foi usada uma abordagem qualitativa, visando identificar as percepções, crenças, valores, motivações e estilos dos participantes. O método empregado foi a Análise Temática (MINAYO, 2010).

Segundo a autora, operacionalmente, a análise temática desdobra-se em três etapas:

1) A pré-análise: consiste na escolha dos documentos a serem analisados, na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa e a elaboração de indicadores que orientem na compreensão do material e na interpretação final. Nessa fase pré-analítica determina-se a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise;

2) A exploração do material: consiste essencialmente numa operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto. Nesta fase faz-se o recorte do texto em

unidades de registro tal como foi estabelecido na pré-análise; consecutivamente, escolhem-se as regras de contagem e, posteriormente, realizam-se a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que conduzirão a especificação dos temas;

3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os resultados brutos são submetidos a operações estatísticas simples (porcentagens) ou complexas (análise fatorial) que permitem colocar em relevo as informações obtidas. Continuamente, realizam-se inferências e interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico do estudo.

## IV ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Por meio de incursões nos discursos dos partícipes, foi possível apreender a realidade que se delineia na experiência cotidiana desses atores. Neste capítulo, serão oferecidos os resultados desta pesquisa. Inicialmente, será apresentada a caracterização sóciodemográfica e clínica dos participantes da pesquisa, embasada no preenchimento das questões objetivas do instrumento da coleta de dados e, em seguida, os resultados e discussões das análises das falas dos participantes.

### 4.1 Caracterização Sociodemográfica e Clínica dos Participantes da Pesquisa

A amostra do estudo foi composta por 20 participantes e os dados sociodemográficos e clínicos estão apresentados na Tabela 1 abrangendo nove variáveis, são elas: faixa etária, escolaridade, religião, etnia, número de filhos, estado civil, renda familiar, profissão/atividade/ocupação e data do diagnóstico (ano).

Tabela 1 – Caracterização sóciodemográfica e clínica dos participantes da pesquisa. Campina Grande- PB, 2014.

Variáveis	<i>f</i>	%
<b>Idade</b>		
26  – 44	8	40
45  – 62	4	20
63  – 80	8	40
<b>Escolaridade</b>		
E.F. Completo	4	20
E.F. Incompleto	10	50
E.M. Completo	4	20
E.M. Incompleto	1	5
E. S. Completo	1	5
<b>Religião</b>		
Católica	13	65
Protestante	6	30
Sem religião	1	5
<b>Etnia</b>		
Parda	18	90
Negra	2	10
<b>Nº de filhos</b>		
0 à 3	12	60

4 à 7	8	40
<b>Renda Familiar</b>		
Até 1 salário	16	80
1 a 2 salários	2	10
3 a 4 salários	0	0
Acima de 5 salários	1	5
Sem renda	1	5
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	4	20
Casado	11	55
União Consensual	1	5
Divorciado	2	10
Viúvo	2	10
<b>Profissão/atividade/ocupação</b>		
Aposentado	9	45
Afastado/INSS	3	15
Empresário	1	5
Jardineiro	1	5
"Do lar"	5	25
Desempregado	1	5
<b>Data do Diagnóstico (ano)</b>		
2004	2	10
2007	1	5
2011	1	5
2012	6	30
2013	9	45
2014	1	5
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Fonte: Dados da pesquisa, 2014.**

Legenda: NA= Não alfabetizado, EF= Ensino Fundamental , EM= Ensino Médio, ES= Ensino Superior. INSS = Instituto Nacional de Seguridade Social.

Em presença da apresentação dos resultados da caracterização sociodemográfica e clínica na Tabela 1 é possível averiguar quanto a variável idade uma equidade nas faixas etárias de 26 a 44 (40%) e de 63 a 80 (40%), ambas predominando oito pacientes.

Considerando, pois, o cenário construído pela prevalência da doença renal em que esta atinge um número expressivo de pessoas ainda na juventude e idade produtiva, submetendo-os aos recursos da terapêutica hemodialítica, entende-se que estes jovens e adultos, vão tornar-se idosos já contrafeitos pela cronicidade de sua patologia.

Alguns estudos sugerem a idade avançada como um fator que influencia fortemente na mortalidade, todavia não deve anteparar a indicação de tratamento. Deste modo, os efeitos

negativos da idade avançada e elevada comorbidade podem ser equilibrados pelos cuidados ministrados aos pacientes, bem como pelo número, duração e qualidade das sessões de diálise, as quais podem melhorar a expectativa de vida deste grupo etário (SHOWKAT; ACCHIARDO; OWEN, 2010).

No que concerne à escolaridade, 10 (50%) dos participantes alegaram não ter concluído o ensino fundamental, o que se torna preocupante, haja vista a acuidade da educação para o apropriado prosseguimento do tratamento, além de uma maior facilidade de entendimento para pessoas que tem um grau de escolaridade mais alto.

Nos estudos de Rocha (2010), onde foram avaliados 43 pacientes com doença renal crônica, atendidos na Unidade de Diálise da Enfermaria de Nefrologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ), verificou-se que 17 clientes (39,54%) possuíam ensino fundamental incompleto. Observa-se que clientes com maior escolaridade podem possuir recursos intelectuais capazes de gerar melhor adaptação emocional as conseqüências da doença e do tratamento (ROCHA, 2010).

Desse modo, faz-se necessário que o ensino do autocuidado aos pacientes com essa característica de formação educacional seja adequado a sua especificidade, propendendo favorecer sua compreensão, perante a complexidade da terapia hemodialítica com a qual eles têm que conviver.

Ao serem abordados sobre a religião, 13 (65%) dos participantes se autodenominaram católicos, seguidos de seis (30%) protestantes e um (5%) sem nenhuma religião. Dados análogos foram encontrados nos estudos de Nepomuceno (2011) onde, nas opções religiosas 60% da amostra se autodenominou católica; 34% evangélicos; 3% espíritas e 3% se disseram sem nenhuma religião.

Os pacientes que possuem doenças crônicas, muitas vezes incuráveis, apegam-se a fé e ao ato religioso como forma de encontrar um apoio e um alívio para sua dor. Atualmente são demonstradas associações entre maior religiosidade e espiritualidade com as doenças, onde é possível observar um maior bem-estar geral, menor prevalência de depressão, melhor qualidade de vida, menor mortalidade, menor tempo de internação e até melhor função imunológica (NEPOMUCENO, 2011).

Portanto, não se pode conceber que a ausência de religiosidade deva conduzir a doenças, mas apenas pode-se compreender que a religiosidade pode constituir-se como fator de proteção ou mesmo de enfrentamento diante das adversidades do cotidiano.

Em se tratando da variável etnia, constata-se neste estudo a predominância da cor da pele parda, com quantitativo de 18 pacientes (90%).

Quanto à variável número de filhos, dos 20 pacientes que participaram da pesquisa, observa-se maior predominância no intervalo de nenhum a três filhos, 12 clientes (60%) da amostra.

Observou-se quanto à análise financeira que grande parte dos entrevistados, 16 pacientes (80%) relatam sobreviver com renda até um salário mínimo, a qual denota ser insuficiente para atender às necessidades humanas básicas. Vale salientar que a instituição onde foi desempenhada a pesquisa é vinculada ao setor público (SUS), que pode ser um fator bastante proeminente para o percentual maior de pessoas de classes sociais baixas. Ademais, por ser referência nas regiões circunvizinhas consente uma demanda populacional carente para enfrentar as condições financeiras e se deslocar para a cidade de realização de tratamento que comumente são cidades de grande/médio porte e arcar com custo de vida alto que a própria cidade impõe.

Para avaliar o quanto a renda e as atividades laborativas são resultados ou consequência de uma melhor qualidade de vida, é necessária a elaboração de um estudo mais direcionado aos aspectos sociais e econômicos desses pacientes (SILVA et al, 2011).

Perante a análise do estado civil, verificou-se que onze (55%) dos participantes são casados, quatro (20%) solteiros, um (5%) com união consensual, dois (10%) divorciados e dois (10%) viúvos. Esse achado é corroborado pela análise desenvolvida por Rocha e Fleck (2011) no Hospital das Clínicas de Porto Alegre, com 122 pacientes renais crônicos, na qual foi verificado que 29 pacientes eram solteiros (24%); 72 (59%) casados; 10 (8%) divorciados e 11 (9%) viúvos.

Nos estudos de Chaves et al (2010), quanto ao estado civil, foi constatado que 13% da amostra eram solteiros, 58% casados, 8% divorciados e 21% viúvos.

O suporte familiar é desejável para que o cliente consiga adaptar-se a essa fase de sua vida. Neste sentido, a doença, de certa maneira, é também, da família, pois quando os familiares estão presentes, apoiando o cliente constantemente, ele sente que a sua dor é compartilhada.

Rocha (2010) ressalta que a família pode servir como fonte para o enfrentamento da doença e de suas consequências, uma vez que ela faz parte do contexto no qual o indivíduo está inserido. Muitas vezes a experiência do adoecimento leva ao fortalecimento das relações familiares.

Ao analisar os dados da profissão/atividade/ocupação dos participantes desta pesquisa, houve uma preponderância da qualidade de aposentado, representado por nove (45%) dos clientes, o que pode ter sido adquirido depois do advento da patologia ou após o início do

tratamento. Esse contexto faz com que muitos pacientes se encontrem atualmente na condição de dependência do auxílio doença ou aposentadoria, o que para eles se assinala como uma condição de invalidez, fato este que suscita sentimentos negativos e de frustração pessoal.

O estudo de Silva, Botelho e Cavalcante (2012) detalha que as dificuldades na vida ocupacional se dão devido ao tempo destinado ao tratamento, sendo que os pacientes, muitas vezes, realizam as sessões terapêuticas três vezes por semana, conforme já colocado, e em muitos casos precisam se deslocar de seus municípios para realização da terapia em unidades de referência.

No que pertence a variável data do diagnóstico, examina-se a prevalência de nove pacientes diagnosticados com insuficiência renal crônica no ano de 2013 (45% da amostra). Nos estudos de Nepomuceno (2011) quanto ao tempo que os pacientes possuem diagnóstico de doença renal crônica foi observado uma média de 48 meses, com desvio padrão de 52 meses, sendo o tempo mínimo de 12 meses e tempo máximo de 300 meses de adoecimento.

Mesmo doente, o indivíduo precisa continuar a viver, e continuar com sua vida social. Cabe a cada paciente descobrir dentro de si uma forma de lidar com as limitações e desenvolver um modo de vida que permita uma existência digna. É importante ressaltar que o paciente renal crônico pode contar com o apoio da equipe de enfermagem, a qual deve ajudá-lo a desenvolver uma nova rotina (BISCA; MARQUES, 2010).

## 4.2 Categorias Temáticas

No desdobramento da análise estrutural das entrevistas, emergiram quatro categorias temáticas que se seguem: categoria 1 – *o impacto frente à doença*; categoria 2 – *compreensão da doença*; categoria 3 – *mudanças decorrentes da hemodiálise*, com desdobramento de duas subcategorias: *mudanças negativas e mudanças positivas*; categoria 4 – *esperança de uma nova vida*. Partes das narrativas dos participantes são mencionadas durante a análise, exemplificando e clarificando a interpretação dos dados.

Para preservação do anonimato dos partícipes da pesquisa, utilizou-se pseudônimos que apregoam as emoções e os sentimentos dos mesmos, uma vez que estas demonstrações são uma espécie de linguagem na qual expressamos percepções internas.

Destaca-se que:



As **emoções** são expressões afetivas acompanhadas de reações intensas e breves do organismo, em resposta a um acontecimento inesperado ou, às vezes, a um acontecimento muito esperado. Nas emoções é possível observar uma relação entre os afetos e a organização corporal, ou seja, as reações orgânicas. As emoções são fortes, passageiras, intensas, mas não imutáveis (BOCK et al. 2009, p. 255-258).

Os **sentimentos** diferem das emoções por serem mais duradouros, menos “explosivos” e por não virem acompanhados de reações orgânicas intensas (BOCK et al. 2009, p. 259).

É admirável compreender que a vida afetiva – emoções e sentimentos – compõe o homem e constitui um aspecto de fundamental importância na vida psíquica. As emoções e os sentimentos são como alimentos de nosso psiquismo e estão presentes em todas as manifestações de nossa vida. Precisamos deles porque dão cor e sabor à nossa vida, orientam-nos e nos ajudam nas decisões (BOCK et al., 2009).

#### 4.2.1 Categoria 1 – O impacto frente à doença

Questionados sobre a experiência de ser uma pessoa com doença renal crônica, os participantes recordaram seu primeiro contato com o universo da Doença Renal Crônica e da Hemodiálise. Eles referiram sentimentos de incerteza e angústia perante a possibilidade da morte e a percepção de terem imergido num mundo incógnito e assustador. Relatam as suas dificuldades para aceitar e se adaptar a doença, como esclarece os discursos a seguir:

Quando a médica disse: você vai fazer hemodiálise. Foi mesmo que ter me dado uma ‘facada’. Aí, eu disse: meu Deus... (**Apreensão**)

Foi um susto tão grande que me deu dentro do hospital, que eu só fazia chorar, chorar... (**Medo**)

No início foi difícil pra mim, né? Porque quando eu recebi a notícia que era um doente renal, eu me escondi dentro da ‘caverna’. (**Solidão**)

Fiquei desenganado quando o médico me falou. (**Tristeza**)

Segundo Santos, Rocha e Berardinelli (2011) a doença e o tratamento comumente aparecem de forma abrupta e inesperada, suscitando muita tristeza nos clientes que precisam adaptar-se às mudanças ocasionadas. Nesse contexto, Madeiro et al. (2010) alegam que toda

doença é uma iminência à integridade do ser humano que o acomete sobre sua fragilidade e a possibilidade de causar ineficácia. Assim sendo, deve-se compreender atitudes de defesa como sentimentos de desânimo, de insegurança e uma real fase de pesar frente à ausência da saúde e da ilusão de onipotência.

Denota-se com certa nitidez na interpretação das expressões dos participantes, as fragilidades e as inseguranças impregnadas nas narrativas, quando enfatizado o momento vivido diante o desvendar da enfermidade crônica. Os partícipes lembraram, emocionados, o momento em que foi comunicado que seus “rins” entraram em falência. Expuseram como os marcou o conceito de perderem uma parte do corpo.

Xavier e Santos (2012) enfatizam que existem situações na vida que independem do desejo e esquivam ao controle da pessoa. Nesse ínterim, a pessoa com doença renal crônica é afligida por uma súbita alteração no seu cotidiano, convivendo com dúvidas e com um inevitável pensar na morte.

Destarte, as declarações explanam anseios de desilusão e inquietação em presença do arrebatador cenário vivenciado, representando uma condição de arrefecimento da identidade dos partícipes.

#### **4.2.2 Categoria 2 – Compreensão da doença**

No que concerne à percepção da enfermidade, os participantes entenderam que a mesma torna-se o foco da sua vida. Conscientizaram-se de que não podem mais realizar muitas coisas que valorizavam e que apreciavam no passado. As transformações coagidas envolveram a organização total da vida em seus múltiplos aspectos. As falas que se seguem evidenciam isto:

É um pouco difícil porque mudou muita coisa. A gente não tem mais a liberdade de antes, atrapalha em várias coisas!(**Apego**)

É difícil. A convivência; ter que se afastar mais das coisas quando a pessoa não tem saúde... ficar mais reservado, ter mais paciência pra enfrentar o problema de saúde como esse, né?(**Abnegação**)

Não é muito bom não porque você perde muita coisa. (**Saudade**)

É uma doença que não acaba nunca... é crítico!(**Tristeza**)

Conforme Mattos e Maruyama (2010) o adoecimento se institui em uma experiência singular, pois associam os múltiplos significados tendo por base os conhecimentos vividos por cada indivíduo. Deste modo, a interpretação do adoecimento relaciona os significados compartilhados entre as pessoas nos seus grupos sociais aos significados da doença, do tratamento, das relações com os profissionais da saúde e do sofrimento.

O processo de adoecimento impera a reflexões sobre as atividades cotidianas que eram realizadas anteriormente a doença e as implicações das restrições causadas pela limitação do corpo, conforme ratificam os discursos a seguir:

É horrível demais. Não pode tomar água, não pode comer de tudo, é ruim demais!**(Raiva)**

O que eu sinto mais é a osteoporose, a astrose e a pressão!**(Compreensão)**

Um problema desse de saúde não é bom! Eu tive começo de AVC, aí pronto, as coisas pioraram!**(Decepção)**

É ruim, o rim paralisado é muito ruim. A pessoa não urina, tem vontade de beber água, num bebe... num presta não, é muito ruim.**(Agonia)**

No entanto, para Santos, Rocha e Berardinelli (2011) as pessoas em tratamento hemodialítico não ficam inteiramente impossibilitadas de realizar as tarefas do seu cotidiano. Os autores ultimam que, mesmo diante dos problemas, com o cotidiano alterado por horários de terapia, restrições alimentares, as pessoas com doença renal crônica podem, com ajuda de profissionais: esquematizar atividades, estabelecer projetos e, assim, fazer algo com significado para si, reconstruindo seu coloquial.

Nesta perspectiva, acredita-se que em pacientes submetidos à hemodiálise é de suma importância a orientação sobre a doença para promover nos mesmos, maneiras de viver dentro de seus limites, de forma que não seja antagônica ao seu estilo de vida e consiga conviver e aceitar a doença e o tratamento sem intervenção na autoestima. Como asseguram Smeltzer et al. (2012), a prática de ação educativa à esses pacientes é essencial, pois os levam a manter atividades de vida diária normais, associando a sua rotina atual.

É formidável destacar que todo processo de adaptação a uma nova situação não advém em um passe de mágica, ou seja, é um fenômeno complexo que mobiliza estruturas individuais/existenciais (XAVIER; SANTOS, 2012).

As pessoas com Doença Renal Crônica vivenciam intranqüilidade em seu estado de saúde, vêem-se constantemente em perigo de perder a integridade, tanto física como psíquica,

ou seu lugar na família e na sociedade, em decorrência das alterações em suas funções orgânicas (KIRCHNER; MACHADO; LÖBLER; STUMM, 2011).

É difícil. A sociedade rejeita a gente, o povo acha que a gente está já morrendo. (**Solidão**)

Ser uma pessoa problemática, que depende de tudo. Você tem que pensar, primeiramente, na alimentação. A falta de água é uma coisa incrível! Por outro lado, vem o quê? Vem o estresse! Se você não tomar os remédios na hora certa, você fica estressado, aí a pressão sobe! (**Revolta**)

Para os participantes do estudo a enfermidade, bem como o recurso terapêutico, é de difícil aceitação, ressaltando que a dificuldade de consentimento aludida pelos mesmos é pertinente, uma vez que abarca a tristeza de hoje em dia ter que residir com limitações, tendo anteriormente o livre-arbítrio de desempenhar suas prestezas rotineiras.

O sentimento de aceitação suscita estima, confiança e segurança em si e nos outros. A maneira como a pessoa se vê e se descreve, suas crenças sobre como é aceito por outrem, a analogia que compreende entre o que é e o que acredita que os outros pensam dele e o grau em que valoriza suas competências em comparação com os outros são forças orientadoras para os empenhos de adaptação (SILVA; SILVA, 2011).

As narrativas dos partícipes da pesquisa meditam, com expressividade, todo inconformismo, revolta e dificuldade de enfrentar a implacável doença. Seus relatos denotam que a doença renal, coligada à carência de perspectivas palpáveis, resume toda magnitude do sofrimento, uma vez que nas suas vidas ela ressoa como uma forma de aprisionar/cerrear todas as suas potencialidades existenciais, distintivo da condição humana.

### **4.2.3 Categoria 3 – Mudanças decorrentes da Hemodiálise**

Interrogados sobre as modificações ocorridas em suas vidas e melhoras em seus estados de saúde após o princípio da hemodiálise, os entrevistados referiram aquelas de forma discordante, qualificando-as como negativas e positivas. Para uma melhor apreciação e leitura, duas subcategorias foram didaticamente edificadas: a primeira pautada nas mudanças negativas e a segunda alistada às mudanças positivas.

#### 4.2.3.1 Mudanças negativas

Com a concepção de que cada dia é um novo dia, as pessoas com doença renal em tratamento hemodialítico adotam consciência de que o tempo vivido se desvenda como sendo instituído por mudança repentina no curso de vida. Na veracidade, são cominações da terapêutica que reduziram o tempo dedicado a viver.

Na existência de peculiaridade na duração de cada sessão de hemodiálise, é preciso pensar no tempo utilizado para realizar esta terapia. Congregado ao tempo gasto neste processo incide também, as manifestações no corpo físico, as colocações psicológicas que se distorcem, as relações sociais e familiares que se enternecem. Nesta perspectiva, os participantes do estudo relatam a percepção dos limites e dos efeitos do tratamento sobre os aspectos social e individual.

Agora não trabalho, não vejo mais, é uma mudança grande. Ruim, porque sou dependente da máquina!(**Tristeza**)

Quando a minha pressão baixa demais eu só falto morrer. (**Insegurança**)

Só fez piorar ainda. Cada dia é uma coisa diferente que a pessoa sente!(**Angústia**)

Primeiro, sem poder trabalhar, sem poder fazer nada e viver só da rendinha do salário. De vez em quando tô internada. É de casa pro hospital, do hospital pra casa. (**Raiva**)

A coceira que deu no meu corpo: pra mim não ia ficar boa. E uma tosse muito forte que deu. Aí, o médico disse que era da hemodiálise. (**Compreensão**)

Não posso tá fazendo de tudo em casa, não posso mais caminhar porque eu me sinto cansada. Não posso sair só, porque eu fico cansada, às vezes fico tonta. Depois que eu comecei não melhorou não, só piorou. (**Saudade**)

Dentre as mudanças significativas que ocorreram no cotidiano de vida dos partícipes durante o processo de adoecimento e da hemodiálise, as restrições impostas à realização de atividades com relevância social, profissional, pessoal e familiar, não só lhes obrigaram a modificar o seu modo de viver, como também lhes criou um sentimento de perda.

Avalia-se que diante uma situação de adoecimento, afastar-se do trabalho remete a diversos significados, uma vez que se deixa de ser produtivo em uma sociedade na qual o processo de produção é extremamente valorizado, passando da condição de pessoa que provê sua família com o seu trabalho para pessoa presa ao ambiente familiar. Sobrepondo-se,

socialmente, o trabalho possui uma carga moral expressiva e não poder realizá-lo propicia a discriminação, além da necessidade de justificar perante os outros a sua impossibilidade (MATTOS; MARUYAMA, 2010).

A doença e o tratamento, além da perda do órgão vital e do declínio das habilidades físicas, contiveram outros efeitos: a perda do corpo próprio, como ele sempre fora. Passaram a ter apêndices nele: estão ligados a objetos e equipamentos, como a máquina; fluido insuflado no corpo durante horas e horas; internações recorrentes, constante presença de dor e desconforto. A Doença Renal Crônica e sua terapêutica acabam se constituindo como importantes estressores para os pacientes que podem ter um grande impacto sobre a qualidade de vida. (SADALA; BRUZOS; PEREIRA; BUCUVIC; 2012).

As alterações sobre o corpo físico se refletem na maneira como a pessoa percebe seu estado, ou seja, as mudanças no corpo individual são entendidas como algo que lhe tira as forças, que impede de realizar a rotina diária, como se pode notar no desabafo de um dos participantes “[...] me sinto cansada”. O conceito de prisão também está presente na fala de outro participante, que se sente “dependente” da máquina. Em suma, as alterações tiram os menores prazeres do cotidiano.

Logo, é válido salientar que a ruptura com o mundo do trabalho leva a sentimentos de perdas e sofrimento, os quais passam por um processo reflexivo e de reconstrução da sua vida, em busca de elucidações ao processo do adoecimento e, de formas de enfrentamento às situações de vida, permeado por experiências presentes e passadas embasadas no seu projeto de vida (KIRCHNER; MACHADO; LÖBLER; STUMM, 2011).

Assim sendo, embora este enfrentamento tenha sido vivenciado pelos participantes nas mesmas condições, ele é único para cada um, pois elas dão definição às suas experiências de modo muito particulares, levando a possibilidade de estes fazerem interpretações positivas ou negativas de um mesmo evento.

#### **4.2.3.2 Mudanças Positivas**

Seguindo este contexto, as pessoas que se submetem à hemodiálise são conhecedoras da importância da máquina, entretanto, desprezará-la e permanecer boa parte das quatro horas de vinculação a ela, quer seja dormindo, de olhos fechados, dialogando com os colegas de tratamento ou lendo um livro, é uma forma de atenuar o sofrimento. Esta interação

homem/máquina determina uma ambigüidade de impressões, acende raiva, pois adverte ao homem que é dependente dela e, simultaneamente gratidão, uma vez que ela o mantém vivo.

Face ao exposto, em suas narrativas, os participantes expressaram sentimentos convictos de agradecimento, melhora do quadro clínico e aceitação da terapia paliativa.

Eu sentia uma dor nas pernas, uma canseira. Aí, comecei fazer hemodiálise aí passou a canseira que eu tinha. (**Amizade**)

As mudanças ocorridas foi que minha pressão vivia muito alta, agora controlou. As taxas também eram altas, mas controlou também. Eu sentia muita dor de cabeça, agora não sinto mais. (**Satisfação**)

É difícil passar quatro horas fazendo hemodiálise. Mas, depois que eu comecei a fazer hemodiálise, melhorou muito! (**Abnegação**)

Tô me sentindo melhor com o tratamento! Isso tem ajudado a me manter vivo! (**Solidão**)

A única coisa que eu acho ruim é porque não posso fazer uma viagem longa. Antigamente, quando eu não fazia hemodiálise, eu tinha uma anemia muito grande, mas depois que eu comecei fazer, melhorei muito. (**Agraciado**)

A gente deve dar graças a Deus que tem essa máquina que complementa a vida da gente! (**Gratidão**)

De acordo com Sadala et al. (2012) percebendo a eficácia da terapia, os pacientes acabam por aderir ao tratamento: resolvem seguir a dieta rigorosa, a restrição de líquidos e as limitações impostas pela hemodiálise. Estes clientes compreendem habituados pela situação: somente se deixam viver na temporalidade da doença e do tratamento. Esse modo de viver o tempo é expresso na percepção de que a doença “vem acontecendo”, em um *continuum*.

Para o cliente com doença renal crônica avançada, a terapia hemodialítica é imprescindível e, acende uma inexorável realidade que não há como ser diferente, isto é, não existe opção, ele necessita da intervenção. De tal modo, esse evento impositivo emerge, invariavelmente, como opressor, descortinando uma realidade difícil, inflexível e repleta de restrições, mas necessária (XAVIER; SANTOS, 2012).

Diante a positividade presente nos discursos dos participantes, pode-se constatar em uma das falas – na declaração “graças a Deus”, a influência da religiosidade como suporte para o enfrentamento da enfermidade, numa esperança de um tratamento que não provoque tanta dependência, interpretado muitas vezes como cura e como forma de anuência do atual momento.

Corroborando isto, em estudos de Madeiro et al (2010) desenvolvidos em uma unidade de hemodiálise, pertencente a um hospital público na cidade de Fortaleza–CE, com 47 pacientes com diagnóstico de DRC, foi verificado que os mesmos referiram esperança em uma vida prolongada e com melhor qualidade pela realização de transplante renal, assim como a fé em Deus. Sendo a religiosidade o fator que influenciou na positividade das reações, mediante a necessidade da realização do tratamento hemodialítico.

Portanto, diante as expressões expostas é notório o sentimento de aceitação da terapia, como exclusiva maneira de manter-se vivo e as crenças religiosas como mediadoras cognitivas para interpretação dos episódios adversos de forma positiva, podendo beneficiar a adaptação dos participantes à condição de saúde.

#### 4.2.4 Categoria 4 – Esperança de uma nova vida

Em se tratando da esperança em serem transplantados, foi possível identificar na narrativa de um dos participantes, seus anseios enquanto confia pela sua inscrição na lista de espera para um transplante renal ou pela última notícia da existência de rim compatível. Do mesmo modo, descreve também as motivações que o leva a ter esperança num futuro melhor.

É muito difícil, mas não é impossível, né? A doença veio agora, mas tô fazendo os exames direitinho. Até chegar o doador, a gente vê o que pode se esperar. (**Esperança**)

Segundo Cabral (2009) a esperança deriva do Latim *sperantia* e é definida no seu sentido mais lato, como a confiança na aquisição de um bem que se deseja ou de uma expectativa. Esta acepção aparentemente simplista do dicionário não se coaduna com a complexidade do conceito, se percebido não apenas como um sentimento individualizado e subjetivo, mas como um componente fundamental à vida das pessoas e da prática clínica.

Ressalva-se que a importância da esperança é reconhecida como uma força interior, promotora de vida, descrita nas expressões do próprio participante – “não é impossível”, “pode se esperar”; uma expectativa de um futuro mais magnífico para si e para outrem, mas também uma combinação complicada e multifacetada entre a esperança e o desespero.

Muitos doentes renais anseiam por um transplante, pois lhes possibilitará voltar a trabalhar, isto significa que o trabalho, após o transplante dá-lhes um sentido mais produtivo à vida, repercutindo numa melhor qualidade de vida (CABRAL, 2009).



Conforme Xavier e Santos (2012), apesar de o advento do transplante ser visto pela maioria dos clientes como uma maneira de “libertação” da inevitabilidade da hemodiálise, nem sempre ele representa, no íntimo das pessoas, a possibilidade de resgatar aspectos de suas vidas outrora deixados de lado.

A expectativa num transplante renal presente no discurso do participante simula também um “descompromisso” para com a hemodiálise ou uma forma de libertação. É no transplante que ele deposita sua esperança de cura e independência da máquina e da terapia.

De acordo com Cabral (2009), o transplante renal, para além de ser a alternativa mais rentável, liberta também o doente das dificuldades práticas e psicológicas e restrições da hemodiálise prolongada, dentre estas: libertação da dependência de uma máquina e liberação das advertências hídricas e dietéticas, ou seja, a recuperação de um estilo de vida quase normal. Todavia, o transplante não significa uma cura, na medida em que eles têm de continuar a tomar medicação de forma a prevenir a rejeição do rim transplantado, e ainda terão que se comprometer com o autocuidado e com envolvimento com a família e equipe de saúde.

Deste modo, a despeito do transplante não representar a cura total para a insuficiência renal crônica, evidencia-se no relato que este paciente não perdeu a esperança de consegui-lo, continua lutando para ficar bem, para alcançar a independência, para recobrar a normalidade.

## V CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças crônicas têm recebido maior atenção dos profissionais de saúde nas últimas décadas, devido ao importante papel exercido na morbimortalidade da população mundial, não sendo somente prerrogativa da parcela populacional idosa, uma vez que àquelas atingem, também, jovens em idade produtiva. Dentre essas doenças, vimos neste trabalho a Doença Renal Crônica, avaliada como uma condição de evolução progressiva, sem alternativas de melhoras rápidas, que ocasiona alterações biopsicossociais e espirituais ao pacientes, interferindo assim, na Qualidade de Vida destes.

De posse dos resultados obtidos na pesquisa, observou-se que a qualidade de vida de pacientes renais crônicos, influenciada tanto pela doença como pela terapia hemodialítica, é bastante comprometida. Salienta-se a ênfase aos aspectos físicos e emocionais, haja vista que a limitação por aspectos físicos demonstra a dificuldade dos pacientes analisados em lidar com as restrições da Doença Renal Crônica e com os problemas enfrentados à realização das atividades cotidianas, como trabalho, lazer e convívio familiar e social, influenciando em aspectos emocionais.

Embora se reconheça o pequeno número de participantes do estudo, todavia representados expressivamente na lógica amostral, permite-se inferir que os objetivos foram alcançados com êxito, pois as interpretações expostas no trabalho trouxeram os conteúdos envolvidos com a avaliação das experiências vivenciadas e os sentimentos de clientes em terapia hemodialítica. Não obstante, abalizou os aspectos que conjugam, positiva ou negativamente na percepção dos doentes renais crônicos diante suas qualidades de vida.

Constatou-se neste trabalho que de forma geral a percepção de qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise é regular, ressaltando que esse fato se deve ao processo da terapia. Foi observado que a alternativa que daria uma melhor qualidade de vida aos pacientes avaliados é o transplante renal, não somente pela questão da saúde, como também pelas conseqüências acarretadas pelo tratamento em suas dimensões biopsicossocioespirituais. Assim sendo, independentemente das dimensões afetadas, o tratamento da doença renal crônica com terapia hemodialítica, mesmo elevando o tempo de sobrevida do paciente, em geral não restringe o impacto causado em suas vidas.

Esta análise oferece subsídios para que a equipe multidisciplinar de saúde compreenda a relevância de avaliar a qualidade de vida dos pacientes renais crônicos, conhecendo o universo no qual estão inseridos, destacando a necessidade da promoção de mudanças que

incentivem o comprometimento do paciente em seu tratamento e conseqüente melhora da qualidade de vida. Neste contexto, deve-se intervir não só no suporte social, mas também psicológico e físico para melhorar a qualidade de vida destes pacientes em terapia renal substitutiva, já que a realização de novas abordagens terapêuticas, as quais ultrapassem as tecnologias das máquinas de hemodiálise, contribui para distintos modos de assistir e cuidar de um paciente crônico.

Vale salientar, que a educação em saúde em grupos de convivência pode contribuir para melhorar a qualidade de vida de pessoas submetidas à hemodiálise, trazendo resultados efetivos na promoção da saúde, do bem estar e do viver mais plenamente suas potencialidades.

Destarte, quanto à prática de pesquisa, espera-se contribuir com o desenvolvimento de futuras investigações na área da Nefrologia, no que concerne ao aperfeiçoamento de análise continuada da compreensão e percepção dos clientes acometidos de Doença Renal Crônica, sobretudo, àqueles participantes de Programas de Hemodiálise. Acredita-se na necessidade de um maior investimento da atenção primária na saúde por parte do sistema público e privado, para que seja presumível a diminuição do número de doentes renais crônicos e, paralelamente, o aumento ou melhora da qualidade de vida destes pacientes.

## REFERÊNCIAS

BISCA, M. M; MARQUES, I. R. Perfil de diagnósticos de enfermagem antes de iniciar o tratamento hemodialítico. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.3, n.63, p. 435-9, maio-junho, 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a14v63n3.pdf>. Acesso em: 14 fev 2014.

BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologias: Uma introdução ao estudo de psicologia**. 14ª ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

BRAGA, S.F.M. **Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes Idosos em Hemodiálise em Belo Horizonte – MG**. 2009. 172 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Belo Horizonte, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS Nº 466 de 12 de dez de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, nº 12, Brasília, D.F., 13 de jun. 2013. Seção 1, p. 59. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 de jul 2013.

CABRAL , H.F. Idealizar o amanhã: vivendo entre a esperança e a desesperança num transplante renal. **Rev CuidArte Enfermagem**. v. 3, n.2, p. 113-119,2009. Disponível em: <<http://www.fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/ed05enfpsite.pdf>>. Acesso em 10 fev 2014.

CHAVES, E.C.; CARVALHO, E.C.; DANTAS, R.A.; TERRA, F.S.; NOGUEIRA, D.P.; SOUZA, L. Validação da escala de espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Rev Enferm UFPE**. v.4, n. 2, p. 715-721, 2010. Disponível em:<<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/890/1322>>. Acesso em: 12 fev 2014.

CHERCHIGLIA, M.L.; MACHADO, E.L.; SZUSTERI, D.A.C. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004. **Rev Saúde Pública** v.44, n.4, p. 639-49, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/en\\_07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/en_07.pdf)>. Acesso em: 17 jun 2013.

CORDEIRO, J.A B L.; BRASIL, V V.; SILVA, A.M T.C. et al. Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal crônica. **Rev Eletr Enferm**. v.11, n.4, p. 785-93, 2009. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v11/n4/pdf/v11n4a03.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a03.pdf)>. Acesso em: 17 de jun 2013.

FERREIRA, R. C.; SILVA FILHO, C. R. A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília, São Paulo. **J Bras Nefrol.** v.33, n.2, p.129-35, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v33n2/a03v33n2.pdf>>. Acesso em: 21 de jun 2013.

FRAZÃO, C.M F.Q.; RAMOS, V.P.; LIRA, A.L. B.C. Qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Rev Enferm. UERJ**, v.19, n.4, p. 577-82, 2011 Disponível em: <[www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a12.pdf](http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a12.pdf)>. Acesso em: 04 de jul 2013.

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

GRASSELLI, C.S. M.; CHAVES, E.C. L.; SIMÃO, T.P. et al. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise. **Rev Bras Clin Med.**, v.10, n.6, p. 503-7, 2012. Disponível em:<<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n6/a3185.pdf>>. Acesso em: 02 de jul 2013.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica.** 12ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

KIRCHNER, R.M.; MACHADO, R.F.; LÖBLER, 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, 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/analise\\_estilo\\_vida\\_renais\\_cronicos\\_hemodialise.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/analise_estilo_vida_renais_cronicos_hemodialise.pdf)>. Acesso em: 15 fev 2014.

MADEIRO, A. C. et al. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. **Acta Paul Enferm.** v. 4, n. 23, p.546-51, 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/16.pdf>> Acesso em: 12 fev 2014.

MARCHESAN, M.; KRUG, R. R.; KRUG, M.R. et al. Análise da qualidade de vida de pacientes em hemodiálise: um estudo qualitativo. **Arquivos Catarinenses de Medicina** v. 40, n. 1, 2011. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/851.pdf>>. Acesso em: 18 de jun 2013.

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

MASCARENHAS, C.H. M.; REIS, L. A.; LYRA, J.E. et al. Insuficiência renal crônica: caracterização sociodemográfica e de saúde de pacientes em tratamento hemodialítico no município de Jequié/BA. **Rev Espaço para a Saúde.** v. 12, n. 1, p. 30-7, 2010. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v12n1/insuficiencia.pdf>>. Acesso em: 04 de jul 2013.

MATTOS M.; MARUYAMA S.A.T. A experiência de uma pessoa com doença renal crônica em hemodiálise. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS). v. 31, n. 3, p. 428-34, 2010.

Disponível em:

<<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/12041/10868>>. Acesso em: 10 fev 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. – São Paulo: Hucitec, 2010.

NEPOMUCENO, F.C. L. **Religiosidade e qualidade de vida dos pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise**. 2011. 97 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões) – Universidade Federal da Paraíba, UFPB, 2011.

PIVATTO, D.R.; ABREU, I.S. Principais causas de hospitalização de pacientes em hemodiálise no município de Guarapuava, Paraná, Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.** v.31, n.3, p.515-20, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rge/v31n3/v31n3a15.pdf>>. Acesso em: 04 de jul 2013.

ROCHA, N.S.; FLECK, M.P. Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. **Rev Psiq Clin.** v. 38, n. 1, p. 19-23, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v38n1/a05v38n1.pdf>>. Acesso em: 12 fev 2014.

ROCHA, R.P. F. **Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado visando à qualidade de vida de clientes em terapia de hemodiálise**. 2010. 97 f. Dissertação (Mestrado Enfermagem, Saúde e Sociedade) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2010.

SADALA M.L.A.; BRUZOS G.A.S.; PEREIRA E.R.; BUCUVIC E.M. A experiência vivida pelos pacientes em diálise peritoneal domiciliar: uma abordagem fenomenológica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 20, n. 1, p.08 telas, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt\\_10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_10.pdf)>. Acesso em: 10 fev 2014.

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. **Rev Esc. Anna Nery.** v.15, n.1, p. 31-8, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/05.pdf>>. Acesso em: 17 de jun 2013.

SHOWKAT, A. ACCHIARDO, S. R.; OWEN, W. F. J. Terapia com Diálise no Contexto do Tratamento Intensivo. In: IRWIN, R. S.; RIPPE, J. M. **Terapia Intensiva**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

SILVA, A.S.; SILVEIRA, R. S.; FERNANDES, G.F.M. et al. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Rev Bras Enferm**. v.64, n.5, p. 839-44, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a06v64n5.pdf>>. Acesso em: 24 de jun 2013.

SILVA, E.M.S.; SILVA, L.W.S. Impacto da hemodiálise na vida de adolescentes acometidos pela insuficiência renal crônica. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v.8, n. 1, p. 43-50, jan/mar 2011. Disponível em:<[http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=264](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=264)>Acesso em: 12 fev 2014.

SILVA, G.D.; ACÚRCIO, F.A.; CHERCHIGLIA, M.L. et al. Medicamentos excepcionais para doença renal crônica: gastos e perfil de utilização em Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública** v.27, n.2, p. 357-68, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/17.pdf>>. Acesso em 17 de jun 2013.

SILVA, G.E.; ARAÚJO, M.A.N.; PEREZ, F.; SOUZA, C.S. Qualidade de vida do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico em Dourados-MG. **Psicólogo inFormação**. v. 15, n, 15, p. 99-110, 2011. Disponível em: < <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PINFOR/article/viewFile/3172/3039>>. Acesso em: 14 fev 2014.

SILVA, J.P. ; BOTELHO, M.T.S.L.; CAVALCANTE, K.M.H. Qualidade de Vida de Pacientes em Terapia de Hemodiálise em Sinop –MT. **Scientific Electronic Archives**. v.1,n.1, p 36-41, 2012. Disponível em:<<http://www.seasinop.com.br/revista/index.php/SEA/article/view/10>>Acesso em: 14 fev 2014.

SMELTEZER, S.C. et al. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

SOUSA, M.N.A.; SARMENTO, T;C.; ALCHIERI, J.C. Estudo quantitativo sobre a qualidade de vida de pacientes hemodialíticos da Paraíba, Brasil. **Rev Ces Psicologia**, v.4, n.2, p. 1-14, 2011. Disponível em: <<http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1353>>. Acesso em: 18 de jun 2013.

SOUZA, A.L.C.; ALBUQUERQUE, P.R.; QUEIROZ, T.B.N. Avaliação da força dos músculos ventilatórios e condicionamento físico em pacientes portadores de insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise. **Movimento e Saúde. Rev Inspirar**. v. 4, n. 21, 2012.

Disponível em:

<[http://www.inspirar.com.br/revista/wpcontent/uploads/2013/01/revista\\_cientifica\\_edicao\\_21\\_dez\\_out\\_2012\\_art6.pdf](http://www.inspirar.com.br/revista/wpcontent/uploads/2013/01/revista_cientifica_edicao_21_dez_out_2012_art6.pdf)>. Acesso em: 04 de jul 2013.

TAKEMOTO, A.Y.; OKUBO, P.; BEDENDO, J. et al. Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. **Rev Gaúcha Enferm.** v.32, n.2, p. 256-62, 2011. Disponível em:

<<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/18553>>. Acesso em: 02 de jul 2013.

TERRA, F.S.; COSTA, A.M.D.D.; RIBEIRO, C.C.S. et al. O portador de insuficiência renal crônica e sua dependência ao tratamento hemodialítico: compreensão fenomenológica. **Rev Bras Clin Med**, v. 8, n.4, p. 306-10, 2010. Disponível em:<<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n4/a003.pdf>>. Acesso em 21 de jun 2013.

VANELLI, C.P.; FREITAS, E.B. Qualidade de vida de pacientes em clínica de hemodiálise em uma cidade brasileira de médio porte. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 37, n. 4, p. 457-62, 2011 Disponível em: <<http://www.seer.ufjf.br/index.php/hurevista/article/viewArticle/1675>>. Acesso em 19 de jun 2013.

XAVIER BLS, SANTOS I. Sentimentos e expectativas de clientes com doença renal crônica aguardando transplante renal. **Rev pesq: cuid fundam online.** v. 4, n. 4, p. 2832-40 2012. Disponível em: < [http://www.corence.org.br/revista/retap\\_11\\_1/pdf/coren\\_ce\\_retap\\_11.pdf](http://www.corence.org.br/revista/retap_11_1/pdf/coren_ce_retap_11.pdf)>. Acesso em: 15 fev 2014.



**APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Título da pesquisa:** “*Experiências e Sentimentos de Pacientes em Terapia Hemodialítica.*”

**Objetivo:** *Investigar as experiências vividas e os sentimentos de pacientes em terapia hemodialítica.*

Prezado(a) Senhor(a)

Esta pesquisa intitulada “*Experiências e Sentimentos de Pacientes em Terapia Hemodialítica*” cujo objetivo é *Investigar as experiências vividas e os sentimentos de pacientes em terapia hemodialítica*, está sendo desenvolvida pela aluna Layane Ferreira de Freitas do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité*, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Ms. Glenda Agra.

Para a realização desta pesquisa a sua participação é muito importante, por isso solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma.

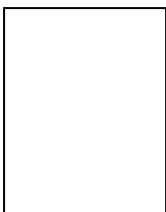
Solicitamos a sua autorização para gravar a entrevista através de um aparelho MP3. A entrevista constará de algumas perguntas sobre dados pessoais e outras questões voltadas aos objetivos da pesquisa. Os dados coletados farão parte de um Trabalho de Conclusão de Curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo. Saliemos que a pesquisa não apresentará riscos maiores ao paciente, exceto o desconforto de responder as questões formuladas, consideradas como risco mínimo. Ressaltamos ainda que não há previsão de outros riscos.

As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, agradecemos a sua contribuição na realização desse estudo.

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar desta pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido(a), estando ciente dos objetivos da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento assinado por mim e pelas pesquisadoras.

Campina Grande, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



---

Pesquisador responsável

---

Pesquisador colaborador

**Pesquisador Responsável: Glenda Agra**

UFCG: Endereço: Olho D'Água da Bica, s/n Cuité – PB CEP – 58175-000 Fone: 3372-1900  
Endereço residencial: Ministro José Américo de Almeida, SN – Novo Retiro – Cuité/PB –  
CEP: 58175-000  
Fone: 9924-9499

**Pesquisador colaborador: Layane Ferreira de Freitas**

Endereço: Rua Tomaz Campos, 265 – Jaime Pereira – Cuité/PB – CEP: 58175-000  
Fone: 9625-3982

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Hospital Universitário Alcides Carneiro. Endereço: Rua Dr. Carlos Chagas, s/n – São José –  
Campina Grande/PB. CEP: 58.107-670. Fone: (83) 2101-5545. Fax: (83) 2101-5523.

## APÊNDICE B - Instrumento para Coleta de Dados

**Título da pesquisa:** “*Experiências e Sentimentos de Pacientes em Terapia Hemodialítica.*”

Idade:

Escolaridade:

Religião:

Etnia:

Número de filhos:

Estado civil:

Renda familiar:

Profissão/atividade/ocupação:

Data do diagnóstico:

1. Fale sobre como é ser uma pessoa com insuficiência renal crônica.
2. Fale das mudanças ocorridas na sua vida depois que o senhor(a) começou a fazer hemodiálise.
3. Depois que o senhor(a) começou a fazer hemodiálise, houve melhoras no seu estado de saúde? Fale-me sobre elas.

## **ANEXOS**

## ANEXO A – Termo de Autorização da Instituição

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Eu Rafael F. Maciel coordenador do setor de Hemodiálise do Hospital Antônio Targino, venho por meio deste autorizar o desenvolvimento na referida instituição da pesquisa intitulada “**Experiências e sentimentos de pacientes em terapia hemodialítica**”, sob responsabilidade da aluna: Layane Ferreira de Freitas e orientador Prof<sup>a</sup> Msc. Glenda Agra, como requisito para a conclusão do curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande - UFCG. Declaro, também, que não recebi ou receberei qualquer tipo de pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Layane Ferreira de Freitas

Pesquisador

Rafael F. Maciel  
Responsável Institucional

HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
CNPJ 08.834.137/0001-53  
Rafael F. Maciel  
ADMINISTRAÇÃO

Glenda Agra  
Orientador

Glenda Agra  
UFGC CAMPUS CUITÉ SIAPE 1841058  
COREN - PB 176404 ENF

Campina Grande - PB 23 de agosto de 2013

## ANEXO B – Termo de Compromisso do Pesquisador

### ANEXO B -

#### TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Por meio deste termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada “**Experiências e sentimentos de pacientes em terapia hemodialítica**”, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, homologada nos termos do Decreto de Delegação e Competência de 12 de novembro de 1991, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes à presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada participante incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos semestralmente e sempre que solicitado pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), ou CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande-PB, 12 de Setembro de 2013.

Dayane Ferreira de Freitas

Autor da Pesquisa

Glenda Agra

Orientador

**Glenda Agra**  
 UFCC CAMPUS CUITÉ SIAPE 1841958  
 COREN - PB 126404 ENF

## ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
ALCIDES CARNEIRO /  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** EXPERIÊNCIAS E SENTIMENTOS DE PACIENTES EM TERAPIA HEMODIALÍTICA

**Pesquisador:** Glenda Agra

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 21152513.5.0000.5182

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Campina Grande - Centro de Educação e Saúde da

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 530.943

**Data da Relatoria:** 27/11/2013

#### Apresentação do Projeto:

No projeto, lê-se: serão estudados os sentimentos dos pacientes em terapia hemodialítica. Participarão do estudo 20 sujeitos que possuam diagnóstico médico de insuficiência renal, com idade superior ou igual a 18 anos, que estejam realizando terapia hemodialítica no momento da coleta e que aceitem participar da pesquisa. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa. Os dados serão tratados por meio da análise de conteúdo temática.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:** Investigar as experiências e sentimentos dos pacientes em terapia hemodialítica.

**Objetivo Secundário:** Investigar a percepção do paciente hemodialítico frente a doença.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

**Riscos:** a pesquisa não apresentará riscos maiores ao paciente, exceto o desconforto de responder as questões formuladas, consideradas como risco mínimo. Ressaltamos ainda não há previsão de outros riscos.

**Benefícios:** contribuirá para a pesquisa científica no que se refere ao conhecimento da qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica, que se submetem à hemodiálise, e assim alertar a comunidade científica, assim como a equipe multidisciplinar sobre as alterações nos domínios físico, psíquico, social e espiritual.

**Endereço:** Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n

**Bairro:** São José

**CEP:** 58.107-670

**UF:** PB

**Município:** CAMPINA GRANDE

**Telefone:** (83)2101-5545

**Fax:** (83)2101-5523

**E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
ALCIDES CARNEIRO /  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 530.943

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa encontra-se descrita adequadamente e possui relevância acadêmica. Todavia, descreve que o cenário será um hospital público, sendo que o mesmo é privado (prestador complementar do serviço público).

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

A proponente apresentou TCLE, Termo de autorização institucional (UFCG), Termo de autorização institucional (Hospital Antônio Targino) e Folha de Rosto assinada. Todos os documentos estão adequados, exceto a ausência do endereço do CEP/HUAC

**Recomendações:**

- Inserir endereço do CEP/HUAC no TCLE.
- Corrigir a definição do cenário (Prestador Privado).
- Adequar cronograma (coleta de dados após aprovação do CEP)

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

Apesar das recomendações realizadas, apresento parecer favorável, considerando que os ajustes necessários serão assumidos e realizados pela pesquisadora responsável.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O parecer foi elaborado pela Coordenação do CEP devido à impossibilidade de realização da análise pela relatora responsável. O parecer foi emitido ad referendum do colegiado e deverá ser homologado em reunião ordinária. Coordenação Pró Tempore CEP/HUAC/UFCG.

CAMPINA GRANDE, 16 de Fevereiro de 2014

Assinador por:

**Maria Teresa Nascimento Silva**  
(Coordenador)

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n  
Bairro: São José CEP: 58.107-670  
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE  
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br