



**BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index**  
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

### **Cómo citar este documento**

Cruz Marinho, Antonio Socorro; Ximenes Neto, Francisco Rosemiro Guimarães; Siqueira Lima, Cibelly Aline; Araújo Dias, Maria Socorro. Sentidos, sentimientos e atitudes de portadores de doença renal crônica submetidos a tratamento hemodialítico. Biblioteca Lascasas, 2012; 8(2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0662.php>



UNIVERSIDADE ESTADUAL  
VALE DO ACARAÚ  
Centro de Ciências da Saúde  
Curso de Enfermagem

## **SENTIDOS, SENTIMENTOS E ATITUDES DE PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA SUBMETIDOS A TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

**Antonio Socorro Cruz Marinho**

**Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto**

**Cibelly Aline Siqueira Lima**

**Maria Socorro Araújo Dias**

Curso de Graduação em Enfermagem/Centro de Ciências da Saúde-  
CCS/Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA



UNIVERSIDADE ESTADUAL  
VALE DO ACARAÚ  
Centro de Ciências da Saúde  
Curso de Enfermagem

**SENTIDOS, SENTIMENTOS E ATITUDES DE PORTADORES DE DOENÇA  
RENAL CRÔNICA SUBMETIDOS A TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

**ANTONIO SOCORRO CRUZ MARINHO**

**SOBRAL – CEARÁ**

**2009**

**ANTONIO SOCORRO CRUZ MARINHO**

**SENTIDOS, SENTIMENTOS E ATITUDES DE PORTADORES DE DOENÇA  
RENAL CRÔNICA SUBMETIDOS A TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

**Monografia de graduação apresentada ao  
Curso de Graduação em Enfermagem da  
Universidade Estadual Vale do Acaraú, para  
obtenção do título de Graduação em  
Enfermagem pela Universidade Estadual  
Vale do Acaraú-UVA.**

**Orientador:** Prof. MS Francisco Rosemiro  
Guimarães Ximenes Neto

**SOBRAL – CEARÁ**  
**2009**  
**ANTONIO SOCORRO CRUZ MARINHO**

**SENTIDOS, SENTIMENTOS E ATITUDES DE PORTADORES DE DOENÇA  
RENAL CRÔNICA SUBMETIDOS A TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

Monografia de graduação apresentada ao Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em 19 de Janeiro de 2009.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof<sup>o</sup>. MS Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto  
Universidade Estadual Vale do Acaraú  
Orientador

Prof<sup>a</sup>. MSc Cibelly Aline Siqueira Lima  
Universidade Estadual Vale do Acaraú  
Examinadora

Prof<sup>a</sup>. Dra Maria Socorro Araújo Dias  
Universidade Estadual Vale do Acaraú  
Examinadora

*Dedico este trabalho àquelas pessoas que não mediram esforços para que seus sonhos fossem realizados os quais me serviram de inspiração e aos pacientes que colaboraram gentilmente, pelo exemplo de força incondicional pela vida.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus por que me proporcionou este momento especial na minha vida.

Aos meus pais (Antonio e Maria) que sempre me incentivaram a apostar no estudo. À minha mãe por que me ajudou financeiro e psicológico a fim de que eu superasse os muitos obstáculos os quais enfrentei nessa jornada.

Aos meus irmãos (Tota, Val, Lucinha, Sueli e Júlio) que torceram para que eu realizasse este sonho. Especialmente à Val que me auxiliou financeiramente, sem à qual não poderia pagar as despesas. E a Sueli que mostrou seu cuidado quando me levou ao tratamento.

Aos que conviveram comigo durante minha estadia em sobral (Ana Lígia, Salete, Elwis, Elivânia, Nara, Nalyana, Julio Neto, Sabrina, Marta, Karla, Mário, Neto, Jean, Ana Paula, Rafaela e Veruska) e muitos outros.

Aos mestres pelo conhecimento transmitido.

À banca por que aceitou participar deste momento.

Ao Prof<sup>o</sup> Ms. Rosemiro por que aceitou este desafio e pela compreensão ante as dificuldades encontradas.

Aos enfermeiros da Unidade de Hemodiálise (Santana, Emanuelle e Eurides) e ao médico (Paulo) por que me acolheram gentilmente e a todos os auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem que se mostraram prestativos, ajudando-me no diálogo com os clientes, os quais sem eles este trabalho não teria se concretizado.

Aos colegas os quais embora não sendo da turma presto minha admiração pela dedicação apresentada a fim de que pudessem concluir este curso.

Enfim, a todos que de alguma maneira colaboraram para a conclusão desta maior realização da minha vida.

*Existem peças em um navio que, isoladas, afundariam. O motor afundaria. A hélice afundaria. Mas, quando essas peças são montadas em conjunto, elas flutuam. Assim é com os acontecimentos da minha vida. A alguns têm sido trágicos. Outros felizes. Mas, quando colocados juntos, formam uma embarcação que flutua e que se move para algum lugar*

Ralph W. Sockman

## RESUMO

O sujeito com doença renal crônica, ao iniciar tratamento hemodialítico, passa a vivenciar um novo estilo de vida, que provoca reações psicológicas e alterações no padrão habitual de convívio familiar, social e laboral. O estudo objetiva analisar os sentidos, sentimentos e atitudes dos sujeitos com doença renal crônica submetido a tratamento hemodialítico. A pesquisa é do tipo exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, realizada no Centro de Nefrologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral – Ceará, com 24 doentes renais crônicos em tratamento hemodialítico, durante o período do estudo compreendeu os meses de maio de 2008 a janeiro de 2009. Os resultados foram sistematizados em três categorias: Reação ao saber da doença; Mudanças sentidas devido à hemodiálise; e Atitude atual relacionada à doença e ao tratamento. Os sujeitos relatam ter vivenciado problemas ao iniciar o tratamento, quer por ausência de preparo psicológico e/ou devido à ausência de conhecimento acerca da doença e tratamento. Todos os sujeitos relataram alteração junto à minimização da saúde: redução do vigor físico, da atividade, do emprego, laços sociais e atividade, do emprego e da liberdade. O sentimento de obrigatoriedade na aceitação da terapia, como única maneira de manter-se vivo, e a fé em Deus, como fator de ajuda para a resistência dessa realidade, foram situações bastante comentadas pelos sujeitos. Isso por que o doente renal crônico tem o senso de que necessita da hemodiálise, não lhe restando outra saída, até que se consiga um transplante renal. Percebe-se, pois, que os sujeitos do estudo, necessitam de apoio psicossocial da equipe e apoio familiar para enfrentamento da doença renal e o tratamento hemodialítico.

**Palavras-chave:** sentido, sentimentos, atitudes, hemodiálise.



## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVO.....	13
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
3.1 Sujeitos com IRC em tratamento hemolítico e suas complicações.....	14
3.2 Reações psicológicas dos sujeitos com IRC ante a hemodiálise.....	18
4 SUJEITOS E MÉTODOS.....	20
4.1 Tipos de Estudo.....	20
4.2 Cenário.....	20
4.3 Sujeitos.....	21
4.4 Métodos e Procedimentos.....	23
4.5 Princípios Éticos e Legais do Estudo.....	24
5 ANALÍSE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	26
5.1 Categorias Abstraídas.....	26
Reação ao saber da doença.....	26
Mudanças sentidas devido à hemodiálise.....	28
Atitude atual relacionada à doença e ao tratamento.....	32
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
7 REFERÊNCIAS.....	39
APÊNDICES.....	43

# 1 INTRODUÇÃO

Os rins desempenham papel fundamental na excreção e regulação do organismo, livrando-se do excesso de água e dos resíduos do corpo. Regulam também o volume, desempenhando papel homeostático. Assim, tecidos e células do corpo podem realizar suas funções normais, em meio relativamente constante (BERNE, 2000).

A importância dos rins torna-se evidente quando se observa as consequências da perda da função renal. O que pode ser evidenciado por meio dos achados na urina, como a presença de proteínas, leucócitos, hemácias e cilindros ou quantidade excessiva de sódio e descoberta de edema causando várias doenças, dentre as quais, a Insuficiência Renal Crônica (IRC) que tem muitas etiologias resultando em inexorável desgaste do número e da função dos néfrons, deixando seu portador dependente, permanentemente, ao tratamento dialítico (RODRIGUES, 2005).

As opções terapêuticas aos sujeitos com IRC são: a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante. A escolha do método depende da idade do sujeito, dos distúrbios co-mórbidos, da capacidade de efetuar o procedimento e da decisão do portador e de sua família. Os mais jovens preferem a diálise peritoneal por permitir melhor destreza manual (KASPER *et al*, 2002).

A diálise é uma terapia de substituição renal que consiste na depuração do sangue por meio de membranas semi-permeáveis naturais – peritônio, ou extracorpóreas - filtros de hemodiálise/hemofiltração. Remove substâncias tóxicas e fluidos – ultrafiltrado, mantendo a normalidade do equilíbrio ácido-base, eletrolítico e volêmico (KASPER *et al*, 2002).

Para Goldman e Bennet (2001), os tipos de diálise são a hemodiálise e a diálise peritoneal. Segundo os autores as duas possuem funções semelhantes, embora a hemodiálise seja considerada mais eficiente na eliminação das toxinas, principalmente as moléculas menores. Ela emprega um processo que depura o sangue, por meio de um equipamento que possibilita o contato de solução dialisante com o mesmo. Esse contato é feito por meio de uma circulação extracorpórea a um dialisador - rim artificial. Já a diálise peritoneal é tida como um tratamento mais suave usado em tratamento de curto prazo. No entanto, a hemodiálise é o método dialítico mais utilizado, abrangendo cerca de 80% dos sujeitos dialisados, graças às

taxas de depurações máximas que superam o rim normal, que durante seu processo algumas complicações podem surgir, tais como: hipotensão, hipóxia, náusea, vômito e cefaléia, embolia aérea, intoxicação e oligoelemento.

Segundo Arone e Philippi (1995), os sujeitos em diálise podem ter problemas como: paladar desagradável nas refeições, devido às restrições de sódio e potássio; sede, devida à restrição hídrica; estilo de vida regrado, em função das alterações orgânicas gerais resultantes; diminuição da libido e impotência; depressão, devido ao estilo de vida de sujeitos cronicamente enferma temerosa à morte; dificuldade financeira etc.

O sujeito em tratamento hemodialítico realiza, no mínimo, três sessões por semana com duração de quatro horas cada, para que o equilíbrio hidroeletrólítico e a eliminação dos metabólicos indesejáveis ao organismo sejam garantidos. O acesso vascular para realização do procedimento dialítico pode ser permanente - fístula arterio-venosa (FAV), ou temporário - punção percutânea de um grande vaso sanguíneo ou Shunt Arterio-Venoso (SAV) (RODRIGUES, 2005).

O ingresso do sujeito com doença renal crônica em programa de tratamento dialítico continuado dá-se por indicação médica, mediante avaliação clínica, sendo que o principal parâmetro de avaliação laboratorial é a depuração – clearance, da creatinina com valor igual ou inferior a 10ml/min.

Para ingressar no tratamento, o sujeito com IRC, segundo o Ministério da Saúde, deve ser informado sobre as diferentes alternativas de tratamento, seus riscos e benefícios (BRASIL, 2000). Pois, conforme Smetzer e Bare (2000), a diálise impõe uma modificação no estilo de vida de seu portador, causando conflito, frustração, culpa e depressão, devido às restrições alimentares e físicas. Os autores salientam ainda, que os sujeitos submetidos a esta técnica necessitam de apoio de equipe multiprofissional que inclua também psicólogo, assistente social e psiquiatra.

De acordo com o Programa Nacional de Assistência aos Portadores de Doença Renal, o apoio psicológico é uma das ações fundamentais durante o processo de cuidar desta clientela (BRASIL, 2002). Pois, as mudanças no humor e comportamento dos portadores de doença renal é comum durante o tratamento, devido, principalmente, a dependência ao mesmo para manutenção de condições fisiológicas vitais.

O portador de IRC submetido à hemodiálise geralmente é ansioso, exigente, deprimido e de difícil relacionamento com a equipe. Devendo-se oportunizar a ele, a oportunidade de expressar quaisquer sentimentos de raiva e preocupação com as limitações impostas pela doença e pelo tratamento (ARONE; FHILIPPI, 1995).

Conforme Cesarino e Casagrande (1998), a IRC e o tratamento hemodialítico provocam uma sucessão de situações ao seu doente renal crônico, que compromete sua condição física, psicológico e social, com repercussões pessoais, familiares e sociais. Quanto a esta situação vivenciada pelo doente renal, Simonetti (2004 *apud* RESENDE *et al*, 2007, p. 89) afirma que o “atendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento – que se dá quando o sujeito humano, carregado de subjetividade, esbarra em um real, de natureza patológica, denominado *doença*, presente em seu próprio corpo – produz uma infinidade de aspectos psicológicos que podem se evidenciar no paciente, na família ou na equipe de profissionais”.

A partir deste contexto, e após ter vivenciado a realidade do doente renal, durante estágio da disciplina de Enfermagem Clínica na Unidade de Hemodiálise da Santa Casa de Misericórdia de Sobral – Ceará, Brasil, pude observar que os sujeitos encontravam-se com o estado emocional abalado, o que foi possível constatar, por meio de leituras de pesquisas, ser característica peculiar do tratamento intensivo. Fazendo-se necessária, portanto, a investigação desses sentidos, sentimentos e atitudes para uma melhor visualização do objeto de estudo no cenário da Santa Casa de Sobral e, conseqüentemente, poder contribuir com o serviço, quando no estabelecimento do plano de cuidados destes sujeitos.

## **2 OBJETIVOS**

Analisar os sentidos, sentimentos e atitudes dos sujeitos com doença renal crônica submetido a tratamento hemodialítico.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Sujeitos com IRC em tratamento hemodialítico e suas implicações

Os rins regulam os equilíbrios hídrico, eletrolítico e ácido-básico; excretam os resíduos metabólicos; e controlam a pressão sanguínea das artérias, a formação de eritrócitos (glóbulos vermelhos) e o metabolismo da vitamina D, resultando na homeostase do organismo (Carpenito-Moyet, 2007). Então, os sujeitos com IRC em tratamento de hemodiálise (HD) são acometidos com várias implicações relacionadas diretamente ao tratamento ou à patologia.

A IRC é causada por inúmeras etiologias, dentre as quais são mais frequentes: hipertensão arterial sistêmica (HAS); nefropatia obstrutiva; glomeronefrites; diabetes *mellitus* (DM); doenças policísticas; e lúpus eritematoso. Sendo que doentes renais precisam de transplante renal ou de terapia substitutiva: a hemodiálise é a mais utilizada (SANTOS; PONTES, 2007).

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) estima-se que haja cerca de 87.000 clientes em diálise no Brasil. Sendo que das clínicas que responderam ao censo realizado em março de 2008, o método dialítico mais usado compreende a hemodiálise que abrange 89,4% dos clientes. Sendo as doenças infecciosas com maior prevalência foram as que tiveram sorologia positiva para hepatite B (1,9%), hepatite C (76%) e HIV (0,75%) dos clientes.

Durante a sessão de HD é comum que os clientes sintam várias implicações relacionadas ao uso de materiais e a seu manuseio como: coagulação sanguínea por baixa dosagem de heparina; intoxicação devido ao formol; tremores e calafrios por causa da baixa pressão do sangue; embolia gasosa, na entrada de ar; e hemólise (ARONE; PHILIPPI, 1995).

Para Santos e Pontes (2007) é evidente que os sujeitos com doença renal, mesmo em hemodiálise, adquiram várias complicações relacionadas à carência da função renal, pois é fato que enquanto o rim normal desempenha seu papel durante 24 horas/dia e 168 horas/semana, as sessões têm média de apenas 13 horas/semana. O que justifica a presença de risco de morte nesses clientes de 20 vezes a mais que os demais

A IRC leva os seus portadores a várias manifestações clínicas como: depressão, ansiedade, psicose; lentidão sensório-motora, aumento de câimbras; anemia, mudança da quimiotaxia dos neutrófilos, minimização do papel dos linfócitos, maior facilidade de hemorragia devido disfunção das plaquetas; diminuição física, atraso no crescimento, doenças ósseas; ressecamento da pele, “coceira”, palidez; complicações pulmonares; disfunção intestinal; modificação do sono, tontura, convulsões: infertilidade, impotência, disfunção sexual; resistência à insulina, hiperlipidemia (RODRIGUES, 2005).

O local de acesso dos clientes para que seja possível o contato com o hemodializador se dá por meio de cateter temporário nas veias jugular, femoral ou subclávia; e permanente, em um dos membros superiores, pela cirurgia que interliga uma artéria a uma veia – fístula arterio-venosa. Segundo Arone e Philipi (1995) no membro da fístula arteriovenosa (FAV) não pode ser aplicado cateter ou vacina além dos clientes sentirem um frêmito.

Os doentes renais em diálise adquirem em longo prazo complicações como: anemia; infecções (Hepatite, AIDS); alterações ósseas, cardiovasculares, cerebrais e emocionais. Assim, para se reduzir os danos é que se faz o uso de medicamentos, dentre os quais a eritropoetina (age interferindo na anemia) e vitamina D (ARONE; FHILUPI, 1995).

Reforçando, Paim (*et al*, 2006, p. 336) sublinham que “as pessoas em hemodiálise sofrem com uma multiplicidade de perdas relacionadas a: capacidade do papel social; funções físicas; aparência corporal; auto-estima; liberdade de locomoção entre grandes distâncias por dependerem da máquina de diálise; financeiras pela manutenção habitual; entre muitas outras consequências a essa situação de saúde”.

Para Paim (*et al*, 2006) apesar de grandes avanços tecnológicos os quais têm sido de fundamental importância no prolongamento da vida dos clientes, quase não se fez nada que visasse à minimização das dificuldades relacionadas à IRC e ao tratamento hemodialítico.

Figueiredo (*et al*, 2007) elucidam que sujeitos com IRC em tratamento de hemodiálise crônica (HDC) têm os seus desempenhos cognitivos e motor mais

lentos. Os mesmos autores acrescentam ser válido também aos clientes considerados estáveis (sem confusão mental e demência).

Segundo Dias (2001) o tempo ocupado pelas sessões de hemodiálise aos clientes renais vai além das 12 horas semanais, tempo considerado mínimo, porque há os períodos compreendidos no transporte de ida e volta para casa e até que sejam atendidos após chegarem a unidade de diálise.

O transplante renal é tido como a terapia mais indicada aos sujeitos com IRC por garantir maior sobrevida e qualidade de vida. Pois, os outros tratamentos, diálise peritoneal e hemodiálise, servem apenas como paliativos. Entretanto, o número de doadores é largamente inferior à demanda à qual aumenta a cada ano. Também vale ressaltar que os rins doados podem ser oriundos tanto de: doadores vivos, que têm melhor aceitação pelo receptor, embora haja dentre eles os considerados não-ideais ou marginais cuja origem é pessoa idosa ou de função do rim muito baixa; como de doador cadáver (SANTOS; PONTES, 2007).

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) o doador de órgãos deve receber as seguintes recomendações:

1. O transplante renal com doador vivo relacionado é recomendado sempre que possível, uma vez que os resultados são melhores com esse tipo de doador;
2. O transplante renal com doador vivo não-relacionado pode estar justificado se o doador é o cônjuge, e em algumas situações em casos de amizade próxima (emocionalmente relacionados) desde que sejam asseguradas as intenções de doação puramente altruístas, e que transações comerciais sejam excluídas;
3. A doação é um ato espontâneo e qualquer evidência de transação comercial envolvendo a doação de órgãos é inaceitável e passível de punição;
4. O doador vivo deve ser adulto, com idade superior a 21 anos (dando-se preferência para doadores acima de 30 anos) em geral a idade máxima não deve ser superior a 70 anos;
5. O doador vivo não deve ter qualquer doença renal e deve ter função renal normal, avaliada através de depuração da creatinina, exame de urina, proteinúria de 24 horas;
6. Deve existir compatibilidade do grupo sanguíneo ABO, porém não há necessidade de compatibilidade do sistema Rh sempre que possível é escolhido o doador com melhor compatibilidade HLA quando existe mais do que um candidato a doador vivo, considerando-se que todos sejam igualmente adequados à doação;
7. A prova cruzada (cross-match) entre doador e receptor (realizada com linfócitos T + antiglobulina humana e com linfócitos B) deve ser negativa para alo-anticorpos específicos contra o doador;



8. Antes do candidato a doador ser considerado doador, deve ser realizada uma cuidadosa investigação clínica, incluindo anamnese, exame físico completo, avaliação imunológica, laboratorial e de imagem. O doador deve ser normal do ponto de vista clínico e emocional. Somente após a análise de todos os parâmetros, o candidato poderá ser considerado doador para transplante renal. Além disso, pela lei 10.211 de 23 de março de 2001, a realização de transplantes só poderá ser autorizada após a realização do doador, de todos os testes de triagem para diagnóstico de infecção e infestação exigidos em normas do Ministério da Saúde;

9. O doador para transplante deve sempre ficar com o melhor rim.

Segundo Carpenito (2003) vários diagnósticos de enfermagem podem ser observados nos sujeitos com IRC, dentre os quais vale ressaltar:

**1. Percepção de saúde-controle de saúde:**

Risco para controle ineficaz do regime terapêutico  
Risco para lesão no acesso vascular;

**2. Nutrição-metabolismo:**

Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais;

Proteção ineficaz: integridade tissular prejudicada;

Risco para infecção; risco para transmissão de infecção;

Risco para temperatura corporal desequilibrada

**3. Eliminação urinária prejudicada**

**4. Atividade-exercício**

Atividades de recreação deficientes;

Débito cardíaco alterado;

Intolerância à atividade;

**5. Cognitivo-perceptivo**

Conhecimento deficiente;

**6. Relacionamento-participação**

Interação social prejudicada;

Risco para solidão;

Processos familiares interrompidos;

**7. Autopercepção**

Risco para impotência;

**8. Enfrentamento- tolerância ao estresse**

Enfrentamento familiar comprometido.

De acordo com a SBN o transplante renal obedece às diretrizes em que definem suas indicações e contra indicações:

**i.1 indicações de transplante renal**

1) o transplante renal está indicado quando houver insuficiência renal;  
Crônica em fase terminal estando o paciente em diálise;

### **i.2 contra indicações para o transplante renal**

portadores de sorologia positiva para aids;

portadores de neoplasia malignas;

portadores de doenças pulmonares crônica avançada;

portadores de doença cardíaca grave sem indicação de tratamento cirúrgico;

ou intervencionista;

portadores de vasculopatia periférica grave, com sinais clínicos evidentes de insuficiência vascular periférica ou com estudo de Doppler mostrando lesões graves em artérias ilíacas;

portadores de cirrose hepática.

## **3.2 Reações psicológicas dos sujeitos com IRC ante a hemodiálise**

O impacto emocional causado pela IRC ao cliente em HD se deve ao fato do consenso de que a doença é irreversível. Além disso, aceitar a terapia implica no cumprimento da dieta restrita e da mudança de hábitos nas atividades sociais, interferindo, portanto, no trabalho. Acrescenta-se a tudo isso diversos medicamentos obrigatórios agregados, na maioria das vezes, a efeitos colaterais (SANTOS, 2006).

Resende (*et al*, 2007, p.96 citam Went e Fontes, 2006) os quais afirmam: “ao vivenciar um evento negativo, tal como uma doença renal crônica que muitas vezes incapacita o cliente para certas atividades, o senso de controle do indivíduo tende a ser acionado, ou seja, seus recursos pessoais e sociais sofrem uma pressão cuja finalidade se dá na adaptação ao novo modelo”.

Martins e Cesarino (2007 *apud* Resende *et al*, 2007) mencionam o impacto negativo que a IRC e o tratamento de HD causam nos sujeitos, deixando-os com suas qualidades de vida minimizada. Corroborando, Pietrovsk e Agnol (2006) afirmam que isso se deve em parte ao reconhecimento da necessidade de aderir ao tratamento como única alternativa de continuar vivendo.

Para Pietrovsk e Agnoll (2006) os sujeitos com IRC sentem um impacto significativo no início do tratamento por falta de preparo e orientação prévia. Os mesmos autores afirmam que a orientação é um fator importante, no início do tratamento, como suporte psicológico útil à defesa emocional das causas

psicológicas dos clientes. Neste sentido, Castro (*et al*, 2006) elucidam que os sujeitos com maior nível de escolaridade aceitam com mais frequência à terapia.

A orientação é um fator importante, no início do tratamento, como suporte psicológico útil à defesa emocional das causas psicológicas dos clientes (PIETROVSK; AGNOL, 2006). Os autores sublinham que “a doença renal crônica é vista pelos clientes como um fator de profundas mudanças em suas vidas.” Os mesmos autores afirmam ser o transplante renal a única esperança dos portadores de IRC ter uma vida, que considere plena.

De acordo com Júnior (*et al*, 2006) os transtornos psiquiátricos afetivos em clientes renais crônicos estão associados aos riscos de não-adesão às sessões de HD e ao abuso de tóxicos. Os autores enfatizam também a importância do suporte familiar como minimizador dessas ocorrências e o passar do tempo em HD como atenuante. Parafraseando Resende (*et al*, 2007) um difícil desafio como a IRC engrandece o ser humano, pois ao contrário da lógica, as pessoas não agem passivamente ante as adversidades.

Dias (2001) elucidam que os portadores se sentem mais seguros à medida que se aproxima a sessão de HD e alguns até relatam descumprir a dieta, por estarem certos de que o tratamento estabilizará as alterações orgânicas.

Santos e Pontes (2007) consideram a adaptação psicológica como sendo a justificativa para a melhora dos aspectos mentais em portadores de IRC com o passar do tempo em hemodiálise.

## **4 SUJEITOS E MÉTODO**

### **4.1 Tipo de estudo**

A pesquisa é do tipo exploratório-descritiva, sob abordagem qualitativa. Segundo Leopardi (2001, p. 138), a pesquisa exploratória permite ao pesquisador “aumentar sua experiência em torno de um determinado problema, consiste em explorar tipicamente a primeira aproximação de um tema e visa criar maior familiaridade em relação a um fato ou fenômeno”. Para Tobar e Yalour (2001), a pesquisa exploratória pela natureza de sondagem, não parte de hipóteses, podendo estas surgir como produto final da pesquisa.

A Pesquisa descritiva apresenta como objetivo primário segundo Figueiredo (2004, p. 104) a “descrição das características de determinada população ou fenômeno ou então o estabelecimento de relações entre variáveis obtidas através da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, como o questionário e observação sistemática”. Optou-se por uma pesquisa exploratório-descritiva, para melhor descrever o fenômeno psicológico dos sujeitos com doença renal em tratamento hemodialítico.

A pesquisa teve abordagem qualitativa, porque o interesse foi focalizado no significado do processo. Os sujeitos da pesquisa foram vistos como únicos que possuem comportamentos diferenciados e agem sempre de maneira própria mesmo em situações semelhantes (MINAYO, 2000).

Segundo Contandriopoulos (*et al*, 1999), a pesquisa qualitativa, quando na forma de discurso, pode ser formada pelas seguintes etapas: a preparação e a descrição do material bruto; a redução dos dados; a escolha e a aplicação dos modos de análise; a análise transversal das situações ou dos casos estudados.

### **4.2 Cenário**

O estudo foi desenvolvido no Centro de Nefrologia, Unidade de Diálise e Transplante Renal Pe. José Linhares Pontes da Santa Casa de Misericórdia de Sobral – Ceará, Brasil, centro de referência para doentes renais. A Santa Casa é uma instituição filantrópica, que assiste prioritariamente à clientela do Sistema Único de Saúde (SUS). A referida clínica de diálise foi inaugurada há cerca de dezenove anos, em

setembro de 1988. Iniciaram com cinco máquinas de tanque com um turno que dialisavam segunda, quarta e sexta.

O Centro de Nefrologia é constituído de uma sala de Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC), quatro salas de hemodiálise, sendo duas para clientes soronegativo para hepatite B e C, totalizando vinte e oito máquinas; uma para soropositivos C, contendo três máquinas e uma para soropositivos B, contendo uma máquina. Totalizando cento e oitenta e seis clientes com soronegativo para hepatite B e C, treze clientes com soropositivo para C e um soropositivo para B.

Possui também sala para procedimentos para atendimento de enfermagem, consultórios de Enfermagem, Médico e de Nutrição, recepção, sala de espera com amplo espaço, copa, refeitório, almoxarifado, sala de preparo de medicamentos, dentre outras.

O quadro de profissionais que exercem atividade na clínica é constituído por dois médicos, quatro enfermeiros, sendo um responsável técnico, onze auxiliares de enfermagem, vinte e dois técnicos de enfermagem, dois recepcionistas, uma nutricionista, assistente social e psicólogo que fazem parte do hospital, duas funcionárias de copa, três de serviços gerais e dois funcionários na parte de manutenção das máquinas, totalizando quarenta e oito profissionais.

A unidade de diálise funciona de segunda a sábado das seis às vinte e duas horas.

### **4.3 Sujeitos**

Os sujeitos do estudo foram os 24 doentes renais crônicos em tratamento hemodialítico na Santa Casa de Misericórdia de Sobral, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) e incluíam-se nos seguintes critérios: residir em Sobral; está há mais de seis meses em tratamento hemodialítico; e ter idade maior que dezenove anos.

Os sujeitos com DRC realizam hemodiálise três vezes por semana, sendo que cada sessão compreende ao período de quatro horas. Eles são divididos em dois grandes grupos: os que dialisam segunda-quarta-sexta; e os que fazem hemodiálise terça-quinta-sábado. Além disso, cada cliente faz terapia em um dos três turnos de

forma que uma vez tendo iniciado em um determinado turno (horário) sempre fará tratamento no mesmo naquele período determinado anteriormente. Caso chegue atrasado, o urêmico renal não pode deslizar em tempo inferior a três horas.

Os sujeitos do estudo apresentam o seguinte perfil, como pode ser visualizado na Tabela 1:

**Tabela 1** Perfil dos sujeitos com doença renal crônica. Sobral – Ceará, jan. 2009.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade (anos)</b>		
23 a 30	3	12,5
31 a 40	9	37,5
41 a 50	5	20,9
51 a 60	4	16,7
61 a 70	1	4,1
71 a 80	2	8,7
Total	24	100,0
<b>Sexo</b>		
Masculino	14	58,3
Feminino	10	41,7
Total	24	100,0
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	08	33,3
Casado	12	50,0
Com companheiro fixo	01	4,2
Viúvo	03	12,5
Total	24	100,0
<b>Grau de escolaridade</b>		
Ensino fundamental completo	4	16,7
Ensino médio completo	4	16,7
Ensino universitário completo	1	4,1
Analfabeto funcional	15	62,7
Total	24	100,0
<b>Renda mensal líquida (R\$)</b>		
420,00	19	79,0
450,00	1	4,2
600,00	1	4,2
840,00	1	4,2
Sem renda definida	2	8,4
<b>Total</b>	24	100,0

#### **4.4 Métodos e Procedimentos**

O período do estudo compreendeu os meses de maio de 2008 a janeiro de 2009. As técnicas para coleta de dados foram o questionário (Apêndice B) e a entrevista semi-estruturada (Apêndice C). O questionário encerra os aspectos relacionados ao perfil sociodemográfico e educacional dos sujeitos; já a entrevista semi-estruturada buscava os dados acerca dos sentidos, sentimentos e atitudes dos sujeitos com doença renal.

A entrevista semi-estruturada, de acordo com Tobar e Yalour (2001, p. 101) baseia-se em um guia de entrevistas, contendo listagem de perguntas ou temas a serem abordados em seu decurso. O ordenamento das perguntas e a redação podem variar para cada entrevistado. “O pesquisador pode encontrar e seguir pistas e novos temas, que surgem no curso da entrevista, mas o guia é um conjunto de instruções claras às principais perguntas a serem feitas ou aos temas a serem explorados”.

A gravação das entrevistas, ao serem autorizadas pelos sujeitos, fez-se ao uso de instrumento eletrônico, MP4, coletando-se todas as informações proferidas pelos sujeitos da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas durante a sessão de hemodiálise com os clientes que aceitaram participar e que estavam dentro do critério de inclusão estabelecido. Antecipando a entrevista, pediu-se permissão ao profissional responsável pela unidade – enfermeiro(a), que juntamente com auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem apresentavam o pesquisador ao cliente, após explicou-se a cada cliente os objetivos a que se propunha com a pesquisa, além da identificação da instituição ao qual o pesquisador pertencia. Fazia-se uma leitura breve do roteiro no sentido de deixar claro o que se pretendia; a fim de que o sujeito avaliasse se poderia expor o tipo de vivência. A gravação da entrevista ocorreu durante a sessão de hemodiálise, certificando-se, anteriormente, se o local não os deixava constrangidos, os quais responderam se tratar de um local onde todos sabiam da doença e que, portanto, não referiam nenhum problema caso alguém ouvisse a conversa. Em relação à aceitação, somente um dos sujeitos abordados não permitiu que se fizesse a entrevista. Já, em outros três sujeitos, a entrevista, também não foi possível: um por ser especial, ter síndrome de down, um

outro por apresentar deficiência auditiva; e um último por dificuldade de compreensão, portanto, não respondendo ao que se propunha com a pergunta.

Antes de entrar em campo com os instrumentos/técnicas, fez-se um pré-teste com um sujeito, para avaliar se as questões eram bem entendidas e respondidas de acordo com o que a pesquisa se propunha a conhecer. Ao certificar-se de que a entrevista era viável, a única interferência se deu no entendimento das palavras das perguntas que, em alguns casos, tiveram que ser substituídas por sinônimos, como foi o caso do advérbio “emocionalmente” ou por nível que proporcionasse um melhor entendimento pelos participantes e que possa contemplar o objetivo da pesquisa tendo que modificar parte da pergunta “qual a sua reação” por “como o senhor(a) se comportou”.

As informações foram sistematizadas e analisadas em categorias, e interpretadas com base na literatura pertinente. Quanto às categorias, Minayo (2000) sugere sua utilização para o estabelecimento de classificações, agrupando elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso. Nessa perspectiva, as categorias abstraídas dos discursos sujeitos.

Para preservação da identidade e integridade dos sujeitos, os nomes destes foram substituídos pelo código: Sujeito 1, Sujeito 2, Sujeito 3 (...) e assim sucessivamente.

#### **4.5 Princípios éticos e legais do estudo**

A pesquisa, por envolver seres humanos, foi feita de acordo com a Resolução Nº 196/1996 do Ministério da Saúde que é composta por diretrizes e normas em defesa do sujeito do estudo para garantir a sua integridade e dignidade. Além de atender os princípios éticos de autonomia, beneficência, não maledicência, justiça e equidade; cada participante receberá um termo de consentimento livre e esclarecido a fim de que possa se comprovar que não foi obrigado a participar do estudo (SEVERINO, 2002).

Segundo Severino (2002), todo projeto deve ser enviado ao comitê de ética da instituição, onde a pesquisa se realizará, para que seja dado o parecer aprovando ou não a realização desta.



O campo da pesquisa foi regido pela Resolução Nº. 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 1996), que se refere aos aspectos éticos e legais da pesquisa envolvendo seres humanos. Segundo o Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2002, p. 85) a eticidade da pesquisa implica em:

- a) consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes – autonomia -. Neste sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade;
- b) ponderação de riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos – beneficência -, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;
- c) garantia de que danos previsíveis serão evitados - não maleficência -;
- d) relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sociohumanitária - justiça e equidade -.

Segundo Marcus e Liehr (2001) toda pesquisa tem como uma de suas exigências a proteção dos sujeitos. Durante todas as fases desta pesquisa foram respeitados os princípios éticos e legais, pautados nos princípios da bioética.

Antecedendo o desenvolvimento da pesquisa, seu protocolo foi enviado a Comissão Científica da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Ao ser autorizado, o referido protocolo foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

## 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS

### 5.1 Categorias Abstraídas

#### Reação ao saber da doença

Os doentes renais crônicos relatam ter vivenciado problemas ao iniciar o tratamento, quer por ausência de preparo psicológico e/ou devido à ausência de conhecimento acerca do procedimento. O que pode ser verificado por meio das falas (VELLOSO, 2001). Estas falas de acordo com o referencial psicanalítico, sugerem uma experiência de castração do consenso dos erros impostos entendidos como limites, perdas e roturas.

Normal, não podia fazer nada (Sujeito 15).

Não fiquei muito sentido, não. Assim, de ficar deprimido, não. Fiquei tranquilo, normal mesmo. Se for pra ser assim, tem que ser assim mesmo (Sujeito 12).

No começo, foi difícil! Mas depois fui aceitando, aceitando. Acho que hoje é um alívio uma máquina desta, é uma vida da gente (Sujeito 20).

Fiquei muito preocupada, porque pensei que não tinha cura! Aí, passei quatro meses no hospital internada. E ainda hoje, não me acostumei com o problema que eu sinto (Sujeito 22).

Muito triste, porque é um tratamento que puxa muito pela saúde de quem tem a doença renal crônica. Ninguém fica satisfeito em saber que é renal crônico. É uma tristeza, mas é uma necessidade (Sujeito 7).

Eu fiquei muito triste! Porque a gente nunca espera uma coisa assim! Mas, se a coisa foi desse jeito, é só pedir a Deus que um dia a pessoa volte ao normal (Sujeito 8).

Pietrovski e Agnol (2006) afirmam que o impacto imposto pela terapia dialítica, resulta do fato de que o cliente renal crônico não tem informação prévia sobre a patologia e devido à ausência de preparo psicológico.

Para Ramos (2006) diversos estudos referem à tristeza, à fragilidade, à sensação de invalidez, ao medo e à revolta perante o sofrimento implicado pela doença e pelo tratamento.

O início foi duro, o início foi duro. Por que eu já pensei em largar trabalho. Uma coisa que eu tinha minha liberdade em questão de trabalho, de sair, me divertir. Aí, eu vi que tinha acabado. Mas com o tempo, em questão da diálise, foi passando aquele sentimento de

invalidez, tá entendendo. Foi crescendo mais a auto-estima. Por enquanto, tá levando, tá levando (Sujeito 4).

Goes e Marcos (2002, *apud* RAMOS, 2006) elucidam que a terapia hemodialítica se apresenta aos clientes como algo inesperado e de dependência de uma equipe especializada e uma máquina (hemodialisador).

Sempre tem uma reação, mas a minha não foi tão diferente dos demais. Eu agir normalmente. Eu tava doente, aceitei a doença, procurei o tratamento. Só isso. Não entrei em pânico, não. Não culpei Deus e o mundo, simplesmente aceitei, e hoje, estou aqui na máquina (Sujeito 2).

Reagi normal. Tinha que fazer, se eu quisesse viver mais um pouco. Só posso ter a saúde que tenho se eu fizer esse tratamento de hemodiálise. É muito sacrificante, precisa de ter muito sacrifício, mas tenho que fazer (Sujeito 5).

É desde criança que eu sofro isso aqui. Eu já sabia que ia passar por isso, que o médico de Fortaleza já tinha me dito que quando eu chegasse numa idade mais avançada, eu ia passar por isso aqui e eu perdi meus dois rins. Aí pronto, já aqui, cheguei nesse ponto que eu estou aqui hoje (Sujeito 13.)

Eu me comportei bem, porque era o único jeito de sobreviver era fazendo hemodiálise. E aí, não entrei em desespero, não. Achei foi bom, porque apesar de tudo, tinha esse tratamento pra mim sobreviver (Sujeito 6).

Reagi normal. Sabia que tinha que fazer hemodiálise pra sobreviver. Reagi normal mesmo (Sujeito 18).

Monteiro (1996, *apud* VELLOSO, 2001) afirma que toda doença é um perigo à integridade do ser humano que o acomete sobre sua fragilidade e a possibilidade de sua destruição. Portanto, deve-se compreender atitudes de defesa como sentimentos de depressão e uma real fase de pesar frente a ausência da saúde e da ilusão de onipotência.

Eu comecei a chorar. Pensei que ia era morrer. Aí, depois, eu fiquei pensando que assim: ai, meu Deus, me dê força, que há tanta gente também com esse problema. Aí, Deus me deu força (Sujeito 21).

Foi muito rui. Eu não queria isso, não. Os médicos prometiam que iam me buscar, ligavam pra mim. E, aí, foi um sacrifício: me deram uma injeção pra botar um cateter no meu pescoço para fazer tratamento; quando, eu me acordei já tava com o cateter no pescoço. Aí, fui me acostumando também, pronto, estou aqui (Sujeito 23).

Fiquei triste, por saber que tinha que fazer hemodiálise até ser transplantado. Fiquei triste (Sujeito 14).

Em sintonia com Velloso (2001) há clientes que referem sintomas como: ansiedade, depressão, ideias suicidas e, principalmente, baixa auto-estima em urêmicos renais tratados pela hemodiálise.

Eu não queria acreditar, eu não queria acreditar. E nem queria entrar em tratamento. Foi um fim de mundo para mim (Sujeito 3).

Muito ruim. Peguei uma depressão muito grande. No começo, eu quase que desisto, queria morrer (Sujeito 9).

Triste, sim! Tive começo de depressão: porque a pessoa tem uma vida normal e, de repente, fica sabendo que não vai ter mais. Não tem quem aceite logo assim (Sujeito 16).

Muito deprimido, passei alguns meses aí para normalizar a vida de novo (Sujeito 17).

Eu não queria aceitar, é, chorava muito, fiquei muito triste. Pensei em fazer coisa que eu não devia fazer. Aí, eu fiquei muito revoltada mesmo. Mas depois, aceitei numa boa (Sujeito 10).

Alguns sujeitos demonstraram uma reação de alívio, embora se tratando de um diagnóstico e de um tratamento os quais exigem tanto, dos clientes submetidos. Ressaltamos que, esse tipo de comportamento deve-se ao fato de que esses doentes renais eram muito sofridos, devido a patologias anteriores como DM ou HAS. Daí, o motivo da normalidade na descoberta do diagnóstico e da terapia, que mesmo paliativa permitiu uma vida com menos sofrimento.

Não fiquei triste, não. Normal, mesmo. Melhorou mais (Sujeito 1).

Não, fiquei triste não. Fiquei foi alegre, porque ia ter um jeito, ia ter uma solução (Sujeito 11)

No início não, não fiquei triste [...] minha filha me deu muita força e eu criei coragem (Sujeito 19).

### **Mudanças sentidas devido à hemodiálise**

Em sintonia com o descrito por Kopstein (1981) todos os entrevistados relataram mudanças negativas junto à minimização da saúde: redução do vigor físico, da atividade, do emprego, atividade, do emprego, laços sociais e da liberdade.

Turra (*et al*, 2001 apud Dyniewicz *et al*, 2004) explicam que a condição de ser portador de doença renal crônica se torna uma fonte de tensão à medida que esta

impõe outros desafios e novas regras ao sujeito, como fazer a dieta, tomar medicação e o fato de ter que lidar com alterações fisiológicas e restrições.

Mudou tudo. Mudou o hábito do trabalho. Eu não trabalho mais. Eu sou só em casa. Exercício físico que eu fazia, e não faço mais. A alimentação em si: tudo controlada, tudo balanceada. Mudou tudo na vida, praticamente mudou tudo (Sujeito 4).

Um bocado de coisa: o cara não pode trabalhar, não pode ser mais igual a outra pessoa. O cara não pode praticar mais esporte. É assim, foram essas coisas que mudou (Sujeito 17).

O cliente renal crônico em tratamento hemodialítico passa por inúmeras modificações no seu modo de viver. Além dos problemas clínicos, eles podem ser acometidos por problemas psicológicos. O urêmico crônico, que tenha abandonado o emprego, interrompendo a função de responsável pelo sustento da família (LIMA; GUALDA, 2000).

Para Marcos (2003 *apud* RAMOS *et al*, 2006) os portadores de IRC são submetidos a ameaças diversas como: insegurança financeira por causa da perda do emprego ou necessidade de aposentadoria prévia. Ainda, não sendo aposentados, não conseguem se inserirem no mercado de trabalho, uma vez que o mercado não os aceita, devido a obrigatoriedade de liberá-los para que realizem o tratamento ou pela falta de conhecimento ou ainda por preconceito

Mudou muita coisa, porque eu fazia tudo e hoje em dia não faço mais. Atividades como: me divertia, me divirto pouco agora (Sujeito 6).

Mudou, mudou muita coisa, porque eu trabalhava, eu trabalhava. E agora, o que fazia não, posso fazer mais, o que fazia antigamente. Não posso fazer todo trabalho que tinha vontade de fazer (Sujeito 9).

A necessidade de dependência dos familiares e da equipe de saúde, assim como do hemodialisador e as limitações físicas tornam a sua convivência social restrita, alterando de forma negativa sua afetividade e sexualidade.

Mudou tudo! Completamente impossibilitada de quase tudo: sobre comida, sobre meus afazeres de casa, sobre meu relacionamento com meu esposo, tudo mudou (Sujeito 5).

Os entrevistados comentam a respeito das mudanças corporais, destacando o impacto que sofrem em relação à fistula arterio-venosa (FAV). Referem também que modificação da estrutura normal do membro pela presença da fístula que é facilmente visualizada, os incomodam. No seu dia-a-dia (RAMOS *et al*, 2006).

Os sujeitos entrevistados recitam o descontentamento com a FAV que com o fluxo sanguíneo tendem a se dilatarem a fim de que suporte as punções necessárias ao tratamento hemodialítico. Então, podendo ser visualizada facilmente por outros sujeitos devido à hipertrofia dos vasos em frêmito.

O que mudou é que eu não trabalho. Costurar na máquina, deixei. Aí, porque eu não tenho condição de cortar a fazenda, muito, aí mudou. E mudou é que eu não posso mais fazer o que eu fazia, só isso. Quando tira o aparelho, as agulhas, sangra, aí, eu não posso mais fazer força no braço. Aí, eu me sinto muito rui, porque eu não posso fazer as minhas coisas que eu gostava de fazer em casa (Sujeito 11).

Percebe-se nas falas dos sujeitos, que a hemodiálise acarreta ruptura da dinâmica de vida dos sujeitos com IRC e exige que se adaptem a novos hábitos e comportamentos, o que requer sacrifícios e renúncias, podendo causar transtornos e estresse ao cliente.

Mudou muito. Aqui, essa hemodiálise acaba com a gente. Agente não é mais a pessoa que era. É um sofrimento danado, a gente dia tá bom, outro dia tá rui. A cada dia, vai aparecendo uma doença nova na gente; vai tendo surpresa diferente. A gente mesmo vai se acabando. É problema chato esse (Sujeito 20).

Para Ramos (*et al*, 2006) a angústia e o sentimento de invalidez são comentados na auto-avaliação dos clientes ao se depararem frente a uma realidade que não podem interferir. Assim, eles são obrigados a frequentarem a terapia dialítica e, portanto, dependentes da máquina, de uma aposentadoria, de um transplante. O que se pode comprovar pelos relatos.

Os movimentos! Eu fazia o meu trabalho, agora, não é mais como era. Mas, em caso, o que mudou foi isso: todo dia a gente saía para trabalhar e voltava naquele horário, agora, a gente é só em casa, não tem como a gente sair mais e, em certa parte, o que mudou foi isso (Sujeito 8).

Segundo Ramos (*et al*, 2006) o urêmico renal crônico tem a HD como uma situação problemática que tira sua liberdade, interfere nos seus hábitos. O que acarreta transtornos a sua integridade a partir do momento que se sabe de sua cronicidade e de suas limitações físicas, atividades sociais e ocupações.

Mudou muita coisa, porque a gente não pode fazer mais o que fazia, antigamente, quando a gente tinha o rim bom. Aí, mudou muita coisa: a gente não pode fazer as coisas que a gente podia fazer (sujeito 10).

Silva (*et al*, 2002 *apud* Ramos *et al*, 2006) elucidam que a condição crônica provoca restrições devido à terapêutica clínica, além de internamento constante. A vida do sujeito passa a ser estressante, a fim de que se adapte às exigências externas.

Mudou muita coisa, porque eu não sou mais a mesma que eu era. Não posso fazer as coisas que eu fazia: a pressão baixa, sinto tontura. E esse tratamento, em vez de a gente ficar boa, sair melhor, sai é muito pior. Pior, eu não achei nada bom. Aí pronto, aqui até hoje fazendo hemodiálise (Sujeito 13).

Mudou que nunca é como a gente quer, que a gente hora tá bem, hora tá mal. A gente não faz mais as coisas que fazia antes. De primeiro, a gente fazia tudo, aqui, tem vez que a gente não pode fazer nem as coisas de dentro de casa. Aí, mudou muito (Sujeito 21).

A HD é um tratamento que acarreta muito sofrimento ao cliente, tornando-o frágil e debilitado emocionalmente. Corroborando, Almeida (1994, p. 3) expõe que “as perdas reais e imaginárias em torno da doença, associadas ao risco de morte, suscitam sentimentos de impotência e desamparo frente a esta situação. Neste contexto, observa-se a emergência de inúmeros conflitos e dificuldades psicológicas”.

Só que eu não posso mais, trabalhar. Não tenho condição de trabalhar agora! (sujeito 1).

Mudou muita coisa! Pelo menos, eu não estou sentindo mais os problemas que sentia antes d'eu começar a me tratar (Sujeito 2).

Melhora, não é, porque era doente, mais doente, não fazia nada na minha casa. Agora, eu faço, assim mesmo fazendo hemodiálise, minhas coisas. Nem todas as coisas, eu faço! Mas eu acho bom viver, fazendo um pouco (Sujeito 3).

Não, não mudou nada. Hoje, eu faço hemodiálise porque é uma necessidade pra mim viver. Mas, mudar, não mudou nada. Mudou o

sistema, porque eu não posso mais trabalhar, mas mudar, não mudou nada: é uma obrigação de você dialisar diariamente (Sujeito 7).

Muitas coisas assim, mais sobre, assim, sobre comida, mudou muita coisa assim, como alimento, parte de praticar esporte. Eu pratico só que mais pouco do eu praticava antes (Sujeito 14).

Melhora! Eu sou diabética também. Aí, pelo menos, a diabetes já aliviou (Sujeito 15).

Tudo, mudou tudo, porque a gente não tem mais a vida normal, como antes (Sujeito 16).

Mudou muita coisa: mudou o estilo de vida. É como, dizer assim, não sei explicar muito, não, mas foi isso que mudou (Sujeito 18).

O que mudou é que meu organismo não funciona direito [...] mudou pouca coisa, pouquinha coisa. Não mudou coisa demais, não (Sujeito 19).

Muita coisa, porque eu brincava muito, eu passeava, eu ia pras festas. E agora, mudou totalmente. Eu tenho medo de sair, passar mal nos cantos. Acabou totalmente. Sei lá [...] levo, porque, finalmente, tem que levar até quando Deus permitir (Sujeito 22).

Mudou muita coisa! [...] Ficou diferente... Fui me acostumando, fui me acostumando. Aqui já vai fazer 15 anos. Aí, me acostume, pronto (Sujeito 23).

O que mudou na minha vida é que a gente fica preso ao tratamento, Para de trabalhar. A gente fica numa vida privada (restrita). Aconteceu não foi porque a gente quis. Eu não sinto tanta coisa: a pressão aumenta, a pressão diminui. Estou levando aí, graças a Deus. Eu faço tudo direitinho e tal, estou levando (Sujeito 24).

### **Atitude atual relacionada à doença e ao tratamento**

Segundo Dietrovsk e Agnol (2006) e conforme as falas dos clientes renais, o sentimento de obrigatoriedade na aceitação da terapia, como única maneira de manter-se vivo, e a fé em Deus, como fator de ajuda para a resistência dessa dura realidade, foram questões bastante comentadas pelos entrevistados. Isso por que o doente renal crônico tem o senso de que necessita da hemodiálise, não lhe restando outra saída, até que se consiga um transplante. Pois, a adaptação não é fácil, ao contrário, é tido como um complexo que mobiliza as estruturas do sujeito. Ficando evidente que há situações as quais não se pode optar e que fogem do domínio do ser humano.

Hoje, eu me sinto alegre, me sinto feliz. E como que a gente ainda tá vivendo em boa companhia. A gente não pode entristecer, a gente tem que se alegrar. Pra mim, não tem tristeza, não têm problemas.



Deus me levantou. Estou vivendo, estou alegre. Enquanto eu vivo, eu estou alegre (Sujeito 19).

Com o tempo, a gente aprende há superar um pouco. Alguns momentos de tristeza, mas a gente consegue levar. Aí, estou vivendo bem. Sempre com a presença de Deus que conforta o coração. E é o jeito, porque não tem outra alternativa. A gente vai superando aos poucos (Sujeito16).

Não sou triste, não. Sou alegre. Eu levo esse tratamento como eu tenho que fazer mesmo. Mas eu não me sinto tão inválida, não. Sou alegre, eu acho graça, eu brinco, eu vivo como qualquer pessoa normal (Sujeito 3).

Para Dyniewicz (*et al*, 2004), em se tratando de transplante, tem-se um sentimento conflitante, o que o leva a vivenciar a esperança e falta dela. Isto envolve medo e sofrimento, condicionados pela realidade e pela evolução clínica da doença. Assim, procura-se apoiar na esperança, embora esteja consciente de seu temor. Enfrentar essa situação desafia suas emoções e, portanto, ao mesmo tempo, que busca superar esta crise a transforma em oportunidade para o crescimento pessoal.

Eu me sinto alegre, me sinto alegre. Pensando mais na cirurgia que hoje tá sendo muitas pessoas sendo transplantadas. E eu estou alegre que tenha uma solução, ruim é se não tivesse uma solução e a gente ficasse direto nessas máquinas, mas tendo fé, acho que futuramente a gente pode fazer uma cirurgia e sair dessas máquinas e tomar uma vida normal (Sujeito 4).

Lima e Gualda (2001 *apud* DYNIEWICZ *et al*, 2004) afirmam que ao vivenciar a evolução da doença crônica e na tentativa de retornar à normalidade, o cliente começa a dar respostas ativas aos desafios que envolvem mecanismos cognitivos e emocionais conforme sua personalidade e estilo de vida. Logo, através da experiência adquirida com a mesma situação, permite-se que o indivíduo faça uma readaptação construtiva de sua razão de existir. A vivência do sofrimento parece ser oportunidade para encontrar e refletir sobre o lado difícil e doloroso da vida, a vivenciá-la enquanto combate o sofrimento e o partilha com os outros.

Alegre, hoje, conformado. Eu brinco com meus amigos, porque eu sou alegre e satisfeito. Converso com meus amigos. Todo mundo acha que eu não tenho é nada. Todo mundo me pergunta – rapaz, tu não é doente desse jeito, você brinca? Eu tenho que ser alegre e conformado. Eu não posso fazer nada (Sujeito 12).

Eu me sinto uma pessoa normal, alegre, ainda pratico esporte, me sinto feliz, vou pras parte. Sou uma pessoa alegre, não tenho tristeza (Sujeito 14).

Silva (*et al*, 2002, p. 566) descrevem, citando diversos autores, que a avaliação de um sujeito em relação à sua qualidade de vida esta ligada ao apoio que recebe da família, e que este fato a faz sentir melhor. Consideram que “a doença, de uma certa maneira, também é da família e, quando os familiares estão presentes, dando apoio constante, a dor do doente renal crônico é compartilhada, minimizada”.

Eu sou alegre, graças a Deus. Tudo que tenho em minha vida, graças a Deus, traz alegria pra mim: amigos, companheira, mãe, pai, irmãos, tudo são alegres comigo, não tem preconceito nenhum comigo (Sujeito 6).

Pelter e Saidul (2002 *apud* Dyniewicz *et al*, 2004) refletem sobre a espiritualidade que a dimensão espiritual da saúde tem relevado que a sua prática, relacionada a religiosidade, causa benefícios físicos, podendo prolongar a sobrevivência em condições crônicas.

Eu me sinto, hoje em dia, até assim, conformado, porque eu me entreguei a Jesus. Leio a bíblia e tal. E eu fui ficando mais livre de coisas absurdas. Acredito no poder de Deus. Temos que acreditar no Senhor (Sujeito 24).

Para Gonçalves (*et al*, 1996) citado por Dyniewicz (2004) enfatizam que a qualidade de vida estar em sintonia com o empenho da família com o doente, amparando-o, não o negligenciando ou fragilizando. O que se mostrou também neste estudo. É como se os membros da família compartilhassem os cuidados com a dieta, a administração dos medicamentos, mostrando-se como uma resposta positiva unânime frente às necessidades dos clientes.

Corroborando Lima e Gualda (2001 *apud* RAMOS, 2006) afirmam que a família é o mais importante meio de transmissão de motivação para o enfrentamento das implicações causadas pela doença e pelo tratamento. Os mesmos autores acrescentam que fatores como vontade de continuar vivendo, suporte emocional oriundo dos entes queridos, conformismo diante do imutável, fé em Deus, dentre

outros recursos, são utilizados como uma maneira de resistência a fim de que se continue a difícil jornada.

Hoje, eu me sinto alegre, me sinto feliz. E como que a gente ainda estar vivendo em boa companhia. A gente não pode entristecer, a gente tem que se alegrar. Pra mim, não tem tristeza, não têm problemas. Deus me levantou. Estou vivendo, estou alegre. Enquanto eu vivo, eu estou alegre (Sujeito 19).

Hoje, eu me sinto alegre, me sinto feliz. E como que a gente ainda tá vivendo em boa companhia. A gente não pode entristecer, a gente tem que se alegrar. Pra mim, não tem tristeza, não têm problemas. Deus me levantou. Estou vivendo, estou alegre. Enquanto eu vivo, eu estou alegre (Sujeito 19).

Hoje em dia, mais conformado, normal. Continua a vida, o cara não pode mudar. É o jeito se conformar, não pode mudar, continua! (Sujeito 17).

Não, eu sou alegre. Hoje em dia, eu sou mais alegre, sou mais conformada. Levo uma vida normal (Sujeito 10).

Normal, normal. Tenho que aceitar (Sujeito 15).

Eu sou alegre, porque, em fim, Deus consente. Mas eu estou triste. Só em lembrar que eu fazia tudo sem precisar estar aqui, sem precisar de ninguém, eu fico muito triste. É muito ruim está aqui, fazer isso aqui, porque não é todo dia, mas a gente passa muito mal aqui (Sujeito 13).

Eu me sinto bem. Comportado, alegre. Não tem o que fazer, me sinto bem (Sujeito 18).

Agora, eu me sinto bem, mas no começo, foi ruim. Mas agora vou para colégio e tudo, Comecei a estudar e desistir por causa dos outros no colégio, e muitos me perguntavam – O que é isso aí no seu braço? Deixa eu pegar. Agora, todos já sabem, já estão acostumado. Meus amigos já sabem, (nem foi tanto por mim, não.). Fui me acostumando também, mas foi ruim (Sujeito 23).

Eu sou assim: eu não saio, a viagem que faço é pra a Santa Casa. As pessoas me perguntam por que eu não saio. Eu, não, sou doente. Vou somente pra casa do vizinho. Vivo em casa (Sujeito11).

Ramos (*et al* 2006) afirmam que a terapia hemodialítica representa esperança e vida, otimizando o cliente renal crônico, pois o ajuda a mantê-lo vivo e à procura de dias melhores. Porém, em alguns casos se nota um significado negativo apresentado devido à condição de prisão e de sofrer por decorrência da hemodiálise.

Eu me sinto bem, eu não fazendo arte. Eu posso dizer que sou uma pessoa normal, sabe. Se eu não comer comida que me faça mal, se eu não fizer muita extravagância, pegar sol. Estou bem, graças a Deus (Sujeito 5).

Eu sou normalmente, assim: não tenho muita coisa para mim alegrar, porque ultimamente, eu penso assim, será que eu tenho uma doença contagiosa. A gente anda, a gente passeia – quando a gente se senta no ônibus se levantam de perto da gente. [...] Eu acho que a gente tem que levantar a cabeça e não baixar (Sujeito 22).

Eu, graças a Deus, eu nunca entristeci, não. Sempre, é, conseguir acolher bem as pessoas. Atender bem, tratar bem às pessoas. Não mudei de maneira alguma o meu comportamento (Sujeito 2).

Segundo Velloso (2001) a alternativa da HD é vista pelos renais crônicos como um mecanismo para prolongamento de suas vidas e até comparam à máquina com a própria vida como algo vital, mas também simboliza um objeto de destruição.

Não, sou uma pessoa animada. Não tenho complexo nenhum em ser renal crônico. Eu vivo com minha família alegre e satisfeito. Curto a vida, nenhum problema. É uma necessidade. Isso aí, ninguém pode ficar triste, porque a gente depende, pra viver, da hemodiálise (Sujeito 7).

Hoje, eu me sinto bem, graças a Deus, porque se não fosse as máquinas; eu não vivia mais (Sujeito 9).

Hoje em dia, eu me sinto alegre, porque eu to do jeito que hoje eu estou. Quando eu termino, faz de conta que eu não sinto nada: faço caminhada; sou disposto a tudo; e me sinto sempre alegre. Quando, eu saio daqui, pra mim, eu sou uma pessoa normal. Não tenho esse pensamento de doente, não (Sujeito 20).

Hoje em dia, eu me sinto mais forte. Eu me sinto melhor. Toda vez que eu venho fazer hemodiálise, aí, eu me sinto melhor [...] sou mais conformada. Aqui e acolá, eu me sinto fraca, mas Deus é bom, Deus é maravilhoso (Sujeito 21).

Normal mesmo (Sujeito 1).

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No grupo estudado, embora os clientes fossem submetidos à situação semelhante, observou-se a variabilidade no que diz respeito à reação ao saber do diagnóstico, pois enquanto a maioria relatou ter expressado sentimentos de tristeza, pesar, revolta, assim como distúrbios de depressão ou ainda ideias de suicídio, agir de forma desesperada; uma pequena parcela do grupo referiu ter sido um momento amenizador do sofrimento – isso por que estes relataram já apresentarem implicações de doenças anteriores como diabetes e hipertensão, assim, o diagnóstico foi recebido por eles como algo construtivo, embora cientes da cronicidade da doença (IRC) e do rigoroso tratamento hemodialítico. Daí, a razão de esta experiência manifestar-se de forma divergente aos sujeitos.

Ressaltamos o grau de entonação de voz e os sentimentos expressados pelos clientes ao serem abordados sobre seus comportamentos ao receberem a informação da patologia e da necessidade do tratamento: os portadores renais pareciam reviver aquele momento - descreviam cada momento pausadamente como se realmente tudo aquilo estivesse acontecendo, pois uma cliente até se emocionou e não pôde conter as lágrimas e outros deixavam transparecer o sentimento de revolta ou ainda de descrença frente ao inesperado.

Todos os entrevistados citaram que a hemodiálise lhes causou mudanças significativas: os mais jovens sentiram mais as atividades de lazer – jogar bola, sair com os amigos, ir a diversões: os mais vividos se queixaram da redução na rotina de trabalho. O sedentarismo e a dieta foram os fatores abordados pelos clientes de todas as idades. Citaram também o membro da fístula que os incomodava devido ao frêmito, à hemorragia ao realizar esforço, além da fraqueza manifestada. Alguns discorreram da obrigatoriedade do tratamento que ocupava muito tempo. Então, lamentavam em mais ou em menos as marcantes perdas. Em outros relatos, deduzimos que em relação à máquina há um dilema: se considerá-la como um objeto que lhes dá vida ou como objeto que reduz seu estilo de vida e os afeta negativamente no seu emocional.

Em relação à atitude atual tomada pelos sujeitos da pesquisa, pudemos certificar-se pelas falas que havia uma readaptação considerável. O que nos levou a reconhecer que se encontram mais equilibrados emocionalmente. Citaram o apoio

da família como um fator importante para conseguirem a estabilidade e conformismo necessários para continuar a terapia hemodialítica. A esperança do transplante foi também citada como algo que os motivam no enfrentamento desta experiência. A fé em Deus foi bastante citada e que segundo estes, conforta o coração. Assim, a maioria das respostas foi a de que se consideram normais, pois não sentem àquelas reações emocionais apresentadas quando receberam a notícia de que necessitavam da terapia hemodialítica para sobreviver. Os entrevistados discorreram que obedecer as regras impostas implicava no melhoramento dos sintomas.

O fato que nos deixa ávidos por resposta é o de que quase totalidade dos clientes preferiu relatar suas vivências emocionais em terceira pessoa “a gente” em vez da primeira pessoa “eu”.

Notamos através de trechos citados pelos urêmicos crônicos o quanto a ida ao tratamento é vista como algo obrigatório e até discursam numa tentativa de auto-ajuda onde tentam motivar-se a prosseguir nessa luta incondicional pelo viver. Pois, segundo eles, buscam espelhar-se naqueles que estavam mais tempo em terapia. E concluem que não estão sozinhos. Por que, alguém, em semelhante situação semelhante consegue sublimar, também conseguirão.

Em conversa paralela com os clientes, alguns quiseram saber quais os reais benefícios que a pesquisa os traria. E falaram da vontade de serem inseridos em alguma atividade, pois, manter-se ocupados faz com esqueçam a dura realidade.

Quanto ao serviço prestado aos portadores de doença renal crônica, consideramos que atende a todos os quesitos para que se tenha um atendimento de qualidade. O que poderia ser acrescentado seria um maior número de profissionais no intuito de reduzir a sobrecarga a eles imposta. O que implicaria numa mais eficiente proximidade aos clientes.

## 7 REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A.C.O. Considerações Psicológicas acerca do Transplante Renal. In: **revista de psicologia hospitalar do hospital das clínicas**. São Paulo, v.4, p. 3-6, 1994.
- ARONE, E.M.; FILIPPI, M.L.S. **Enfermagem Médico-cirúrgico**. São Paulo: SENAC São Paulo, 1995, 64p.
- BERNE, R.M., MATTHEW, N.L.; BRUN, A.S. **Fisiologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. 1034p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série CNS Cadernos Temáticos) - (Série A. Normas e manuais técnicos, n. 133).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisas. **Informe epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 5, n. 2, supl. 3, p. 1-14, abr./jun. 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº. 1589, de 3 de setembro de 2002**. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº. 82, de 3 de Janeiro de 2000. Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos serviços de diálise e as normas de cadastramento destes junto ao Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2000.
- CARPENITO, L.J. **Compreensão do Processo de Enfermagem**: mapeamento de conceitos e planejamento do cuidado para estudantes; tradução Ana Thorell – Porto Alegre: Armed, 2007. 600p.
- CARPENITO, L.J. **Manual de Diagnósticos de Enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
- CASTRO, M. et al. **Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36**. Rev. Assoc. Med. Bras., v.49, n.3, p.245-249, set 2003.
- CESARINO, C.B.; CASAGRANDE, L. D. R. **Paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico**: atividade educativa do enfermeiro. Revista Latino- Americana de Enfermagem, v. 6, n. 4, p. 31-40, 1998.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. **Saber Preparar Uma Pesquisa**: definição, estrutura e pesquisa. 3ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec, 1999. 215p.
- COSTELANO, R.G.S; LACERDA, M.R. **Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador?** Santa Maria: Unifra, 2001.
- DAURGIDAS, J.T. et al. **Manual de diálise**, Minas Gerais: Medsi, 2003.
- DIAS, M. S. A. **Cuidado Especial na Pessoa Portadora de Insuficiência Renal Crônica**. Fortaleza-CE: UVA/UFC: 2001. p. 105.
- DYNIIEWICZ, A.M; ZANELLA, E; KOBUS, L. S. G. **Narrativa de uma cliente com insuficiência renal crônica**: a história oral como estratégia de pesquisa. Revista Eletrônica de Enfermagem – v.6, n. 2, 2004. Disponível em: [www. Fen.UFG.br](http://www.Fen.UFG.br). Acesso em: 15 dez. 2008.

EUGENIO, F.G; ISABELA, A.P.J. **Perspectivas dos Pacientes de Unidade de terapia Intensiva: problemas sentidos e expectativas quanto à assistência de Enfermagem.** *Tratados de Enfermagem*, v.2. n 3. p 28-38, set 2005.

FIGUEIREDO, W.M. et al. **Lentidão Cognitiva e Psicomotora em Hemodialisados Crônicos.** *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, v.65, n.3, p.875-879. set 2007.

FUMEGATO, A. R.F; SCALENA, M. C. M; TRENTO, F. C. **Ajuda Terapêutica do Enfermeiro à Pessoa Deprimida com Aplicação do MAPI.** *Nursing - revista tecnológica de enfermagem.*, n. 17, ano 2, p. 18 – 21, out 1999.

GARRIDO, M.C.F. **cotidiano da educação continuada em enfermagem: valorização do cuidar.** *O Mundo da Saúde – São Paulo.* v. 24, n 5, p. 372-377. set/out 2000.

GENOVEZ, C.B. A et al. **Humanização no Cuidado de Enfermagem Hospitalar: abordagem sobre os programas do Ministério da Saúde.**, v. 4, n.3. p. 267-275, set/dez 2005.

GOES, E.L.A; MARCON, S.S. **A convivência com a hipertensão arterial.** *Acta sci. Healthsci.* Maringá, n. 3, p. 819-829, 2002.

GONÇALVES, L. H. T et al. **A percepção dos idosos quanto seu estado de saúde e apoio familiar.** *Cogitare Enferm.*, v.1, p. 65, 2000.

KASPER, J. L.; BRAUNWALD, E. M. D.; et all. **Medicina Interna.** 15. ed. Rio de Janeiro: MC Graw-Hill do Brasil, v. 2, 2002.

LEOPARDI, M.T. Fundamentos gerais da produção científica. In: LEOPARDI, M.T. e Cols. **Metodologia da pesquisa na saúde.** Santa Maria: Palloti, 2001. p. 126-175.

LIMA, A. F. C; GUALDA, D. M. R. **Reflexões sobre a qualidade de vida do cliente renal crônico submetido à hemodiálise.** *Revista Nursing.* São Paulo, n.30, p.169-178, 2000.

LIMA, A.M.C; FILHO, J.B.M; DINIZ, J.S.S. Insuficiência Renal Crônica – A Trajetória de uma Prática-in: ROMANO, B.W (org). **A Prática da Psicologia nos Hospitais.** São Paulo: pioneira., capítulo 5. p.77-92. 1998.

LIMA, J.O et al. **Aprendendo o Cuidado Humanizado: a perspectiva do graduando de Enfermagem.** *Rev do Departamento de Enfermagem-NEM. Ciência, Cuidado e Saúde.*, v.6. p.11-20, Jan/mar 2007.

LOPES, G.B. et al. **Comparações de medidas de qualidade de vida entre mulheres e homens em hemodiálise.** *Rev. Assoc. Med. Bras*, v. 53, n. 6, p.506-509, 2007.

MALDONADO, M.T; CANELLA, P. **Recursos de Relacionamento para Profissionais de Saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais.** – Rio de Janeiro: Reichman & Affonso editores, 2003. 321p.

MARCON, S.S. **Cotidiano e trabalho: concepções dos indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares.** *Rev. Latino – Americana . Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.11, n.6, p. 823-831, 2003.

MARCUS, M.T.; LIEHR, P.R. Abordagens de pesquisa qualitativa. In: LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e**



utilização. Tradução: Ivone Evangelista Cabral. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 122-139, 2001.

MAZZOTTI, A.J.A.; GEWANDSZNAJDER, F. **O Método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. 205p.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro; Abrasco, 2000. 269p.

MOURA JUNIOR, J.A. et al. **Prevalência de transtornos psiquiátricos em pacientes em hemodiálise no estado da Bahia**. J. bras. psiquiatr., v.55, n. 3, p.178-183, 2006

NIETCHE, E.A. et al. **Rinaldo Alegria e Rinaldo Tristonho: processo educativo no atendimento aos clientes renais crônicos e seus familiares**. Rev Nursing: Revista Tecnocientífica de Enfermagem. , v.85, n8, p.287 – 290. jun 2005.

PAIM, L. et al. **Tecnologias e o cuidado de enfermagem a pessoas em tratamento de hemodiálise**. Ciência, Cuidado e Saúde – Rev do Departamento de Enfermagem – NEM., v.5 n3. p. 335-343. set/dez 2006.

PELZER, M.T; SANDRI, J. V. A. **O viver e ser agradável no envelhecimento humano contextualizado através da história oral**. Rev. Gaúcha. Enf, v.2, p-108-122, 2002.

PIETROVSK, V.; DALL'AGNOL, C.M. **Situações significativas no espaço-contexto da hemodiálise: o que dizem os usuários de um serviço?**. Rev. bras. enferm., , v.59, n.5, p.630-635, out 2006.

RAMOS, I.C. et al. **Portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise: significado da experiência vivida na implementação do cuidado**. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/actascihealthsci/article/view/pdf/interticial/4399/3099>. Acesso em: 25/ 12/ 2008.

RESENDE, M.C. de et al. **Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: em busca de ajustamento psicológico**. Psicol. clin., , v.19, n.2, p.87-99. dez 2007.

RODRIGUES, M.C.S. **A atuação do enfermeiro no cuidado ao portador de IRC no contexto biotecnológico na hemodiálise**. Nursing – Revista Tecnocientífica de Enfermagem . ano. 8, n. 82, p.135-142, mar 2005

SANTOS, P.R.; PONTES, L.R.S.K. **Mudança do nível de qualidade de vida em portadores de insuficiência renal crônica terminal durante seguimento de 12 meses**. Rev. Assoc. Med. Bras., v.53, n.4, p.329-334, ago 2007

SANTOS, P.R. **Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados**. Rev. Assoc. Med. Bras., v.52, n.5, p.356-359. out 2006.

SEVERINO, A.J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 22. ed. São Paulo: Cortez, 2002. 335p.

SILVA, L.F. et al. **Doença crônica: o enfrentamento pela família**. Acta Paul. Enferm. São Paulo, v. 15, n. 1, p. 40-47, 2002.

SMETZER, S. C.; BARE, D.G. **Enfermagem Médico-cirúrgica**. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v. 3. 2000.

TOBAR, F.; YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Tradução: Maria Ângela Cançado. 1. reimp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

TURRA, K. et al. **As repercussões da doença cardiovascular na qualidade de vida de adultos: relatos de experiências**. Cogitare Enferm., v.6, p.32-36, 2001.

VELLOSOS, R.L.S. **Efeitos da hemodiálise no campo subjetivo dos pacientes renais crônicos**. Disponível em: <http://pepsil.bvs-psi.org.br/scielo.php?Script=sci&pid=s...> Acesso em: 07 de jan de 2009.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE A**

### **UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ-UVA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE-CCS CURSO DE ENFERMAGEM**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada: “Sentidos, sentimentos e atitudes de portadores de doença renal crônica submetido a tratamento hemodialítico”. A pesquisa tem como objetivos: Analisar os sentidos, sentimentos e atitudes dos portadores de doença renal crônica submetido a tratamento hemodialítico.

Gostaria de deixar claro para o (a) senhor(a), que essas informações são sigilosas, não falarei para ninguém e, principalmente, seu nome, não será em nenhum momento divulgado . Caso se sinta constrangido (a) terá o direito de pedir para interrompê-la, sem causar qualquer mudança no seu ambiente de terapia. Essa pesquisa trará benefícios, pois proporcionara dados sobre o emocional do paciente renal crônico em tratamento de hemodiálise, não trazendo nenhum malefício aos participantes da mesma. Os dados obtidos serão somados com outros dados que permitirão o alcance dos objetivos propostos pela pesquisa, sempre respeitando o caráter confidencial do seu nome.

Pretendemos com essa pesquisa, obter informações sobre a relação hemodiálise e sentidos, sentimentos e atitudes de portadores renais crônicos para dispormos de ferramentas que possibilitem um melhor cuidado aos pesquisados. Necessitamos, portanto, de sua colaboração. Estarei disponível para qualquer esclarecimento em (88) 91881333.

Atenciosamente,

Antonio Socorro Cruz Marinho  
Pesquisador

## APÊNDICE B

### CONSENTIMENTO PÓS- INFORMADO

Eu, \_\_\_\_\_, aceito participar da pesquisa “Sentidos, sentimentos e atitudes de portadores de doença renal crônica submetido a tratamento hemodialítico” e seus resultados serão tratados sigilosamente e, caso não queira mais participar da investigação tenho liberdade de retirar meu consentimento.

---

Assinatura do Sujeito

---

Assinatura do Pesquisador

## APÊNDICE B

UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARA-UVA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE-CCS

CURSO ENFERMAGEM

### FORMULÁRIO

#### I- Características Sócio-Demográficas dos Portadores de DRC

1. Idade: _____	1
2. Sexo: ( ) 2.1- Masculino ( ) 2.2- Feminino	2
3. Estado civil: ( ) 4.1- solteira/o ( ) 4.2- casada/o ( ) 4.3- separada/o ( ) 4.4- com companheiro fixo ( ) 4.5- viúva/o ( ) 4.6- outro (especificar) _____	3
4. Qual sua renda mensal líquida? R\$ _____	6
5. Escolaridade: ( ) 7.1- Ensino fundamental completo ( ) 7.2- Ensino médio incompleto ( ) 7.3- Ensino médio completo ( ) 7.4- Ensino universitário incompleto ( ) 7.5- Ensino universitário completo ( ) 7.6- Analfabeto ( ) 7.7- Analfabeto funcional	7

## **APÊNDICE C**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ-UVA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE-CCS  
CURSO DE ENFERMAGEM**

### **ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

- Como você reagiu ao saber que era portador de doença renal crônica e precisava fazer hemodiálise para sobreviver?
- Como se sente emocionalmente no seu dia-a-dia?
- O que mudou na sua vida, após iniciar a hemodiálise?