

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
CURSO DE ENFERMAGEM**

NATÁLIA JUSTIN ALVES

**PERCEÇÃO DE DOENTES RENAIIS CRÔNICOS EM TRATAMENTO
CONSERVADOR E NÃO CONSERVADOR APÓS SUA PRIMEIRA HEMODIÁLISE**

Porto Alegre

2014

NATÁLIA JUSTIN ALVES

**PERCEÇÃO DE DOENTES RENAIIS CRÔNICOS EM TRATAMENTO
CONSERVADOR E NÃO CONSERVADOR APÓS SUA PRIMEIRA HEMODIÁLISE**

Trabalho e conclusão de curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a aprovação da disciplina ENF 01093.

Orientadora: Profª Drª Elisabeth Gomes da Rocha Thomé

Porto Alegre

2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, aos pacientes que se disponibilizaram a participar da pesquisa e foram extremamente receptivos.

Agradeço a toda equipe do Serviço de Nefrologia, especialmente da Unidade de Hemodiálise, que me receberam com muito carinho durante a minha jornada acadêmica e que fizeram com que despertasse em mim o apreço pela área da nefrologia.

Agradeço a Enf.^a Maria Conceição da Costa Proença, responsável por me recepcionar na Unidade e me guiar durante o início do estágio, possibilitando que eu pudesse crescer e aprender cada vez mais.

Agradeço, especialmente, às enfermeiras Karen Patrícia Macedo Fengler e Cíntia Dalasta Caetano, pela disponibilidade, atenção e auxílio durante o desenvolvimento do projeto.

Agradeço à minha orientadora Prof.^a Dr.^a Elisabeth Gomes da Rocha Thomé, responsável por todo este caminho e que com muito conhecimento possibilitou a realização deste trabalho.

Agradeço à minha família, minha mãe querida e ao meu pai pelo apoio e amor em todos os momentos.

Agradeço ao maior responsável por tudo isso, e por tudo que ainda me espera nessa
nova jornada: ao meu Pai querido.

RESUMO

O doente que necessita entrar em tratamento hemodialítico vivencia uma repentina mudança no seu cotidiano e na maneira de enfrentar essa nova situação que, muitas vezes, pode acontecer de forma muito avassaladora na sua primeira diálise. **Objetivo:** conhecer a percepção sobre a primeira sessão de hemodiálise dos doentes renais crônicos submetidos anteriormente a tratamento conservador e daqueles que não realizaram. **Método:** estudo qualitativo exploratório descritivo, com oito doentes de 18 a 75 anos, divididos em dois grupos de quatro: um do ambulatório de tratamento conservador e, o segundo, que não participou de tal acompanhamento. Os dados foram coletados por entrevistas semiestruturadas. O projeto obteve aprovação na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ – EEUFRGS) e no Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA. **Resultados:** Duas categorias, cada uma com três subcategorias: 1. Sentimentos na primeira diálise, com as subcategorias: ansiedade; culpa/raiva e alívio. 2. Mudanças nos hábitos de vida, com as subcategorias: adaptação; isolamento e dependência. A percepção dos doentes renais sobre a sua primeira hemodiálise pode ocorrer de diversas formas, expressando desde sentimentos de ansiedade ao alívio. O processo foi difícil para os dois grupos, mas o preparo pré-diálise oferecido pelo tratamento conservador, pode ser um grande aliado no sentido de promover um início menos traumático da hemodiálise. **Conclusão:** medidas educativas tomadas pela equipe de saúde parecem melhorar o enfrentamento desses doentes renais na primeira hemodiálise.

Palavras-chave: Enfermagem. Insuficiência Renal. Hemodiálise.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVOS	8
3 REVISÃO DE LITERATURA	9
3.1 DOENÇA RENAL CRÔNICA	9
3.2 O TRATAMENTO CONSERVADOR E A ENFERMAGEM NO ENFRENTAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA	11
3.3 HEMODIÁLISE	12
4 MÉTODO	15
4.1 TIPO DE ESTUDO	15
4.2 CAMPO DO ESTUDO	15
4.3 POPULAÇÃO/AMOSTRA	16
4.3.1 Critérios de inclusão	16
4.3.2 Critérios de exclusão	16
4.4 COLETA DOS DADOS	17
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	17
5 ASPECTOS ÉTICOS	18
5.1 RISCOS E BENEFÍCIOS	18
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	19
6.1 SENTIMENTOS NA PRIMEIRA DIÁLISE	19
6.1.1 Ansiedade	19
6.1.2 Culpa /Raiva	21
6.1.3 Alívio.....	23
6.2 MUDANÇAS NAS SUAS VIDAS	25
6.2.1 Adaptação	25
6.2.2 Isolamento	29
6.2.3 Dependência	31
7 CONCLUSÕES.....	34
REFERÊNCIAS.....	36
APÊNDICES	40
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	40
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	41

ANEXOS	43
ANEXO A - TERMO DE APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM (COMPESQ).....	43
ANEXO B - TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (GPPG/HCPA)	45

1 INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é definida como lesão renal e perda progressiva, irreversível na função dos rins: glomerular, tubular e endócrina. (JUNIOR, 2004).

A Sociedade Brasileira de Nefrologia, de acordo com Travagim e Kusumotall (2009), referendou a definição de DRC proposta pela sociedade norteamericana, *National Kidney Foundation* (NKF), através de seu documento *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (K/DOQI) como a lesão presente por um período igual ou superior a três meses, definida por anormalidades estruturais ou funcionais do rim e evidenciada por alterações histopatológicas ou de marcadores de lesão renal e filtração glomerular (FG), menor que $60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ com ou sem lesão renal.

Nos tempos atuais, considera-se como as principais causas da doença renal crônica: diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), história familiar de DRC e envelhecimento. (TRAVAGIM e KUSUMOTALL, 2009). Segundo Fernandes, Bastos e Bastos (2010), independentemente da doença de base, os principais desfechos em pacientes com DRC são as suas complicações, que estão relacionadas à perda de função renal; dentre essas estão: anemia, acidose metabólica, alteração do metabolismo mineral, desnutrição e falência funcional renal (FFR), que ocorre quando a FG atinge valores inferiores a $15 \text{ ml/min/1,73 m}^2$.

O tratamento da DRC depende da sua evolução e pode ser, inicialmente, conservador com o intuito de manter o rim em funcionamento o maior tempo possível, sem necessitar de um tratamento renal substitutivo. O tratamento conservador é constituído de medidas como uso de medicamentos, dietas orientadas e restrições hídricas para a manutenção da doença renal crônica. Quando essas ações tornam-se ineficientes, o paciente é encaminhado para iniciar a terapia renal substitutiva (TRS), como a hemodiálise, que substitui em parte a função renal. Como possível alternativa definitiva, existe o transplante renal, que em condições favoráveis, é considerado a melhor forma de tratamento renal substitutivo. (RIELLA, 2003).

Os cuidados adotados no tratamento conservador ou na fase pré-dialítica, visam assegurar a qualidade de vida para o doente renal crônico, permitindo o prolongamento dessa fase, ou seja, o retardo do início de uma terapia de substituição renal, por um período que pode ser de seis meses a cinco anos e que está relacionado aos cuidados que essa pessoa adotará com a sua saúde, a partir do conhecimento que ele obtiver através das orientações recebidas pela equipe de saúde que o acompanha. (PACHECO e SANTOS, 2005;

TRAVAGIM e KUSUMOTALL, 2009). Considerando-se multiprofissional, composta por diversos profissionais como nutricionista, psicólogo, equipe médica e de enfermagem, que acompanha esses doentes durante todo o tratamento.

Com a evolução da doença, esse doente vai necessitar de uma terapia renal substitutiva que é a mais comumente utilizada no Brasil, no caso a hemodiálise. Segundo Barros et al. (2006), essa consiste em um processo de filtração do sangue com o objetivo de extrair substâncias tóxicas e remover o excesso de água acumulada do corpo, que acontece devido à deficiência renal. Nesse procedimento é essencial um acesso vascular que possibilite as trocas necessárias através de uma bomba por um sistema de circulação sanguínea extracorpórea.

O doente que necessita entrar em tratamento hemodialítico vivencia uma repentina mudança no seu cotidiano e na maneira de enfrentar essa nova situação, o que muitas vezes pode acontecer de forma muito avassaladora na primeira diálise. (THOMÉ, 2011).

Na minha trajetória acadêmica como estagiária no Serviço de Enfermagem Cardiovascular, Nefrologia e Imagem, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pude conhecer o doente renal crônico, especialmente em tratamento hemodialítico. Vivenciei situações nas seções de hemodiálise que me estimularam a conhecer mais sobre esses doentes e suas formas de enfrentamento da doença.

Muitos questionamentos me acompanharam nessa etapa de estudo como: Qual seria o processo de aceitação da primeira hemodiálise para esses doentes que necessitam fazer esse tratamento quando o rim já não consegue realizar mais suas funções? Existem diferenças na aceitação do processo de sua primeira hemodiálise entre os doentes que passaram pelo ambulatório de Tratamento Conservador e os que não realizaram esse acompanhamento antes de iniciarem a TRS?

Acredito que a relevância deste estudo está na importância de valorizar os sentimentos do doente com perda da função renal e identificar o Tratamento Conservador como uma forma preparatória para o tratamento dialítico. Sendo assim, será possível conhecer a importância do trabalho do enfermeiro nesse processo de educação pré-dialítica.

Esses questionamentos foram construídos buscando relacionar o trabalho do enfermeiro na função de orientador desses processos aos doentes durante as consultas no ambulatório de Tratamento Conservador. E, assim, ver quais os fatores que ajudam ou interferem nesse processo de aceitação posterior de terapia renal substitutiva.

Dessa forma, pude definir a seguinte questão que embasou a realização deste estudo: Qual a percepção da primeira hemodiálise dos doentes renais crônicos que realizaram tratamento conservador, pré-diálise e os que não realizaram esse tratamento?

2 OBJETIVOS

Conhecer a percepção sobre a primeira sessão de hemodiálise dos doentes renais crônicos submetidos anteriormente a tratamento conservador e dos que não realizaram.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 DOENÇA RENAL CRÔNICA

De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia, SBN (2007), a doença renal crônica emerge em anos recentes como um sério problema de saúde nas populações contemporâneas. De acordo com um estudo realizado por Fernandes, Bastos e Bastos (2010), uma análise dos dados laboratoriais de adultos revelou que 2,3% dos indivíduos avaliados tinham TFG < 45mL/min/1,73m ou DRC estágios 3, 4 e 5, o que leva a conclusão de que, em média, 2,9 milhões de brasileiros teriam um terço ou menos da TFG dos indivíduos normais. Além disso, morbidades como obesidade, dislipidemia e tabagismo aceleram a sua progressão, o que culmina com a necessidade de TRS, com um gasto anual de cerca de 2,0 bilhões de reais. (SBN, 2007).

Os rins constituem o sistema de filtração do organismo e filtram aproximadamente 190 litros de sangue por dia, eliminando resíduos e excesso de líquido na forma de urina. Além disso, regulam a água e outros elementos químicos do sangue como sódio, potássio, fósforo e cálcio; além de medicamentos, toxinas e serem responsáveis por liberar hormônios. (NKF, 2006).

Sendo assim, o termo insuficiência renal crônica (IRC) se refere a um diagnóstico sintomático de perda progressiva e geralmente irreversível da filtração glomerular. (BARROS et al., 2006).

A fisiopatologia da IRC resulta da perda progressiva e irreversível de grande número de néfrons funcionais, sendo que a patologia se desenvolve a partir dessas perdas, o que leva à doença renal terminal. Após uma injúria inicial, os néfrons remanescentes sofrem adaptação para que possam aumentar a taxa de filtração glomerular e o débito urinário e, assim, eliminar as quantidades normais de solutos e água. Esse processo se dá através de uma hipertrofia dos néfrons, o que, com o passar do tempo, causa esclerose dessas estruturas; isso faz com que outros sofram adaptação e futuramente se tornem incapazes de realizar sua função; esse processo se desenvolve de modo progressivo até que o rim sofra falência terminal. (GUYTON e HALL, 2006).

Atualmente, os principais fatores de risco da DRC são diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), história familiar de DRC, envelhecimento, sexo masculino, raça negra, idade, tabagismo, doenças renais proteinúricas e praticamente todos os

fatores de risco cardiovasculares como dislipidemia, obesidade, estado inflamatório crônico e disfunção endotelial. Dentre esses, considera-se o mais importante a hipertensão arterial, pois além de causar dano renal diretamente, acelera o causado por outras nefropatias. (BARROS et al., 2006).

Os sintomas aparecem à medida que a doença renal progride; inicialmente, esses podem estar ausentes. Com a progressão do quadro de uremia, começam a aparecer manifestações em praticamente todos os sistemas do corpo; cardiovascular, com quadro de hipertensão arterial sistêmica, pericardite e insuficiência cardíaca; gastrointestinal, com anorexia, náuseas e vômitos, hemorragia, soluços e gosto metálico; imune, com anemia, coagulopatia e linfocitopenia e nervoso, caracterizado por fraqueza muscular, fadiga, irritabilidade, calbras e neuropatia periférica. Além de outras manifestações clínicas, tais como noctúria, poliúria, oligúria, edema, palidez e prurido. Ainda fazem parte dessa síndrome urêmica os sintomas endócrinos, metabólicos e, principalmente, alterações hidroeletrólíticas. (BARROS et al., 2006).

De acordo com a Kidney Disease Outcome Quality Initiative, NKF (2002), a doença renal crônica pode ser classificada em cinco estágios, que são definidos a partir da taxa de filtração glomerular (TFG) e da presença ou não de proteinúria. Esses se configuram com uma TFG que pode estar entre $90\text{mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$, fase 1, até um valor menor que $15\text{mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$, fase 5, o que, dentre outros parâmetros, pode indicar o início da hemodiálise.

Segundo Bastos, Bregman e Kirsztajn (2011), independentemente da doença de base, os principais desfechos em pacientes com DRC são as suas complicações. Dentre essas estão: anemia, acidose metabólica, alteração do metabolismo mineral e desnutrição, todos decorrentes da perda funcional do rim; falência funcional renal (FFR) e, conseqüentemente, se não acontecer o tratamento renal substitutivo, ou se esse tratamento for insuficiente, acontecendo o óbito, ocasionado na maioria das vezes por alterações cardiovasculares.

O diagnóstico precoce pode ser realizado por meio da avaliação dos níveis da taxa de filtração glomerular (TFG). Uma vez que os estágios iniciais da doença são caracterizados pela ausência de sintomas, a suspeita e a investigação por parte dos médicos são importantes, especialmente nos doentes com fatores de risco para doença renal crônica. (BASTOS; BREGMAN e KIRSZTAJN, 2011).

Dentre as medidas que retardam a progressão da doença destacam-se o controle adequado da pressão arterial, proteinúria, anemia, desnutrição, dislipidemia, diabetes do peso e do hiperparatireoidismo secundário. (BASTOS; BREGMAN e KIRSZTAJN, 2011).

No estágio terminal, a sobrevivência do indivíduo portador de insuficiência renal crônica está condicionada à utilização de métodos de filtragem artificial do sangue, tais como hemodiálise, diálise peritoneal e realização do transplante renal. (CHERCHIGLIA et al., 2006; MOURA et al., 2009; PERES et al. 2010).

As terapias renais substitutivas devem ser iniciadas na fase mais avançada da doença, mas em tempo suficiente para evitar o aparecimento de complicações graves. (SILVA, 2008). No Brasil, a prevalência de pacientes mantidos em terapias de substituição vem aumentando consideravelmente nos últimos anos. (PERES et al., 2010). De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2012), o número estimado de pacientes em diálise é de 100 mil brasileiros, sendo que 31% desses são idosos, com idade de 65 a 81 anos. Outro dado alarmante é que 70% desses pacientes só descobrem a doença tardiamente, quando não há alternativa que não seja a TRS, o que ressalta a importância da prevenção e do diagnóstico precoce.

3.2 O TRATAMENTO CONSERVADOR E A ENFERMAGEM NO ENFRENTAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

De acordo com Pacheco, Santos e Bregman (2007), o doente iniciante em um programa de diálise é submetido a inúmeras transformações em seu cotidiano, tais como cuidados com a dieta, controle da ingestão de líquidos, cuidados com o acesso venoso e necessidade de seguir um programa terapêutico severamente. Essas mudanças geram estresse e desencadeiam sentimentos de revolta e conflito nesses clientes, o que influencia diretamente a adesão à terapia. Nesse contexto, surge a necessidade de se oferecer um programa de orientação e educação para conscientizar esses pacientes sobre a doença renal, ao autocuidado e quanto à escolha da terapia de substituição renal.

Sendo assim, surge o tratamento conservador que se refere ao cuidado prestado ao cliente com insuficiência renal irreversível, no estágio da doença que antecede a falência total do rim. Esse consta de recomendações dietéticas e condutas especiais voltadas para que a progressão da doença renal crônica seja evitada e, então, se possa postergar a TRS. (BARROS et al., 2006; PACHECO; SANTOS e BREGMAN, 2007).

Nos ambulatórios de tratamento conservador, os doentes são acompanhados por uma equipe multiprofissional formada por médicos, enfermeiros e nutricionistas, que orienta medidas como: início da terapia anti-hipertensiva com inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA), controle glicêmico, nos casos de diabetes mellitus, dieta orientada para

conservação do rim e adoção de hábitos saudáveis de vida. Essas ações permitem prevenir as complicações da uremia, tais como desnutrição, anemia, desidratação, hipertensão grave, descompensação diabética, osteodistrofia renal, desequilíbrio hidroeletrolítico e ácido básico. Durante esse acompanhamento, o doente pode escolher os tipos de terapias dialíticas mais adequadas ao seu estilo de vida, além da programação em tempo adequado do acesso dialítico como a fistula arteriovenosa ou cateter peritoneal. (PACHECO e SANTOS, 2005).

Segundo Travagim e Kusumotall (2009), as pessoas que estão nos estágios mais avançados não possuem conhecimentos acerca da doença, o que prejudica a adesão ao tratamento; assim, ressalta-se a importância do enfermeiro nesse processo, fazendo o atendimento aos doentes por meio da abordagem dos fatores de risco, encaminhamento ao especialista e desenvolvimento de atividades educativas e de promoção de saúde.

Sendo assim, os cuidados adotados durante a pré-diálise visam assegurar a qualidade de vida para o doente, permitindo o prolongamento dessa fase, ou seja, a prorrogação do início da terapia de substituição renal, por um período que pode ser de seis meses a cinco anos. (PACHECO e SANTOS, 2005). Além disso, esse atendimento possui como benefícios a redução da hospitalização e um melhor perfil bioquímico ao início do tratamento dialítico, além de abordar medidas subjetivas de saúde do cliente, o que o auxilia no enfrentamento dessa nova realidade. (WHITE et al., 2002).

A enfermagem é essencial neste contexto, pois os doentes submetidos à terapia conservadora, recebendo orientações da equipe de enfermagem possuem uma capacidade maior de encarar a mudança de vida; além de buscar junto a eles uma melhor qualidade de vida na iniciação da hemodiálise e formas de um melhor enfrentamento emocional. (WHITE et al., 2002). A função do enfermeiro visa desenvolver medidas de orientação e a educação do doente para que esse tenha consciência de sua patologia renal, do autocuidado e da escolha da terapia de substituição renal, tornando-se um membro ativo no processo de saúde-doença e, conseqüentemente, adaptando-se ao novo estilo de vida. Ressalta-se que nesse processo educativo é essencial que o indivíduo seja respeitado em sua totalidade, dentro do complexo biopsicossocial. (PACHECO; SANTOS e BREGMAN, 2007).

3.3 HEMODIÁLISE

De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2012), existem 651 unidades de diálise no Brasil; 97.586 pacientes realizando tratamento dialítico e dentre esses, a maioria, 24.296 (63,6%) possui idade entre 19 e 65 anos. As causas mais frequentes são a

hipertensão arterial (33,8%) e o diabetes mellitus (28,5%).

A hemodiálise é o processo de filtração do sangue com o objetivo de extrair substâncias tóxicas e remover o excesso de água acumulada devido à deficiência renal, preservando e/ou restaurando os componentes normais do sangue. Esse é obtido por um acesso vascular e impulsionado por uma bomba, através de um sistema de circulação sanguínea extracorpórea onde se encontra um dialisador, membrana semipermeável responsável pelas trocas entre o sangue e o banho de diálise. (BARROS et al., 2006).

O processo de filtração e depuração das substâncias indesejáveis como a creatinina e a ureia ocorre através da transferência de solutos entre o sangue e a solução de diálise através de três mecanismos: a difusão, que consiste na retirada dos solutos em área de maior concentração (sangue), para uma de menor concentração (banho de dialisado); a ultrafiltração, que consiste na retirada ou transporte de água através do gradiente de pressão entre os dois lados da membrana (filtro); e a convecção que ocorre através de uma diferença de pressão que favorece além da saída de líquidos do sangue, solutos de baixo peso molecular. (NASCIMENTO e MARQUES, 2005; BARROS et al., 2006).

O início do tratamento hemodialítico apoia-se em critérios objetivos e subjetivos, podendo ser um processo de urgência ou eletivo. Dentre os casos de urgência estão a hiperpotassemia ou hipervolemia refratárias ao manejo clínico, ou situações de risco iminente de vida, como na pericardite e encefalopatia urêmica. Já a situação eletiva é determinada, geralmente, pelas avaliações da taxa de filtração glomerular e do estado nutricional, além da confecção do acesso vascular que é imprescindível para o processo acontecer. É importante ressaltar que a decisão de início da hemodiálise depende de inúmeros fatores, como os já citados, e também do contexto de cada caso e da relação risco/benefício da pessoa no momento, para que a equipe possa definir da melhor maneira possível o tempo mais adequado para iniciar a terapia regular de substituição renal. (RIELLA, 2003).

O processo de hemodiálise precisa de um suporte bastante complexo para acontecer, além do acesso venoso, que é a máquina de hemodiálise. Essa máquina possui mecanismos tecnicamente seguros e eficazes que propiciam as condições necessárias para a depuração do sangue e controle da ultrafiltração. (RIELLA, 2003). Atualmente, essas máquinas trabalham com alarmes que indicam qualquer alteração que ocorra no sistema como os detectores de bolhas, alterações de temperatura e de fluxo do sangue. Entretanto, esse processo pode desencadear inúmeras complicações durante as sessões de hemodiálise como câibras, hipotensão, prurido, cefaleia, dentre outras causadas muitas vezes pelas alterações hemodinâmicas decorrentes do processo de circulação extracorpórea e remoção de um grande

volume de líquidos em um curto espaço de tempo. Nesse contexto, a enfermagem é essencial, pois tem como função observar continuamente os pacientes durante a sessão de hemodiálise, manejando as principais complicações e fazendo o diagnóstico precoce das principais intercorrências. (RIELLA, 2003; DALGIRDAS, 2008).

Para que todo processo hemodialítico aconteça é necessário a confecção de um acesso vascular eficiente que poderá ser uma fistula arteriovenosa (FAV), ou a colocação de um cateter venoso central. A fistula arteriovenosa (FAV) é considerada como o acesso ideal para realização da hemodiálise, pois proporciona um bom fluxo sanguíneo, apresenta um tempo maior de utilização e tem baixo índice de complicações para o portador de insuficiência renal crônica. (RIELLA, 2003; FERNANDEZ; MELLO e GARCIA, 2000; NKF, 2006). Sendo assim, existem inúmeros cuidados que devem ser seguidos logo após confecção da FAV e para a manutenção dessa, pelo maior período de tempo possível, como a elevação do membro nos primeiros dias, vigiar o funcionamento do acesso através da palpação e percepção do frêmito. Levando em consideração que esse tratamento exige grande dedicação do doente, não se pode pensar somente na especificidade que constitui o procedimento da confecção do acesso. Deve-se pensar no cuidado do doente e da família contextualizados no processo de adoecimento, principalmente a enfermagem, que trabalha com o cuidado da pessoa, a família e seus enfrentamentos. (NKF, 2006; FURTADO e LIMA, 2006). Buscando assim, diminuir o risco de mortalidade e principalmente melhorar a qualidade de vida e a reintegração social dos doentes. (RIELLA, 2003).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este é um estudo com uma abordagem qualitativa, utilizando-se de um delineamento exploratório descritivo. Seguindo Polit, Beck (2011), este estudo se estruturou através da coleta e análise de informações dos doentes renais crônicos sobre as suas opiniões e percepções da primeira hemodiálise. Foi também um estudo exploratório descritivo quando buscou a aproximação e a familiaridade com o objeto de pesquisa descrevendo suas características, criando apontamentos e estabelecendo relações entre as variáveis estudadas (MINAYO, 2007).

4.2 CAMPO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Serviço de Nefrologia do HCPA, que é composto pelas Unidades de Diálise e Ambulatório de Tratamento Conservador.

O ambulatório de Tratamento Conservador tem o objetivo de orientar pessoas com diagnóstico de doença renal crônica e prepará-las para, quando necessário, entrar no programa de diálise da unidade. Está localizado na Zona 12, da área ambulatorial do HCPA, e conta com uma equipe multidisciplinar composta por profissionais médicos, duas enfermeiras e uma nutricionista que fazem o acompanhamento dos doentes. As consultas ocorrem às quartas-feiras com doentes que se encontram até o terceiro estágio da DRC e, nas sextas-feiras, onde o atendimento é dirigido aos casos terminais da DRC, em que a terapia renal substitutiva será a próxima alternativa. A enfermagem tem como objetivo nesse ambulatório preparar esses doentes para o início da terapia renal substitutiva. (HCPA, 2013).

A unidade de diálise de HCPA possui a capacidade habitual para atender até 59 doentes em agenda fixa em hemodiálise, dos quais 16 são doentes de convênios particulares e os demais são oriundos do Sistema Único de Saúde. Conta com uma equipe de 35 profissionais, dentre esses, em média, atendem dois enfermeiros por turno. Essa unidade também ainda conta com um programa de diálise peritoneal, com uma enfermeira por turno para fazer o treinamento e acompanhamento dos doentes direcionados para esse programa, tanto a Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua é manual, quanto a por cicladora. E ainda o programa de Transplante Renal. (HCPA, 2013).

A principal porta de entrada dos doentes renais ao Serviço de Nefrologia no HCPA é pela Emergência, trabalham com uma demanda de 18 pacientes ao dia proveniente de diferentes áreas do hospital, tais como CTI, unidades de internação e unidade de apoio e diagnóstico que necessitam realizar procedimentos dialíticos. (HCPA, 2013).

4.3 POPULAÇÃO/AMOSTRA

Os participantes do estudo foram pessoas portadoras de doença renal crônica terminal em tratamento no Serviço de Nefrologia do HCPA. A amostra foi constituída por dois grupos:

Grupo 1: composto por quatro doentes renais crônicos que iniciaram tratamento hemodialítico nos últimos seis meses e estavam em tratamento conservador ambulatorial antes da primeira hemodiálise, denominados como: TC1; TC2; TC3 e TC4.

Grupo 2: composto por quatro doentes renais crônicos que iniciaram tratamento hemodialítico nos últimos seis meses e não realizaram o tratamento conservador ambulatorial em qualquer instituição, denominados como: STC1; STC2; STC3 e STC4.

Buscou-se utilizar siglas para identificar os doentes com o intuito de facilitar a leitura e caracterização dos mesmos nos diferentes grupos preservando a sua identidade na pesquisa.

A amostra final foi definida conforme a entrada dos doentes no programa de hemodiálise no período da coleta, sendo importante destacar a dificuldade encontrada na busca por pacientes do grupo 1, visto que esses doentes geralmente realizam a primeira hemodiálise no HCPA, e pela falta de espaço disponível nesta unidade são encaminhados para outras clínicas de referência.

4.3.1 Critérios de inclusão

Pessoas adultas de 18 a 75 anos portadoras de doença renal crônica terminal que aceitaram participar deste estudo.

4.3.2 Critérios de exclusão

- Pessoas que possuíam algum déficit cognitivo ou alguma limitação que impossibilitou a realização da entrevista.
- Doentes renais crônicos que optaram pela modalidade diálise peritoneal.
- Pessoas menores de 18 anos.

- Doentes renais crônicos que não realizaram a primeira sessão de hemodiálise no HCPA.

4.4 COLETA DOS DADOS

Primeiramente foi realizado um contato com a chefia de enfermagem da unidade de nefrologia para apresentar o projeto e solicitar a oportunidade de realizá-lo nesse local.

Logo após, foram feitas diversas visitas e contatos com os enfermeiros do serviço em busca dos doentes que se encontravam nos primeiros 6 meses realizando hemodiálise. Quando identificados, buscaram-se nos registros do serviço quais desses poderiam ser incluídos no estudo, posteriormente foram selecionados, contatados e apresentados. Por fim, foi enviado o convite para a participação deste estudo.

A coleta de informações ocorreu através de entrevistas semiestruturadas, de acordo com Ludke e André (1986), que foram previamente agendadas na própria unidade de hemodiálise. As entrevistas tiveram uma duração média de 20 minutos e foram gravadas com permissão do participante. As coletas foram realizadas no período de 07 abril a 07 de junho de 2014.

Dos resultados obtidos foi possível elaborar duas grandes categorias, cada uma com três subcategorias. 1. Sentimentos na primeira diálise, com as subcategorias: ansiedade; culpa/raiva e alívio. 2. Mudanças nos hábitos de vida, com as subcategorias: adaptação; isolamento e dependência.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

As informações coletadas foram organizadas buscando identificar percepção dos doentes renais crônicos sobre sua primeira hemodiálise e analisados os sentidos das informações colhidas, formando categorias. Tendo como modelo a análise de conteúdo proposta por Minayo (2007).

A análise iniciou com o agrupamento das informações que respondiam aos objetivos da pesquisa e então organizadas conforme a frequência que elas aconteceram. A seguir, explorou-se o material buscando interpretar as informações colhidas e sua compreensão, seus significados e a sua relação com a literatura já publicada. E, para conclusão da análise, buscou-se relacionar e procurar o sentido que essas informações, que emergiram do estudo, assumem no contexto do tratamento hemodialítico.

5 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo respeitou os seguimentos necessários para realização de uma pesquisa, conforme a Resolução nº 466/2012. (BRASIL, 2012).

Após a avaliação e aprovação na disciplina de trabalho de Conclusão de Curso I (ENF 99004), o projeto foi encaminhado para avaliação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ – EEUFRGS) e após aprovação nessa comissão foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA e aprovada com o parecer nº 140135.

Para todos os participantes deste estudo foi fornecido um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) em duas vias, que constava os objetivos da pesquisa e o modo como os dados seriam utilizados. O termo ressaltou o sigilo e a busca da preservação da privacidade de cada um, sendo utilizados nomes fictícios. Os participantes também foram informados da possibilidade de desistência há qualquer momento da pesquisa, sem que houvesse prejuízo ao seu atendimento no HCPA. As entrevistas foram gravadas com consentimento dos participantes, e esclarecido que todas as informações são sigilosas. Ainda foi informado que os dados da pesquisa poderão ser utilizados em publicações respeitando o sigilo da identidade. O documento é de duas vias, sendo que uma ficou com o participante do estudo e a outra com a pesquisadora. Esses instrumentos serão guardados por um período de cinco anos e posteriormente destruídos.

5.1 RISCOS E BENEFÍCIOS

Todos os participantes do estudo foram esclarecidos sobre os riscos e benefícios de sua participação nesta pesquisa.

Quanto aos riscos, colocou-se que eles não seriam conhecidos pela sua participação, mas que poderia haver desconforto ao responder as questões solicitadas. E, caso acontecesse esse desconforto, eles poderiam não responder e desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao seu tratamento.

Quanto aos benefícios, informou-se também que poderiam não ter benefícios diretos, mas a pesquisa poderia ajudar no entendimento e tratamento de outros doentes.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

As respostas dos participantes às questões levantadas por este estudo foram agrupadas em duas grandes categorias e cada uma delas em mais três grupos correspondentes que serão apresentados a seguir.

6.1 SENTIMENTOS NA PRIMEIRA DIÁLISE

Nesta categoria foram agrupados os sentimentos que os doentes tiveram na sua primeira diálise, que foram representados por ansiedade, culpa/raiva, revolta, mas também por tranquilidade e alívio pela diminuição de seus sintomas.

6.1.1 Ansiedade

Para Lima e Gualda (2001), os profissionais atuantes junto ao doente renal crônico, no contexto da hemodiálise, colocam que essa modalidade terapêutica geralmente apresenta-se para os mesmos como um evento inesperado. Contexto que os remete a uma relação de dependência, a uma equipe de saúde, a um esquema terapêutico rigoroso e a uma máquina. Sendo assim, a vivência dessa nova realidade experimentada, de maneiras diferentes a cada um deles, faz com que atribuam diversos e conflitantes significados à doença e ao tratamento que se inicia.

Partindo dessa colocação, as falas dos doentes deste estudo mostram que, tanto os que fizeram parte de um Tratamento Conservador quanto os que não fizeram tiveram sentimentos conflitantes frente ao processo que se iniciava, ressaltando que esses apareceram com mais intensidade nas pessoas que não fizeram o acompanhamento pré-diálise (grupo 2).

Os sentimentos dos doentes do grupo 2, neste estudo, repetiram-se deixando de maneira muito forte a visão negativa da primeira sessão de hemodiálise: ansiedade, angústia e nervosismo emergiram durante as entrevistas. Expressões que vieram acompanhadas do desejo que o procedimento terminasse logo. Como no trecho de STC1:

Ah com certeza, foi angustiante. Ficava ansiosa para passar o tempo de uma vez [...]
(STC1)

Para STC2 esses sentimentos também são colocados com muita indignação, quando relata as dificuldades enfrentadas ao ficar tanto tempo realizando a hemodiálise e se refere à

imagem que tem do procedimento, como algo estranho, que não faz parte da sua vida e que agora tem muita dificuldade de conseguir entender.

Báh foi horrível! Eu fiquei muito ansioso, nervoso, com raiva mesmo, porque eu não esperava ter que fazer isso agora [...] eu fiquei muito revoltado. Tive que aguentar ficar aqui quatro horas, parado, com uma máquina “tirando sangue do meu corpo”, É uma sensação horrível! Foi bem estranho [...] algo que não faz parte da minha vida [...]. (STC2)

Fernandes et al. (2008) comenta essas questões, afirmando que indivíduos submetidos à diálise enfrentam perdas e alterações estressantes da imagem e das funções orgânicas; como consequência, muitas dessas pessoas, tornam-se deprimidas e ansiosas.

Fato que também aconteceu nos pacientes que realizaram o tratamento conservador, mas de uma forma mais de desesperança, como a colocação de TC1.

Ruim... Não era bem o que eu queria agora; fiquei nervoso ansioso; isso porque eu estava há muito tempo fazendo acompanhamento e controlando no ambulatório. Ah foi ruim o primeiro dia; agente fica meio nervoso com todo mundo, mas tem que pensar que as meninas da diálise não têm culpa de nada... (TC1)

A ansiedade foi um sentimento que apareceu de forma muito marcante para ambos os grupos. A doença é percebida por eles como uma ameaça à vida e à integridade corporal interferindo na sua identidade, posição e espaço social, trazendo incertezas sobre seu futuro. (MEIRELES; GOES e DIAS, 2004 apud BARBOSA; AGUILLAR e BOEMER, 1999). Dessa forma foi possível perceber que a angústia e o sentimento de inquietação, para que a terapia terminasse o mais rápido possível, foi recorrente e bastante ressaltada ao longo das conversas. Além disso, foi interessante perceber a conformação e a consciência de TC1, quando referiu que não adiantaria colocar a culpa de tudo o que estava ocorrendo no pessoal da enfermagem, já que a situação era dele.

Logo, essa manifestação não se referia somente à primeira sessão ou às quatro sofridas horas da terapia, mas a algo que parece ser muito maior. Refere-se a todo o tratamento realizado até o momento, à dimensão da diálise ainda desconhecida por esses doentes e vivenciada com surpresa e apreensão, principalmente quando se dão conta das mudanças que já ocorreram e que ainda podem ocorrer em suas vidas. Os trechos de STC2 e de STC4 nos falam da perda de controle de suas vidas e da insegurança que essa situação parece causar.

O primeiro dia assim como ainda agora foi bem traumático e não vejo a hora disso terminar logo; para eu poder voltar para a minha vida [...] voltar a fazer as coisas que

eu gosto, não ficar tão dependente como eu tô agora disso aqui [...] ter que ficar dependendo dessa máquina não era o que eu esperava [...]. (STC2)

Triste aborrecida por causa que fico horas em uma cama [...] Mas o que se pode fazer né? [...] Ah, tive vontade de sair correndo daquela cama, na terceira eu já comecei a ficar mais conformada, mas agora já estou mais desiludida, por causa da diálise que eu faço né? (STC4)

6.1.2 Culpa/Raiva

Associado à ansiedade apareceu, muitas vezes, a um sentimento de revolta muito grande, que esses doentes renais atribuem a um fracasso que acreditam ser deles, como se a hemodiálise fosse consequência de uma falha de comportamento, fraqueza ou até mesmo de erros, por não terem seguido as orientações da equipe de saúde que os acompanhava. Esse início da TRS é visto como algo inesperado. Especialmente os doentes que se encontravam em tratamento conservador quando tiveram que fazer a primeira diálise e apresentaram sentimentos de raiva e culpa por acreditarem que talvez nada acontecesse se tivessem seguido fielmente o tratamento de saúde proposto.

Raiva, repulsa, porque o único culpado foi eu, eu que parei com a dieta os remédios [...]. Na verdade é porque eu que larguei tudo, abandonei tudo e fui para a minha chácara e quando eu voltei já estava muito mal [...] todo inchado, me sentindo mal mesmo, aí fiquei internado, quando eu saí continuei fumando [...] daí depois tive que internar vim pra emergência e daí sim foi um baque, daí eu pensei agora sim eu vou parar de fumar e me cuidar de verdade [...]. (TC1)

Mesmo os doentes que não fizeram tratamento conservador, faziam algum tipo de acompanhamento médico antes de iniciar a diálise, também demonstraram o sentimento de culpa.

O pior de tudo é que nas últimas semanas eu acabei viajando e bebi muito comi várias coisas que não podia; acho que pode ter ajudado para piorar a minha situação. (STC2)

De acordo com Meireles, Goes e Dias (2004), a resposta psicológica a um processo patológico varia de pessoa para pessoa. A insuficiência renal e o tratamento hemodialítico representam muitas perdas como o emprego, diminuição do convívio social e mudanças nos seus hábitos alimentares. E, para esse autor, o não seguimento das orientações da equipe de saúde, desde dietas, cuidados com as FAVs e falta de comprometimento com o tratamento podem ser formas de "autodestruição" e "suicídio". A fuga, o não seguimento das orientações

recebidas manifestado pela raiva demonstrada por eles com o compromisso assumido do tratamento, ou mesmo desencadeando problemas no lar e no trabalho poderiam ser consideradas como "autodestruição". No caso dos doentes TC1 e STC2, sabe-se que essas reações podem estar diretamente ligadas a essas questões.

As manifestações de raiva associada à culpa, como já foram colocadas, surgiram inúmeras vezes durante as entrevistas. Esse sentimento aparece também com a surpresa que os doentes manifestam ao iniciar a hemodiálise. Para eles pareceu como se não tivessem consciência do que seria necessário, pois tinham pouco conhecimento da forma como seria o tratamento, de como iria ocorrer, quais procedimentos seriam realizados e o que se sucederia a partir daí. No caso da fala de TC1, percebe-se que ele tem consciência de que terá que fazer a hemodiálise, provavelmente por conta do acompanhamento, mas mesmo assim relata o quanto isso foi difícil quando aconteceu. Resistiu o quanto pode para postergar ao máximo o início da terapia.

Para iniciar a HD nesses três recaídas eu não queria fazer; mas eu sabia [...] dessa vez que tinha que fazer [...]. Mesmo assim, eu sempre resisti; em uma época a equipe da reumato queria que eu fizesse a diálise ou tomasse vários comprimidos ao dia e eu preferi tomar do que iniciar a HD. Aí eu consegui reverter [...]. (TC1)

A hemodiálise aparece como uma terapia completamente desconhecida por alguns iniciantes trazendo um choque muito maior nas primeiras sessões. Sendo assim, sabe-se que ao iniciar uma terapia renal substitutiva o doente renal se defronta com diversos sentimentos estressantes, como raiva, negação, vergonha, mágoa, incerteza. Além de ter uma doença crônica, que veio para ficar, ela traz consigo um tratamento inevitável, inadiável e que acarreta mudança direta e repentina no seu estilo de vida. (MEIRELES; GOES e DIAS, 2004 apud BARBOSA, AGUILLAR e BOEMER, 1999).

Na fala de STC2 e STC1 percebem-se claramente essas afirmações:

Na verdade eu não tive nenhum preparo; como disse eu não tive preparo; todo o meu tratamento estava planejado com o objetivo do transplante; pelo menos foi dessa forma que eu entendi; fazer hemodiálise para mim não era algo que poderia ser realidade; pelo menos na minha cabeça [...]. (STC2)

Fiquei revoltada, chateada, perturbada. E eu sempre pensei que eu não iria para a máquina né? Ainda mais uma semana antes do transplante! Ah; não sei [...] é que eu vou ter que depender disso aqui agora não sei por quanto tempo. (STC1)

O que nos leva a questionar e não foi esclarecido por eles, na fala de STC1 e STC2, seriam quais as informações são repassadas nas consultas médicas para os doentes que não

pertencem ao grupo de Tratamento Conservador, que os levam a acreditar ser o transplante renal a forma que irá solucionar seus problemas.

Para Pascoal et al. (2009), a dependência da máquina provoca diversas limitações na rotina de vida dos pacientes em tratamento hemodialítico. Nesse panorama o doente renal demonstra diversos sentimentos e recursos emocionais, principalmente no início da TRS, inclusive o de negar esse tipo de tratamento.

A surpresa da notícia do início da hemodiálise, juntamente com a falta de conhecimento sobre o processo dialítico, em conjunto com a expectativa de nunca ter de realizá-la, justamente pela esperança de conseguir o almejado transplante renal é extremamente difícil para esses doentes que, muitas vezes, constroem todo o tratamento planejando o transplante renal. Assim, ter que assumir repentinamente uma terapia hemodialítica e abandonar a esperança de seguir vivendo sua vida sem angústia e sofrimento dificulta seu processo de aceitação do tratamento.

Segundo estudos realizados por Branco e Lisboa (2010), os portadores de DRC veem no transplante renal a única forma de realmente ter uma vida plena e o retorno a suas atividades anteriores, tendo uma vida normal.

Nessa sequência de decepções, esses doentes demonstram um enorme choque com as mudanças bruscas de rotina e de planos de suas vidas, sentindo-se perdidos com sensação de fracasso por não terem conseguido aguentar até o momento do transplante renal. Como expresso por STC1:

Báh; pra mim foi horrível assim; porque eu não esperava; porque eu estou aqui desde os 15 anos nessa função de perda renal tinha conseguido levar até agora; minha doença de base é Lupus; e daí minha cirurgia ia ser segunda e na última semana eu tive que fazer diálise. Então pra mim foi um fracasso [...]. Para mim foi um choque mesmo, porque eu não esperava. Tô até meio abalada ainda! Mas fazer o que né? (STC1)

6.1.3 Alívio

Na diminuição da função renal, todo o organismo fica comprometido, pois a doença manifesta alterações bioquímicas, endócrinas e metabólicas, entre outras. Nos casos mais graves da DRC ocorre acúmulo de líquidos no organismo, formando edema e desequilíbrios metabólicos. (BARROS et al., 2006). É justamente nesse contexto que o doente renal crônico iniciante na terapia dialítica, encontra-se com diversos sintomas que, causam de um modo geral, um grande mal-estar. Nesse caso, surgem outros enfrentamentos desses doentes renais

como o de encarar o início da hemodiálise, mas parece que para alguns a nova fase vem como um alento e certa tranquilidade porque o tratamento acaba lhes trazendo melhoras do mal-estar. O desgaste físico, assim como a revolta e a raiva dão lugar ao sentimento de alívio logo após o término da primeira sessão de hemodiálise, quando as manifestações físicas cessam.

Percebem-se essas afirmações pela fala STC3:

[...] para mim até então eu via diálise como um monstro porque ele voltava para casa, muito debilitado, então fiquei assustado [...] e pensei será que vou ficar a mesma coisa?! Mas não, para o estado físico que eu me encontrava agora eu estou muito melhor [...] na verdade não era para ser um alívio; era para ser um terror pra mim [...] depois de fazê-la se tornou um alívio [...]. (STC3)

Para ele o medo e receio da hemodiálise, a imagem que tinha foi substituída pela sensação de alívio. Assim como ele, outros doentes que estavam fazendo tratamento conservador também tiveram esses sentimentos.

Ah; foi tranquilo; foi bom; embora eu não quisesse fazer mesmo assim, foi mais ou menos do jeito que eu esperava. Não digo que não fiquei meio nervoso, porque tinha um pouco de medo, mas no final foi tranquilo mesmo. (TC2)

Foi bom, só dá reação, tu te sente fraca dá fraqueza na gente, mas depois que terminou a hemodiálise me senti bem, melhora o apetite, o desânimo [...]. Foi até uma surpresa para mim, porque não dói nada, então eu gostei [...]. (TC4)

Em uma pesquisa realizada por Madeiro et al. (2010), abordando a adesão ao início do tratamento hemodialítico, o autor afirma que a alegria e a tranquilidade são sentimentos que surgem nesses doentes quando sabem da possibilidade de tratamento e do alívio dos sintomas. À medida que as alterações físicas (acúmulo de líquido, fraqueza, cefaleia, cansaço e mal-estar estomacal) se agravam, eles mesmos querem se submeter à hemodiálise o mais rápido possível.

Acredito também que as percepções dos doentes nos trechos acima, que realizaram tratamento conservador, tenham tido alguma influência das orientações recebidas anteriormente. O suporte que a equipe fornece a eles no preparo para a hemodiálise os leva a aceitar esse início de forma menos abrupta. Assim, a realização desse tratamento pode resultar em melhores condições de saúde, além de proporcionar apoio educacional e preparar esses doentes renais para o início da diálise. (DALGIRDAS, 2008; BAGATTINI, 2011). Todos esses fatos devem ser vistos considerando também a personalidade e os modos de vida desses doentes, que poderão definir as formas que se utilizam para aceitação da doença e reabilitação para manutenção de sua qualidade de vida. Nesse quesito, algumas pessoas podem ter mais

sucesso que outras. E, nesse processo, a personalidade influencia diretamente o modo como esses doentes reagem, delineando o modo de enfrentamento e a adaptação à diálise. Madeiro et al. (2010), nos remete a pensar nesses doentes quando fala de pessoas que conseguem lidar com situações dolorosas com mais facilidade, mesmo enfrentando o desespero e o medo diante do diagnóstico e do tratamento, também conseguem ficarem felizes à medida que se adaptam às mudanças decorrentes da doença.

6.2 MUDANÇAS NAS SUAS VIDAS

Quando lhes foi perguntado sobre como se sentiram quando realizaram a primeira hemodiálise, a maioria dos doentes renais iniciou a entrevista relatando as diversas mudanças que ocorreram em suas vidas após o início da terapia.

6.2.1 Adaptação

Os doentes renais crônicos deste estudo apresentaram diferentes maneiras de reagir ao adoecimento e ao início do TRS, sobretudo, quanto à forma de aceitação ou conformação com o fato ocorrido. De acordo com Pascoal et al. (2009) apud Silva, Krollmann e Miranda (1993), existem diferentes fases de alterações emocionais desde a sua inclusão no programa de hemodiálise até a realização do transplante ou o óbito. Em um primeiro momento o doente renal pode se encontrar em estado de alerta, tenso, agitado e na expectativa de que algo está para acontecer, o que lhe ocasiona um grande desgaste físico e emocional. Em um segundo momento passa a imaginar qual será o próximo acontecimento, sofrendo diante do desconhecido e criando fantasias. Pode ainda passar para a fase de adaptação permanente, onde ele ainda não aceitou a doença e o tratamento, porém externamente mostra-se calmo e tranquilo, como se percebe na fala de TC3:

[...] não muito tranquilo, muito a vontade, como se tivesse tomando uma injeção, mas o problema da HD foi depois de uns 15 dias, quando caiu a ficha [...]. Foi quando eu realmente entendi o tamanho do problema que é a HD, me dei conta que ficaria dependente dela pro resto da vida, aí eu fiquei agressivo em casa, com a esposa com os filhos, tava estúpido, aí fui fazer análise, porque eu não podia transferir para o outro aquilo que é um problema meu, só que eu estava fazendo isso [...]. (TC3)

TC3 afirma que na primeira sessão tudo foi muito tranquilo, tanto quanto o simples ato de “tomar uma injeção”, essa foi a sua frase inicial. Com o passar do tempo ele começou a

perceber a dimensão que a TRS poderia ter em sua vida, principalmente pela relação de dependência que teria a partir daquele momento. Essa questão acabou desencadeando reações de agressividade e revolta com a família, como relatado no trecho acima.

Mesmo sendo do grupo 1, percebe-se como foi complicado para TC3 o momento em que percebeu as repercussões que a diálise trouxe para sua vida. Isso porque o comportamento frente ao seu cotidiano mudou. Essa questão surge a partir das dificuldades que ele sentiu de aceitar a própria doença renal crônica e todas as suas implicações. Estudos relacionam a aceitação do tratamento dialítico com a aceitação da própria doença sem fazer referência a outros fatores, sendo que cada indivíduo reage de modo singular, conforme as situações críticas já vividas e o impacto que essas possam provocar no seu cotidiano. (LEITE e VASCONCELLOS, 2003; LIMA e GUALDA, 2001).

Embora essas mudanças no cotidiano sejam inúmeras, existem doentes renais que enfrentam esse início com mais tranquilidade. É como se aceitassem o que a vida está lhes impondo, mas nunca se conformassem, pois essa situação irá lhes acompanhar para sempre, como no relato de STC3 e STC4. Infelizmente, percebe-se que é no cenário da hemodiálise que a pessoa se sente como um doente, embora a tendência seja negar esse sentimento para não desanimar, para ter forças de continuar vivendo com todas as restrições que essa doença lhe impõe. Sendo que esses doentes reconhecem ser a hemodiálise o principal método para a sua sobrevivência, apesar de ser um pesado fardo. Um tratamento obrigatório que garante a manutenção do seu bem-estar. (PEREIRA e GUEDES, 2009). Como elucidado nos trechos abaixo:

[...] na verdade a gente aceita, mas nunca se conforma. (STC3)

[...] o cansaço físico e mental nunca não muda né?...cansaço mental porque ter que ter essa rotina é muito cansativo pra cabeça inclusive [...]. (STC4)

Reforçando ainda as diferenças dos doentes que participaram do tratamento conservador e os que não o fizeram, quando questionados sobre quais orientações receberam, ou melhor, se receberam esclarecimentos antes de realizar a primeira hemodiálise há uma diferença bastante significativa entre os dois. Isso porque os que não realizaram, mostraram através de seus relatos, em sua maioria, iniciarem a diálise sem saber do que se tratava e demonstraram uma percepção negativa com relação a esse início. Diferentemente do grupo que passou pelo tratamento conservador que em suas falas, de um modo geral, iniciou a terapia sabendo um pouco de que forma ela se sucederia. Nesse grupo, apenas os sentimentos

de ansiedade e culpa apareceram porque existem muitos outros fatores implícitos nesse processo. Mas de certa forma eles remetem a uma percepção positiva acerca das orientações recebidas no ambulatório, pois essas os auxiliaram a iniciar a diálise com mais tranquilidade, sem muitos sustos ou surpresas, como citado em algumas falas:

Não; nem sabia como que era, nada. Nem sabia como é que funcionava [...]. Pior, porque eu vim pra cá sem saber como funcionava, sem saber nenhuma informação sobre o que eu faria aqui e como tudo ocorreria [...] não seria tão impactante para mim eu iria estar mais preparada. [...] foi angustiante! Ficava ansiosa para passar o tempo de uma vez [...]. (STC1)

[...] eu já entrei tendo mais ou menos uma noção do que vinha fazer aqui e do que me esperava; então eu já sabia que ia fazer 3 vezes na semana [...]. Acho que ajudou no processo, eu saber um pouco mais; ainda porque eu não sei muito dessas coisas de saúde; agente é simples não entende muito; então ter umas explicações acaba que ajuda a enfrentar melhor todas essas coisas. (TC2)

No primeiro trecho STC1 relata que realmente não tinha nenhuma ideia do que seria a hemodiálise; iniciou o tratamento sem saber como tudo iria se suceder; essa questão pode trazer uma sensação de insegurança com relação ao desconhecido e um impacto muito grande resultando em sentimentos como ansiedade. No caso do paciente TC2, percebe-se uma visão tranquila com relação ao processo, isso porque como ele próprio relata que por não ter bom nível de conhecimento sobre saúde, foi muito importante conhecer o processo da primeira diálise; o que demonstra um aspecto positivo com relação ao preparo oferecido pelo tratamento conservador.

Essas questões são reafirmadas por Barbosa e Valadares (2009), quando declaram que a vivência da nova realidade experimentada permite que o paciente atribua seus próprios significados à doença e ao tratamento, nesse sentido, destaca-se o fato de que ideias preconcebidas sobre o estado crônico de saúde podem influenciar o modo como cada um utiliza mecanismos de adaptação à condição de saúde ora vivenciada.

Muitos dos iniciantes em um tratamento renal substitutivo apresentam características de negação da realidade vivida, onde sentimentos e atitudes de rebelião são experimentados, isso faz com que interpretem o tratamento como tortura e perda de tempo. Essa ótica negativa ocasiona comprometimento na realização de atividades cotidianas impactando, sobretudo, nas atividades laborais e domésticas. (BARBOSA e VALADARES, 2009). Essa afirmação ressalta a fala de STC4, que afirma se sentir aborrecida porque a diálise “empacou” a sua vida, lhe tirou a liberdade, no sentido de que ela não consegue nem fazer as atividades mais rotineiras em casa. Percebe-se também que a afirmação dela refere-se a algo muito maior do

que simplesmente fazer as atividades de casa, até porque ela utiliza os termos “antes eu fazia tudo e agora quase nada”, como se tivesse perdido praticamente toda a sua vida, o que também é relatado por TC3.

Ah, aborrecida sobre a HD, porque agora “empacou” a minha vida porque eu fazia tudo e agora não consigo fazer quase nada [...]. Porque eu fico “amarrada”, porque eu que faço tudo na minha casa, tudo é eu, e agora não posso mais nem fazer a metade; eu moro sozinha e minha casa é grande, mas quando eu tô bem eu conseguido fazer alguma coisa [...]. (STC4)

A diminuição da liberdade é o que eu sinto mais, eu sei que agora não posso fazer uma viagem mais longa, em função da minha prioridade, eu fico limitado, não posso viajar, porque o espaço de tempo é muito curto, por exemplo, minha esposa sonha em ir para o exterior, mas não tem como, de que forma posso fazer isso em dois dias? Então um dia sim o outro não eu tenho que estar aqui, então é difícil, mas eu estou me adaptando; a análise está me ajudando. (TC3)

O tema liberdade também está presente no discurso do paciente TC3 e de STC4, fato que os leva a novas adaptações dos seus modos de viver. A rotina regrada da hemodiálise com dias contados e a não possibilidade de postergar as seções causa uma enorme frustração para esses doentes renais. Isso porque algumas atividades ficam restritas, geram um grande incômodo e desânimo afetando até mesmo atividades de vida diária como: pagar contas, ir ao banco, por exemplo. O que se percebe também é que esses doentes renais preferem deixar de fazer atividades que realizavam antes da hemodiálise e que agora não podem fazer por completo. Por exemplo, TC3 refere que tinha muita vontade de viajar para a chácara, mas agora não se “anima” a ir em um dia e voltar no outro, como se a viagem perdesse a graça pelo tempo contado e compromisso com a diálise. STC4 já extrapola, colocando que não pode fazer nada; como se tivesse realmente limitada para toda e qualquer coisa a fazer.

Além dessas alterações ou mudanças no estilo de vida, ainda existem outras citadas pelos demais entrevistados que alteram totalmente a rotina, até mesmo da família. A perda do emprego, a saída de licença ou o afastamento causa um sentimento de apreensão; porque acaba envolvendo questões financeiras. No caso de TC1, relata os inúmeros acordos que teve que fazer com o patrão para se adaptar e a preocupação em ter que tirar uma licença tão longa; ainda mais porque é casado e demonstra muito medo de ter que parar de trabalhar ou perder o emprego. Outra preocupação evidenciada por STC1 e por STC2 é ter que parar a faculdade justamente quando estavam acabando o curso. Ambos entrevistados demonstraram nitidamente a decepção por ter que parar tudo agora, que falta tão pouco para terminar. Sentimentos como nervosismo e a sensação de estagnação são recorrentes nesses pacientes, visto que as mudanças de vida são muitas e ocorrem de um modo brusco, mesmo para aqueles

que tiveram acompanhamento e realizaram tratamento conservador.

E com isso eu tô muito nervoso [...]. Tô de licença por enquanto, mas eu não vou tirar os 90 dias somente 40 [...] então fica complicado [...] por isso que eu não queria iniciar a HD, ainda mais nesse momento [...]. Então eu tô tentando seguir direitinhas as orientações agora para ficar bem logo [...]. A Dra. me disse que eu não posso fazer força com o braço que eu carrego as coisas no serviço, então não vou mais usar ele para trabalhar, vou ter que entrar em um acordo com o patrão [...] de só usar o braço esquerdo [...] tem mais a minha esposa que tá sempre comigo [...]. (TC1)

[...] eu também estou terminando meu TCC; eu faço biologia e estava no último semestre também e tive que parar com tudo minha vida. Está parada [...]. (STC1)

Todas as adaptações pela dependência do tratamento, a perda do emprego e limites na expectativa de vida são alguns dos fatores contribuintes para o aparecimento de muitos problemas como os psicológicos. Problemas esses evidenciados pelas falas em que se expressam sentimentos de nervosismo e apreensão. De acordo com Laura e Sarquis (2009), a relação entre o trabalho e a saúde é fonte de preocupação, considerando que as atividades laborais estão atreladas às condições físicas, mentais e sociais, por vezes comprometidas no paciente renal crônico, como no caso de TC1 que vai ter que reorganizar o seu processo de trabalho com o patrão para que não perca o emprego.

6.2.2 Isolamento

A condição crônica e o tratamento hemodialítico são fontes de estresse e podem ocasionar, entre tantos problemas, tais como a perda do emprego, a dependência da Previdência Social, as limitações de locomoção e lazer, a diminuição da atividade física, a necessidade de adaptação à perda da autonomia, as alterações da imagem corporal e um sentimento ambíguo entre o medo de viver e de morrer, como consequência de tudo isso, o isolamento social, como apareceu nas falas desses estudados. (MACHADO, 2001).

As relações sociais podem ser afetadas desde o início da hemodiálise. A nova rotina, cercada de diferentes hábitos de vida, como dieta adequada com restrições alimentares e compromisso pontual por três vezes na semana, pode interferir diretamente nas relações dos doentes renais em tratamento dialítico e leva-los ao isolamento social. Essa questão é explícita por três dos participantes do estudo, comentada como algo muito doloroso, pois foi possível perceber que é muito difícil mudar todas as suas rotinas e se estabelecerem na nova vida, cheia de regras e de proibições. STC2 fala sobre isso quando comenta como é difícil não poder mais sair à noite frequentemente com os amigos, além disso, como é complicado não

poder fazer uso de bebida alcoólica com eles, ou seja, não ter mais a rotina social que tinha antes do início da hemodiálise. STC1 também relata que o convívio social e as saídas diminuíram. Todas essas mudanças podem ocasionar um prejuízo na qualidade de vida desses doentes renais, principalmente quando se considera a falta de participação nas ocupações e atividades cotidianas e também nos papéis sociais; como discutido e demonstrado pelos trechos abaixo. (MARTINS e CESARIANO, 2005; THOMÉ, 2011).

Mudou muita coisa. Eu sou Dj e estou terminando a faculdade também, então estava acostumado a fazer de tudo. Então eu saía bastante à noite, bebia, fazia várias coisas com os amigos, mas agora fica bem difícil. Isso porque não é em qualquer lugar que eu posso ir e comer, por exemplo, beber também não pode. E eu sinto muita falta de tocar na noite [...]. Além disso, já não vou poder continuar a faculdade por enquanto, tive que trancar as cadeiras que eu estava fazendo. (STC2)

[...] vejo já até na relação social que diminuiu, porque eu não posso sair tanto, né? Eu gosto de sair com os amigos também e não dá tanto, até isso já mudou! (STC1)

O que eu mais acho ruim é que eu acabo saindo menos. Eu tava acostumada a estar sempre nas minhas irmãs e agora não tem como mais [...] fica mais difícil [...] tava sempre aqui e ali na casa de uma e de outra, mas agora é mais difícil [...], mas fazer o que? Agora vou menos vezes por semana nas minhas irmãs. Vou num dia e volto no mesmo. Não fico mais tanto tempo e vou menos vezes também. (TC4)

A percepção com relação às mudanças do início da hemodiálise e o quanto essas afetaram suas relações sociais é muito parecida quando se leva em consideração STC1 e STC2 e TC4, participante do tratamento conservador. Através de suas falas, pode-se perceber que esse início da TRS é muito difícil para os dois grupos e que as mudanças ocorrem e alteram as rotinas de ambos. Tanto que TC4 expressa o quanto impactou em sua vida a alteração da rotina e, conseqüentemente, a diminuição do convívio social, que no caso, aplicavam-se as visitas à própria família. Mas algo interessante a destacar é que dentre as falas a única que demonstrou a construção de uma nova organização de suas relações sociais foi a de TC4, quando relata que ainda vai à casa das irmãs, mas com menor frequência. Mesmo não sendo o que ela esperava, percebe-se um esforço para tentar adotar um novo modo de viver, que acaba sendo imposto pelas modificações nas atividades e rodeado por novas perspectivas de vida. (PEREIRA e GUEDES, 2009).

A hemodiálise pode promover frustrações, limitações e isolamento, uma vez que é acompanhada de diversas restrições, em consequência da repentina mudança no seu cotidiano e os seus modos de viver que enfrentarão a partir dessa situação em particular. Sabe-se que ela é responsável por um cotidiano monótono e restrito, e as atividades são limitadas após o início

do tratamento. Entretanto, ela prolonga a vida do doente, alivia o sofrimento e até previne incapacidades posteriores. (BARBOSA e VALADARES, 2009). Fato esse retratado pela fala de STC4.

Não posso fazer nada. Não posso pagar uma conta, ir no banco, sair, fica tudo mais difícil, aí acabou com a minha vida mesmo [...] é antes eu ia para a minha irmã ficava dois, três dias e agora vou num dia e volto no mesmo. Queria dar uma mão para ela que está doente, mas agora não dá mais, não tem como [...]. (STC4)

O fato de não conseguirem realizar o que faziam antes com naturalidade e manter os convívios que tinham, mostram o quanto esse tratamento pode levar a um isolamento e o quanto isso pode incomodar esses doentes renais.

6.2.3 Dependência

Os pacientes renais crônicos, geralmente, tornam-se desanimados e desesperados e, muitas vezes, por essas razões ou por falta de orientação, abandonam o tratamento ou negligenciam os cuidados que deveriam ter. Esse comportamento não cooperativo, assim como as dificuldades relativas à ocupação e à reabilitação são preocupações constantes tanto para os pacientes e familiares, quanto para a equipe interdisciplinar. E é nesse cenário que se faz necessária a estimulação das suas capacidades para que esses pacientes se adaptem de maneira positiva ao novo estilo de vida e assumam o controle do seu tratamento. (MARTINS e CESARIANO, 2005). Sendo assim, destaca-se a ação dos profissionais que atuam junto a esses doentes renais, implementando ações que os preparem e ajudem a enfrentar a TRS. A partir desse contexto, as orientações pré-diálise podem ser muito importantes para o processo de aceitação do tratamento, como expresso por TC4 no trecho abaixo. Fato que eles atribuem também a uma motivação da existência humana e, por isso, eles devem aceitar o que lhes é imposto.

Foi, foi a palestra que eu tive com a doutora, né? Ela conversou e eu entrei de acordo em fazer, e a solução era dialisar não tem outra solução, então cheguei à conclusão de que teria que fazer mesmo. Ela me preparou; mas eu por mim eu não faria nunca, mas eles me deram umas dicas e eu me convenci de que era bom para mim; que era importante fazer HD. (TC4)

Ao longo do tempo a doutora, a gente foi conversando sobre isso e tirando algumas dúvidas [...] mas saber por cima não é a mesma coisa que fazer [...]. Acho que não fez falta não ter um acompanhamento mais profundo [...] não teria não tido revolta, as coisas não acontecem do nada, elas têm um motivo [...] tudo na vida da gente tem que ter um motivo [...] se eu estou assim tem um motivo [...]. (STC3)

Pela fala de STC3 observa-se que mesmo não sendo um paciente do tratamento conservador como TC4, acabou recebendo algumas orientações da médica que o acompanhava e encontrou justificativas para aceitar o tratamento. Durante a conversa questionei se ele achava que fez falta não ter um acompanhamento mais “aprofundado”, como no caso dos pacientes do ambulatório, e ele me respondeu que não, transparecendo uma possível tranquilidade e referindo que se ele está assim é porque existe um motivo para isso. Essas falas remetem à ideia de que qualquer esclarecimento dado a esses doentes repercute como algo positivo durante a primeira hemodiálise. Mesmo no caso de STC3 que relata não sentir falta de um acompanhamento preparatório para realizar a diálise, o simples ato de esclarecer as dúvidas ao longo das consultas, mesmo não sendo participante do ambulatório conservador pode levar a uma aceitação compreensível e menos abrupta no início da terapia.

Quando se fala em falta de conhecimento, convencimento e conscientização do doente que iniciará uma nova fase com a terapia hemodialítica, conhecer pelo menos um pouco do processo pelo qual irá se submeter remete a algo positivo. Por outro lado, não possuir embasamento técnico e iniciar o tratamento no “susto”, simplesmente porque foram obrigados a fazer e nem sabiam o porquê, como citado nos trechos abaixo, demonstra uma percepção extremamente negativa do início da hemodiálise. Esses pacientes relatam que se sentem assustados quando não são previamente orientados. Falas de STC2 e STC4.

Não, nunca, o único esclarecimento que eu tive foi no dia que tive que internar para fazer aqui. O médico me explicou meio “por cima” que no momento não tinha o que fazer a única opção seria a hemodiálise. Então eu fiz né? No susto, mas fui obrigado a fazer! (STC2)

É uma coisa que eu não esperava, eu nem sabia o que era a máquina, então foi bem assustador [...] eu só ouvia falar. Era bem leiga no assunto [...]. (STC4)

[...] é muito bom quando tu vai fazer um tratamento e já sabe o que vem pela frente; chegar sem saber nada do que vai acontecer é muito ruim [...]. (TC4)

As falas acima colocam a importância do tratamento conservador que prepara o doente para iniciar o TRS. E que eles sentem essa necessidade, pela visão de TC4, quando revela o quanto é importante fazer um tratamento tendo conhecimento do que virá pela frente. Provavelmente, por ser um paciente do tratamento conservador, as orientações adotadas durante o acompanhamento auxiliaram nesse início. Ele mesmo afirma que seria muito ruim fazer diálise sem ter nenhum conhecimento. Essa afirmação se confirma com as falas de STC2 e STC4 que nunca tiveram esclarecimentos e remetem a um início negativo da TRS

como se tivesse sido algo forçado, quase que por obrigação. Como se eles tivessem fazendo algo do qual não haviam sido consultado, o que acabou ocasionando sensações de insegurança e medo do desconhecido. Harwood et al. (2005) retrata essa questão, quando afirma que a falta de informação e o desconhecimento a respeito da hemodiálise são fatores que levam a sentimentos estressores, mencionados pelos clientes em início de tratamento hemodialítico.

O acompanhamento de um profissional da saúde para orientar esse doente no início da doença e do TRS aparece neste estudo como uma forma de auxiliar na entrada e entendimento desse processo. TC3 relata a importância que esse teve em sua vida, pois foi a partir das orientações e esclarecimentos recebidos por esse profissional que finalmente se convenceu a aceitar e iniciar a hemodiálise. TC3 afirma que conhecer a máquina, as pessoas que faziam diálise, ou seja, um pouco desse novo mundo o auxiliou a encarar tudo com mais tranquilidade. O que difere da fala de STC1 que afirma não saber como funcionava nada e relata que talvez se tivesse tido um acompanhamento, ou um preparo, a primeira diálise não seria tão impactante.

Considerando a enfermagem como parte dessa equipe de saúde, o papel que ela desenvolve apareceu nas falas dos estudados como alguém que os orientou a escolha do processo. Como elucidado por TC3.

A enfermeira trabalhou em mim a questão da peritoneal, disse que era a melhor HD, mas eu não quis, ela me convenceu muito a fazer a HD, ela me mostrou gente com bem menos idade 18,20, 25 anos fazendo HD, então isso me ajudou bastante a convencer de que eu tinha que fazer. ...e ela foi importante nisso porque me ajudou muito, eu gosto muito dela, ela me mostrou a máquina, as pessoas, me explicou como funcionava então isso ajudou bastante [...]. (TC3)

7 CONCLUSÕES

Sabe-se que tentar entender ou compreender qualquer percepção não é uma tarefa fácil, principalmente quando se considera algo tão difícil quanto o início de um tratamento, como o hemodialítico. Mas o que pude perceber durante o desenvolvimento deste trabalho é que esse processo, mesmo sendo considerado muito complicado e, embora, cada pessoa tenha uma forma de reagir diferente, frente às mudanças, muitos sentimentos se multiplicam, se repetem ao longo das falas dos entrevistados.

Nesse contexto, apareceu de um lado uma percepção negativa, que reflete a dificuldade de enfrentamento da primeira sessão de hemodiálise, trazendo à tona, ansiedade, tristeza, raiva e culpa, em ambos os grupos estudados. Essas reações estão presentes no grupo um, mas de forma mais amena, menos traumática. O que me leva a crer que a bagagem adquirida ao longo do acompanhamento pré-dialítico e do tratamento conservador, ajuda-os muito na aceitação do início da hemodiálise. Por outro lado, as concepções positivas acerca desse início também ocorreram, quando na primeira diálise aconteceu o alívio dos sintomas urêmicos, e essas foram relatadas por participantes do grupo um e do grupo dois.

Dessa forma, pode-se presumir que iniciar uma terapia tendo pelo menos um pouco de embasamento distorce a imagem negativa da hemodiálise que esses doentes possuem antes de iniciarem o tratamento e também poderá contribuir para que essa transição seja mais tranquila.

O que foi possível perceber é que as medidas educativas, por menores que tenham acontecido tiveram um importante efeito para esses doentes. Assim sendo, posso dizer ainda que auxiliar na educação do doente renal crônico, mostrando a eles o que acontece no seu processo de adoecer, no conhecimento mais profundo sobre sua doença, tratamento e possibilidades de reabilitação parece ser um facilitador no enfrentamento de situações estressoras vivenciadas no cotidiano hemodialítico e no início desse processo.

Realizar a hemodiálise por si só já é um processo retratado por esses doentes como uma transição muito complicada e relatam que a adaptação de fato não ocorre, e sim, uma conformação pelo fato da terapia ter que lhes acompanhar para o resto de suas vidas. Sendo assim, é justamente neste contexto que os doentes participantes do tratamento conservador tiveram um início com mais tranquilidade, de modo que a bagagem adquirida, ao longo do ambulatório, foi citada como essencial para auxiliá-los. Na verdade, conhecer o processo pelo qual irão se submeter traz uma certa tranquilidade e conseqüentemente um impacto inicial menor.

Esses doentes renais expressaram em seus relatos o quanto foi importante e necessário uma equipe para acompanhá-los, com isso, ajudou-os a entender muitas das mudanças pelas quais estão passando.

Assim, destaca-se a ação dos profissionais como a equipe de enfermagem, que acompanham esses doentes, no sentido de promover ações de educação e de esclarecimento, tentando desmistificar as ideias negativas acerca do tratamento e, assim, poder auxiliar no preparo desses doentes renais para o início da terapia. A importância desse acompanhamento foi destacada por um entrevistado que fez o tratamento conservador, citando a profissional enfermeira como a responsável pela sua mudança de pensamento e decisão sobre o início da sua hemodiálise.

Portanto, através do desenvolvimento deste trabalho, pôde-se perceber que essa parte educativa acaba não sendo priorizada, quando na verdade, a percepção do início do tratamento está muito relacionada ao nível de preparo desses pacientes.

Então sugere-se que os profissionais que trabalham com estes doentes renais crônicos dêem mais atenção ao preparo, quando se trata especialmente das orientações para o início da hemodiálise.

REFERÊNCIAS

- BAGATTINI, Angela Maria. **O significado do tratamento conservador para o paciente idoso com doença renal crônica**. Trabalho de Conclusão de curso, 2011, Porto Alegre. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/35952/000816089.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15 mai. 2014.
- BARBOSA, J.C.; AGUILLAR, O.M.; BOEMER, M.R. O significado da insuficiência renal Crônica. **Revista Brasileira de Enfermagem Brasília**, DF, v. 52, n. 2, p. 293-302, 1999.
- BARBOSA; Genesis de Souza; VALADARES, Glaucia Valente. **Hemodiálise**: estilo de vida e a adaptacao do paciente. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(Especial-Nefrologia):524-7. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/14.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2013.
- BARROS, E. et al. **Nefrologia**: Rotinas, Diagnóstico e Tratamento. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- BASTOS, M.G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G.M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Jornal Bras. Nefrologia**, São Paulo, v.33, n.1, p.93-108, 2011.
- BRANCO, J.M.A; LISBOA, M.T.L. **Adesão de clientes renais crônicos ao tratamento hemodialítico**: estratégias de enfermagem. *Revista de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro*, v.18, n.4, p.578-83, 2010. Disponível: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a13.pdf>>. Acesso: 05 ago. 2013.
- BRASIL. Resolução n.466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos. Publicada no DOU nº 12, p.59, dez. de 2011.
- CHERCHIGLIA, M.L. et al. Gênese de uma política pública de ações de alto custo e complexidade: as terapias renais substitutivas no Brasil. **Revista da Associação Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 16, p.83-89, 2006.
- DALGIRDAS, J.T. **Manual de diálise**. 4. ed. Rio de Janeiro (RJ): Medsi; 2008.
- FERNANDES, N, BASTOS, R.M.R, BASTOS, M.G. **Diagnóstico da doença renal crônica a partir da filtração glomerular estimada**: CKD-EPI ou MDRD [Resumo]. *Congr Bras Nefrol* 2010; 506.
- FERNANDES, N. et al . The brazilian peritoneal dialysis multicenter study: characterization of the cohort. **Kidney int.**, New York, v. 73, p.145-151, 2008.
- FERNANDEZ, A.G.; MERLO, M.T.; GARCÍA, A. O. Acessos vasculares para hemodiálisis: cuidados de enfermagem. **Revista de Angiologia**. [S.l.]. v.2, n.57, p.159-168, 2000.

FURTADO, A.M.; LIMA, F.E.T. Autocuidado dos pacientes portadores de insuficiência renal crônica com a fistula artério-venosa. **Rev Gaúcha Enferm.** 27(4): 532-8, p.2006.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica.** 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Ed., 2006.

HARWOOD, L, LOCKING-CUSOLITO, H; SPITTAL, J, WILSON, B; WHITE, S. Preparing for hemodialysis: patient stressors and responses. **Nephrol Nurs J.** 32(3):295-302; quiz 303. 2005.

HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Atividades Assistenciais.** Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/240/361/>>. Acesso em: 01 out. 2013.

JBN. Jornal Brasileiro de Nefrologia. **Relatório Censo Brasileiro de Diálise,** 2012. Disponível em: <http://www.jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1617>. Acesso em: 01 out. 2013.

JUNIOR, J.E.R. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. **Jornal Bras. Nefrologia,** v.26, n.3, p.1-3, 2004.

LAURA, E.A.; SARQUIS, L.M.M. O paciente renal crônico e sua relação com o trabalho. **Cogitare Enferm.** 2004; 9 (2): 99-106.

LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva** 8(3):775- 82, 2003.

LIMA, A.F.C.; GUALDA, D.M.R. **História oral de vida: buscando o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico.** Rev Esc. Enferm USP. [periódico na internet]. 2001 Junho; 35(3):235-41. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n3/v35n3a05.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2013.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. São Paulo, EPU, 1986.

MACHADO, L.R.C. **A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica em hemodiálise:** entre o inevitável e o casual [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.

MADEIRO, A.C.; et al. **Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise.** Acta Paulista de Enfermagem, v.23, n.4, p.546-51, 2010. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/16.pdf>> Acesso: 12 ago. 2013.

MARTINS, M.R.; CESARIANO, C.B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev Latino-Am Enfermagem.** 13:670-6. 2005.

MEIRELES, Viviani Camboim; GOES, Herbert Leopoldo Freitas. DIAS, Terezinha Alves. **Vivências do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico**: subsídios para o profissional enfermeiro. Maringá, v. 3, n. 2, p. 169-178, mai/ago. 2004. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5423/3475>>. Acesso em: 20 set. 2013.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOURA, et al. Monitoramento da doença renal crônica terminal pelo subsistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade - Apac - Brasil, 2000 a 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.18, n.2, p. 121-131, 2009.

NASCIMENTO, C.D.; MARQUES, S.R. Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.6, n.58, p.719-722, 2005.

NKF - NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. **Clinical practice guidelines for vascular access**. New York: 2006. Disponível em: <http://www.kidney.org/PROFESSIONALS/kdoqi/guideline_upHD_PD_VA/va_intro.htm>. Acesso em: 15 mai. 2014.

_____. **KDOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification**. 2000. Disponível em: <https://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines_ckd/p4_class_g1.htm>. Acesso em: 15 mai. 2014.

OLIVEIRA, M.B.; ROMÃO, J.E.; ZATZ, R. End-stage renal disease in Brazil: epidemiology, prevention, and treatment. **Kidney International**, v. 68, p.82–86, 005.

PACHECO, G.S.; SANTOS, I.S. Cuidar de cliente em tratamento conservador para doença renal crônica: Apropriação da teoria de orem. **Rev. Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.13, p.257-262, 2005.

_____; _____. BREGMAN, R. Clientes com doença renal crônica: avaliação de enfermagem sobre a competência para o autocuidado. **Revista Anna Nery**, São Paulo, v.11, n.1, p. 44 – 51, 2007.

PASCOAL, Melissa. et al. **A importância da assistência psicológica junto ao paciente em hemodiálise**. Rev. SBPH v.12 n.2 Rio de Janeiro dez. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582009000200002&script=sci_arttext#1a>. Acesso em: 15 mai. 2014.

PEREIRA, Livia de Paula. GUEDES, Maria Vilani Cavalcante. **Hemodiálise**: a percepção do portador renal crônico. v. 14, n. 4 (2009). Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16384>>. Acesso em: 01 out. 2013.

PERES, L.A.B. et al. Estudo epidemiológico da doença renal crônica terminal no oeste do Paraná: uma experiência de 878 casos atendidos em 25 anos. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. [S.l.]. v.32, n.1, p.51-56, 2010.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RIELLA, M.C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 4. ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2003.

SBN - Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Censo de diálise**. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/pdf/publico2012.pdf>>. Acesso: 05 ago. 2013.

_____. **Perfil da doença renal crônica o desafio brasileiro**. 2007. Disponível em: <www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/.../Doenca_Renal_Cronica.pdf>. Acesso em: 20 set. 2013.

SILVA, C.A.; KROLLMANN, M.A.O.; MIRANDA, E.M.F. Perfil psicológico do paciente renal crônico. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. 15 (3), 85-91, 1993.

SILVA, G.D. **Avaliação dos gastos realizados pelo Ministério da Saúde com medicamentos de alto custo utilizados no tratamento da DRC por pacientes do SUS no Estado de Minas Gerais – 2000 a 2004**. 53 f. (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública – área de concentração Políticas de Saúde e Planejamento) Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

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

TRAVAGIM, D.S.A.; KUSUMOTALL, L. Atuação do enfermeiro na prevenção e progressão da doença renal crônica. **Rev. Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.388-393, 2009.

WHITE, C.A.; PILKEY, R.M.; LAM, M.; HOLLAND, D.C. Pre-dialysis clinic attendance improves quality of life among hemodialysis patients. **Journal BMC Nephrology**, Ottawa, v.3, n.2, p.01-08, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Data:...../...../.....

1) QUESTÃO PRINCIPAL:

Como o senhor(a) se sentiu no dia em que realizou a primeira hemodiálise?

2) OUTRAS QUESTÕES:

2.1 Como foi e de que forma se desenvolveu o preparo para o início da hemodiálise?

2.2 Quais os profissionais que lhe acompanharam/orientaram?

2.3 Qual a importância que o(a) senhor(a) percebeu nas orientações da enfermagem?

2.4 Quais mudanças aconteceram na sua vida após o início da hemodiálise?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Percepção de doentes renais crônicos em tratamento conservador e não conservador após sua primeira hemodiálise.

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário de um estudo que estamos realizando com doentes renais crônicos, que estão iniciando a hemodiálise. Esta pesquisa tem como objetivo conhecer a percepção da primeira hemodiálise entre doentes renais crônicos que realizaram tratamento conservador e os que não realizaram esse tipo de tratamento.

Se aceitar o convite, sua participação no estudo consistirá em uma entrevista, com duração média de 20 minutos, na unidade de hemodiálise. Esta entrevista terá como base uma questão sobre sua percepção da primeira hemodiálise, que poderá ser desenvolvida ao longo da conversa. A entrevista será gravada, com o seu consentimento e desgravada após 5 anos. Você terá total liberdade de interromper a entrevista a qualquer momento, por qualquer motivo. Todas as informações serão utilizadas unicamente para este estudo e são de caráter confidencial, respeitando a sua identidade, que será substituída por nomes fictícios. Sua participação no estudo é totalmente voluntária e isenta de qualquer custo financeiro, sendo que você poderá desistir de participar a qualquer momento, por qualquer razão, não havendo qualquer prejuízo na assistência recebida no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Embora não sejam conhecidos riscos pela participação nessa pesquisa, em caso de seu desconforto ao responder o questionário, existe a possibilidade de desistência em qualquer situação e momento. Você poderá não ter benefícios diretos ao participar do estudo, mas poderá auxiliar para o maior entendimento sobre o assunto e tratamento de outros pacientes.

Se você aceitar fazer parte do estudo, deverá assinar este termo de consentimento que está em duas vias, sendo uma para o pesquisador e outra para você.

Você poderá esclarecer qualquer dúvida entrando em contato, com a pesquisadora responsável por esse projeto, Dr^a Elisabeth Gomes da Rocha Thomé, através do telefone (51)33598597 ou com a acadêmica de enfermagem da UFRGS, Natália Justin Alves, telefone: (51) 33598606. Você poderá também contatar com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), através do telefone 33597640, de segunda à sexta das 8hs às 17hs, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227.

Eu,.....após a leitura (ou a escuta da

leitura) deste documento, concordo em participar dessa pesquisa, de forma voluntária, sem nenhum tipo de coerção, e estou ciente de que tive as informações de forma clara e detalhada de todos os procedimentos relacionados a esse estudo. Data:...../...../.....

_____ --

Nome e assinatura do participante:

Nome e assinatura da pesquisadora:

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM (COMPESQ)

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Natália Justin Alves

Dados Gerais:

Projeto N°:	26173	Título:	A PERCEPÇÃO DE DOENTES RENAIS CRÔNICOS EM TRATAMENTO CONSERVADOR E NÃO CONSERVADOR APÓS SUA PRIMEIRA HEMODIÁLISE	
Área de conhecimento:	Enfermagem Médico-Cirúrgica	Início:	05/01/2014	Previsão de conclusão: 05/07/2014
Situação:	Projeto em Andamento			
	Não possui projeto pai	Não possui subprojetos		
Origem:	Escola de Enfermagem	Projeto Isolado		
Local de Realização:	não informado	Projeto sem finalidade adicional		
		Projeto não envolve aspectos éticos		

Objetivo: Conhecer a percepção sobre a primeira sessão de hemodiálise dos doentes renais crônicos submetidos anteriormente a tratamento conservador e dos que não realizaram.

Palavras Chave:

HEMODIÁLISE
INSUFICIÊNCIA RENAL
ENFERMAGEM

Equipe UFRGS:

Nome: ELISABETH GOMES DA ROCHA THOME
Coordenador - Início: 05/01/2014 Previsão de término: 05/07/2014
Nome: NATALIA JUSTIN ALVES
Pesquisador - Início: 05/01/2014 Previsão de término: 05/07/2014

Avaliações:**Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 18/12/2013****Anexos:****Data de Envio: 09/12/2013**Projeto Completo

Relatório de Andamento

Data de Envio: 23/05/2014**Período: 05/01/2014 a 23/05/2014**

ANEXO B - TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (GPPG/HCPA)



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 140135

Data da Versão do Projeto:

Pesquisadores:

ELISABETH GOMES DA ROCHA THOME

NATÁLIA

Título: A PERCEPÇÃO DE DOENTES RENAIIS CRÔNICOS SOBRE A SUA PRIMEIRA HEMODIÁLISE

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.

- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 22 de abril de 2014.

Prof. Eduardo Wendolfi Passos
Coordenador GPPG/HCPA