



**Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro  
UNIRIO - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Mestrado**

**ENTRE O TRATAMENTO CONSERVADOR E A  
HEMODIÁLISE:  
Implicações para a prática de enfermagem em  
nefrologia**

*Mônica Martins Guimarães Guerra*

**RIO DE JANEIRO  
12/2009**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



**Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro  
UNIRIO - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Mestrado**

**ENTRE O TRATAMENTO CONSERVADOR E A  
HEMODIÁLISE:  
Implicações para a prática de enfermagem em  
nefrologia**

*Mônica Martins Guimarães Guerra*

**RIO DE JANEIRO  
12/2009**



**Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro  
UNIRIO - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Mestrado**

**ENTRE O TRATAMENTO CONSERVADOR E A  
HEMODIÁLISE:**

**Implicações para a prática de enfermagem em  
nefrologia**

**Linha de Pesquisa – O cotidiano da prática de cuidar e ser cuidado, de gerenciar,  
pesquisar e de ensinar.**

Dissertação de Mestrado apresentada  
ao Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem, Escola de Enfermagem  
Alfredo Pinto, Universidade Federal do  
Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO,  
como parte dos requisitos necessários à  
obtenção do Título de Mestre.

*Mônica Martins Guimarães Guerra*

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nébia Maria Almeida de Figueiredo

**RIO DE JANEIRO  
12/2009**

**ENTRE O TRATAMENTO CONSERVADOR E A  
HEMODIÁLISE:  
Significados e enfrentamentos dos clientes renais  
crônicos - Implicações para a prática de enfermagem  
em nefrologia**

*Mônica Martins Guimarães Guerra*

Dissertação de mestrado submetida ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem,  
da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de  
Janeiro, como parte dos requisitos necessários a obtenção do grau de mestre

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Nébia Maria Almeida de Figueiredo – Orientadora  
Presidente**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria José Coelho  
1<sup>ª</sup> Examinadora**

---

**Prof<sup>º</sup>. Dr<sup>º</sup>. Roberto Carlos Lyra da Silva  
2<sup>º</sup> Examinador**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>.Silvia Teresa Carvalho de Araújo  
Suplente**

---

**Prof<sup>º</sup>. Dr<sup>º</sup>. Carlos Roberto Lyra da Silva  
Suplente**

**RIO DE JANEIRO  
12/2009**

## Ficha Catalográfica

G934 Guerra, Mônica Martins Guimarães.  
Entre o tratamento conservador e a hemodiálise : implicações para a prática de enfermagem em nefrologia / Mônica Martins Guimarães Guerra, 2009.  
109f.

Orientador: Nébia Maria Almeida de Figueiredo.  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

1. Enfermagem em nefrologia. 2. Rins – Doenças. 3. Hemodiálise. 4. Terapia renal substitutiva. 5. Cuidados em enfermagem – Planejamento. I. Figueiredo, Nébia Maria Almeida de. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2003-). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CCD – 616.610231

## Dedicatória

Ao meu marido Silvio e aos meus adorados filhos Nicolas e Kevin, pelo apoio, sempre traduzido na compreensão de minhas constantes ausências, para o alcance de um grande objetivo, sendo uma família primorosa e carinhosa em todos os momentos e meus grandes motivadores, razão maior do meu viver.

## O Caminho da Vida

O caminho da vida pode ser o da liberdade e da beleza, porém nos extraviamos.

A cobiça envenou a alma dos homens... Levantou no mundo as muralhas dos ódios... E tem-nos feito marchar a passo de ganso para a miséria e morticínios.

Criamos a época da velocidade, mas nos sentimos enclausurados dentro dela. A máquina, que produz abundância, tem-nos deixado em penúria.

Nossos conhecimentos fizeram-nos céticos; nossa inteligência, empedernidos e cruéis. Pensamos em demasia e sentimos bem pouco.

Mais do que de máquinas, precisamos de humanidade. Mais do que de inteligência, precisamos de afeição e doçura. Sem essas virtudes, a vida será de violência e tudo será perdido.

(O Último discurso, do filme O Grande Ditador)

**Charles Chaplin**

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu marido Sílvio, pelo carinho, dedicação e por estar presente em todos os momentos de minha vida. Amo você.

Aos meus filhos, Nicolas e Kevin pela ajuda nas traduções de espanhol e compreensão quando ausente nas infinitas digitações até tarde. Vocês são a razão da minha vida.

Aos meus Pais, Hélio (em memória) o qual tenho como exemplo em todos os meus passos e Neide pela dedicação em minha educação. A vocês o meu eterno muito obrigado.

À minha orientadora Dra Nébia Maria Almeida de Figueiredo, com quem tive a oportunidade e o privilégio de compartilhar sua experiência, sabedoria e humildade, sendo de grande peso em minha vida profissional. Muito obrigado pelos ensinamentos e amizade.

Aos professores da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro Wellington, Flávia, Teresa, Enirtes e Luiz. Vocês são exemplos de profissionais, educadores e amigos.

Aos componentes da banca, Dr<sup>a</sup>. Maria José, Dr<sup>a</sup>. Silvia Teresa, Dr. Roberto Carlos e Dr. Carlos Roberto, obrigada pelo carinho e por creditarem seus conhecimentos para conclusão deste trabalho.

A amiga Selma Vaz pela incansável ajuda e incentivo. Você é uma amiga especial.

À Fundação Educacional Serra dos Órgãos, em especial à Coordenadora de Enfermagem Dr<sup>a</sup>. Kátia Felipe. Obrigada pelo apoio

Aos Diretores do Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano, Sr. Nestor Vidal e Sra. Adriana Coutinho pelo apoio e compreensão. Obrigada pela oportunidade.

A enfermeira Luciana pela disponibilidade e amizade. Uma grande parceira.

Aos clientes que se propuseram a participar deste estudo. Vocês foram fundamentais.

## **À minha família**

“O poder do amor possui força maravilhosa, porquanto é divino. O lar deve ser o centro do amor mais puro e da mais elevada afeição. Paz, harmonia, afeição e felicidade devem ser perseverantemente acariciadas a cada dia, até que essas preciosas virtudes habitem no coração dos que compõe a família.”

## SUMÁRIO

RESUMO .....	13
ABSTRACT .....	15
1. INTRODUÇÃO .....	17
Quadro I - Seções de Hemodiálise – Regional – Rio de Janeiro .....	17
Quadro – II - Seções de Hemodiálise – Teresópolis - Rio de Janeiro .....	18
1.1. Delimitação do problema.....	20
1.2. Objeto de Pesquisa .....	21
1.3. Questões Norteadoras .....	21
1.4. Objetivos .....	22
1.4.1. Geral.....	22
1.4.2. Especifico.....	22
2. JUSTIFICATIVA .....	22
2.1. A Primeira Justificativa.....	22
2.2. A Segunda Justificativa .....	25
2.3. A Terceira Justificativa .....	25
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	26
3.1. Quadro III – Classificação dos Estágios da DRC Segundo K - DOQI.....	35
3.1 Terapias Renais Substitutivas .....	38
3.1.1 Diálise Peritoneal.....	38
3.1.2 Hemodiálise.....	45
3.1.3 Transplante Renal.....	47
4. O CAMINHO METODOLÓGICO DA INVESTIGAÇÃO.....	48
4.1. O Cenário.....	49
4.2. Os Sujeitos do Estudo .....	49
4.3. Quadro IV – Dados demográficos dos entrevistados do estudo, com relação ao sexo, idade, raça, estado civil, atividade laboral, religião, doença de base, renda (salário mínimo) e se reside só ou com outras pessoas. Teresópolis, Julho/2009.....	50
Gráfico 01- Sexo dos entrevistados .....	50
Gráfico 02- Faixa Etária .....	51
Gráfico 03- Raça.....	51
Gráfico 04- Estado Civil .....	52
Gráfico 05- Atividade laboral.....	52
Gráfico 06 - Religião .....	53

Gráfico 07- Causa do Adoecimento .....	53
Gráfico 08- Renda familiar.....	54
Gráfico 09 - Residem.....	54
4.4. Procedimentos de Produção de Dados .....	55
4.5. Aspectos Éticos da Investigação.....	56
4.6. Análise do Material Produzido nas Entrevistas .....	56
4.7. Os resultados – O Trabalho de Organização.....	57
4.8. A Pré - Análise .....	58
Quadro V - Demonstrativo .....	58
4.8.5. Quadro V I – Unidade de Registro Extraída da Análise das Respostas dos Sujeitos da Pesquisa e Suas Opiniões , Classificados na Categoria, Teresópolis– RJ, 2009.....	59
Quadro VII - Questão I - Como vivia antes de saber que precisava ficar no Tratamento Conservador ou na Terapia Renal Substitutiva? .....	60
4.8.1. Quadro VIII - Questão 1- Caracterização do VIVER antes do Tratamento dialítico - HEMODIÁLISE.....	61
4.8.2. Quadro IX – Unidade de Registro Extraída da Analise das Respostas dos Sujeitos da Pesquisa e Ocorrências, Classificados na Questão 2, Teresópolis – RJ 2009 Após o Início do Tratamento de HD.....	62
4.8.3. Quadro X – Unidade de Registro da Análise das Respostas dos Sujeitos da Pesquisa e Frequência, Teresópolis, 2009 – Após Comparação dos Tratamentos (TC E HD).....	65
4.8.4. Quadro XI – Unidade de Registro Extraída da Analise das Respostas dos Sujeitos da Pesquisa e Incidências, Classificados na Categoria Teresópolis – RJ, 2009 Conseqüências da Hemodiálise .....	67
5. A EXPLORAÇÃO DO MATERIAL.....	68
6. TRATAMENTO DOS RESULTADOS OBITIDOS E NTERPRETADOS .....	68
6.1. A Codificação.....	69
6.2. A Categorização.....	69
7. ANALISE DA DISCUSSÃO.....	70
7.1. Categoria 1 .....	71
7.2. Categoria 2.....	75
8. QUADRO XII – VIVER NA ESPERANÇA DO FUTURO. ....	81
Considerações Finais .....	82
9- REFERÊNCIAS .....	85
APÊNDICE I – Roteiro de entrevista.....	88

<b>APÊNDICE II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>89</b>
<b>ANEXO I – COMPROVANTE DE ENVIO DE ARTIGO .....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXO II- ARTIGO ENVIADO A REVISTA REUOL.....</b>	<b>92</b>

## RESUMO

GUERRA, Mônica Martins Guimarães. **ENTRE O TRATAMENTO CONSERVADOR E A HEMODIÁLISE: Significados e enfrentamentos dos clientes renais crônicos - Implicações para a prática de enfermagem em nefrologia.** Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Nébia Maria Almeida de Figueiredo UNIRIO/EEAP, 2009. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, 2009.

O Objeto da tese define-se com o significado do tratamento conservador e da hemodiálise para os clientes renais crônicos. Os objetivos foram: 1º Descrever o significado do tratamento conservador e da hemodiálise para o cliente renal crônico, 2º Identificar os critérios utilizados pela equipe junto ao cliente para mantê-lo no tratamento conservador, 3º Analisar as implicações desse tratamento conservador na qualidade de vida dos clientes renais crônicos, 4º Determinar quais são os fatores decorrentes do tratamento conservador ou da hemodiálise, que possam ser impeditivos ou facilitadores no desejo da manutenção da vida a partir das informações dos clientes. O método utilizado nesta pesquisa foi à abordagem qualitativa e descritiva, A produção dos dados foi realizada mediante um roteiro de entrevista, semi-estruturada, com aplicação de um questionário com perguntas abertas. O cenário de desenvolvimento da pesquisa foi o Setor de Nefrologia do Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano (HCTCO), pertencente à Fundação Educacional Serra dos Órgãos (FESO) da rede privada do Município de Teresópolis – RJ. O referencial teórico utilizado foi sobre o corpo: A necessidade e o desejo de viver com o problema renal. Os dados foram analisados à luz da Análise de Conteúdo de Bardin, onde as predicções foram exaustivamente lidas e ordenadas nos quadros (4.8.5/6/7/8/9). No entanto, como os resultados a nossa disposição e que consideramos significativos, fizemos inferências e interpretações sobre o que era esperado e o que era inesperado. Considerando estas possibilidades, é imprescindível registrar que em algumas unidades de significação apresentadas pelos clientes renais identificamos conflitos entre as orientações dadas no tratamento conservador relacionadas à individualidade de cada um. Assim, é proporcionada a narrativa dos participantes uma imposição ao “cuidado”, pela equipe interdisciplinar, em contradição com o desejo de viver, apresentando no cotidiano de cuidar em saúde, regras pré estabelecidas do modelo biomédico. Neste momento empregamos o processo por “caixa” quando decidimos

definir repartir os elementos que foram encontrados como mensagens dos clientes com nefropatias e responderam sobre viver antes e depois de iniciar o tratamento em hemodiálise. Dando origem a CATEGORIAS: **VIVER A VIDA ANTES DO TRATAMENTO**, com **O CORPO** que desagrada e os sinais e os sintomas da **DOENÇA**; a realidade da doença renal crônica, **VIVER A VIDA DEPOIS/DURANTE O** tratamento de hemodiálise; o desaparecimento de sinais e sintomas da **DOENÇA** e as Implicações para o **CORPO** com a doença: impressões e enfrentamentos. Concluímos que é possível, que os enfermeiros de nefrologia, no âmbito dos planos que envolvem o cuidado de enfermagem, possam dar informação e conhecimento aos clientes que procuram o ambulatório, sabendo-se que estes podem ter escolha do tratamento a que possam ser submetidos, não abdicando de seus desejos em vida e conforto, embora não escolham estarem nessa condição de doentes renais crônicos.

## **ABSTRACT**

Guerra, Mônica Martins Guimarães. **BETWEEN THE CONSERVATIVE HANDLING AND THE DIALYSIS: Meanings and clashes of the chronic kidney clients - Implications for the practical one of nursing in nephrology** Adviser: Pro. Dra. Nébia Maria Almeida of Figueiredo UNIRIO/EEAP, 2009. Theory (Master in Nursing) – Federal University of the State of the Rio de Janeiro. School of Nursing Alfredo I Paint, 2009.

The Object of the definite theory itself with the meaning of the conservative handling and of the dialysis for the kidney clients chronic. The objectives were: 1º It Describe the meaning of the conservative handling and of the dialysis for the chronic kidney client, 2º Identify the criteria utilized by the team next to the client for maintain him in the conservative handling, 3º Analyze the implications of that conservative handling in the quality of life of the chronic kidney clients, 4º It determine which they are the resulting factors of the conservative handling or of the dialysis, that can be deterrent or facilitators in the desire of the maintenance of the life from the information of the clients. The approach utilized in this researches was to the descriptive and qualitative approach, THE output of the facts was carried out by means of a script of interview, is structured, with application of a questionnaire with open questions. The setting of development of the research was the Sector of Nephrology of the Hospital of the Clinics of Teresópolis Costantino Ottaviano (HCTCO), belonging to the Educational Foundation Saws of the Organs (FESO) of the private net of the Town of Teresópolis – Rio de Janeiro. The theoretical yardstick utilized was about the body: The need and the desire of live with the kidney problem. The facts were analyzed to the light of the Analysis of Content of Bardin, where the predications were exhaustively deals and salaries in the charts (4.8.5/6/7/8/9). However, as the results to our arrangement and that we consider significant, we did inferences and interpretations about what were expected and what was unexpected. Considering these possibilities, is indispensable record that in some units of significance presented by the kidney clients we identify conflicts between the given orientation in the conservative handling related to the individuality of each a. Like this, it is proportionate to narrative of the participants an imposition to the "care", by the interdisciplinary team, in contradiction with the desire of live, presenting in the routine one of take care in health, rules pre established of the model biomedical. In this moment we employ the trial by "box" when we decide defined divide the elements that were found like messages of the clients with nephropathies and answered about live before and after initiate the handling in dialysis.

Giving rise to CATEGORIES: It LIVE THE LIFE BEFORE OF THE HANDLING, with THE BODY that displeases and the signs and the symptoms of the ILLNESS; the reality of the chronic kidney illness, LIVE THE LIFE AFTERWARDS/DURING THE handling of dialysis; the disappearance of signs and symptoms of the ILLNESS and the Implications for the BODY with the illness: impressions and clashes. We conclude that is possible, that the nurses of nephrology, in the scope of flat that involve the care of nursing, they can give information and knowledge to the clients that find the outpatient clinic, knowing itself that these can have choice of the handling to that can be submitted, not abdicating of their desires in life and comfort, although not choosing will be in that condition of chronic kidney patients.

## 1. INTRODUÇÃO

Em Teresópolis no setor de nefrologia são atendidos por mês uma média 90 (Noventa) clientes mensais, na Terapia Renal Substitutiva (TRS)- Hemodiálise e Diálise Peritoneal e independentemente desse número existe ainda uma demanda de clientes com doenças crônicas, tais como diabetes melittus, hipertensão arterial e doenças renais agudas que podem vir a desenvolver o distúrbio renal crônico.

De acordo com Departamento de Informática do SUS- DATASUS, órgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, mostramos as ultimas estatísticas, comparando os serviços de hemodiálise de Teresópolis com os demais serviços do Estado do Rio de Janeiro:

### **Quadro I - Seções de Hemodiálise – Regional – Rio de Janeiro**

<b>Quantidade Apresentada por Regional de Saúde</b>	
Regional de Saúde	Regional de Saúde: Baixada Litorânea, Baía da Ilha Grande, Centro-Sul, Metropolitana I, Metropolitana II, Médio Paraíba, Noroeste, Norte, Serrana, Ignorado – RJ
Procedimentos até 10/99	10/99: 660-HEMODIALISE (SESSAO)
Período	Jul/1994-Dez/2007
Regional de Saúde	Quantidade Apresentada
Baixada Litorânea	35084
Médio Paraíba	91543
Metropolitana I	2332513
Metropolitana II	580507
Noroeste	91790
Norte	141094
Serrana	150327
<b>Total</b>	<b>3490009</b>

**Quadro – II - Seções de Hemodiálise – Teresópolis - Rio de Janeiro**

<b>Quantidade Apresentada por Município</b>	
Município	Teresópolis
Procedimentos até 10/99	660-HEMODIALISE (SESSAO)
Período	Jul/1994-Dez/2007
Qtd.Apresentada	39929
<b>Total</b>	<b>39929</b>

O cliente que desenvolve a doença renal tem a função fisiológica dos rins que se compromete progressivamente, o que determina condutas de educação em saúde que visem retardar a disfunção definitiva.

É nesse setor que recebo clientes renais crônicos provenientes do ambulatório de nefrologia em tratamento conservador para iniciar tratamento dialítico, o que significa que a doença evoluiu para um quadro de irreversibilidade. Diante das dificuldades sentidas por estes clientes tenho observado reações da seguinte maneira: fuga do tratamento e agressões físicas e verbais quando resistem ao tratamento na máquina, o que na maioria das vezes os prejudicam na adaptação ao tratamento. É o momento em que ele mais precisa de ajuda, contemplando a presença da família e/ou amigos próximo, pois sua adaptação a nova situação inclui mudanças, tais como: maior controle sobre sua vida, seu corpo e de se ligar “para sempre ou temporariamente” a uma máquina e a um esquema ou a uma regra de viver que eles demoram a se adaptar.

Ambulatório de tratamento conservador da Insuficiência Renal Crônica é o serviço que trata da preservação da função renal residual retardando a necessidade de diálise. Este ambulatório é referenciado nas consultas dos Postos de Saúde da Família (PSFs). Este ambulatório é composto por equipe multidisciplinar, com psicóloga, nutricionista, enfermeiros, médicos e assistente social. As metas desse serviço são: educação, atenção e tratamento do cliente com Doença Renal Crônica (DRC), capacitando-o para tornar-se agente ativo no tratamento da sua doença, diminuindo e tratando as comorbidades prováveis e fazendo com que tenha adesão ao tratamento inclusive planejar o início menos traumático da TRS.

Lidar com a mudança é um processo no qual o indivíduo tenta recuperar a sensação de bem estar e de segurança que tinha antes da cronicidade da doença. O enfermeiro deve ajudá-lo articulando-se com e seus familiares em sua adaptação a essas mudanças sendo elas temporárias ou permanentes. (ATKINSON; MURRAY, 1989).

A participação nesse processo nos faz pensar na necessidade de criar maneiras de conviver com o cliente renal, a fim de minimizar seus dramas e ajudá-los a seguir no tratamento.

Diariamente tenho convivido com esses doentes, que já estão em diálise, e oportunamente tenho tentado ajudá-los a aceitar e permanecer na TRS.

Saber também, o que lhes é dito sobre a doença, o que ele pensa a cerca dela e quais conseqüências ela provoca em sua vida, na sua família, no ensino (se for estudante), no trabalho e nas relações com os outros principalmente com os mais próximos (esposas e parceiros sexuais se não for casado (a)).

Tudo que é feito no tratamento conservador (TC) gira numa ação de manter o rim funcionando, como um modo de manter a vida onde seu corpo se destaca como sujeito por inteiro, e não um rim sujeito.

Provavelmente a notícia de uma doença renal e, por conseguinte, a inclusão em um programa de TC ou TRS, poderá ter um impacto muito grande ou não. Isso vai depender se o cliente conhece a doença ou não, ou se tem a informação e a consciência do que ela pode provocar na sua vida.

A informação pode ser propriedade interior de uma pessoa ou ser recebida por ela, numa esfera mental, podendo originar-se eventualmente em uma percepção interior, como sentir dor e também pode ou não ser recebida por meio de sua representação simbólica como dados, isto é, sob forma de texto, figuras, som gravado, animação, etc. Ao ler um texto, uma pessoa pode absorvê-lo como informação, desde que o compreenda. Pode-se associar a recepção de informação por meio de dados à recepção de uma mensagem. Porém, informação pode também ser recebida sem que seja representada por meio de dados e mensagens. Por exemplo, em um dia frio, estando-se em um ambiente aquecido, pondo-se o braço para fora da janela obtém-se uma informação – se está fazendo muito ou pouco frio lá fora. Observe-se que essa informação não é representada exteriormente por símbolos, e não pode ser denominada de mensagem. Por outro lado, pode-se ter uma mensagem que não é expressa por dados, como por exemplo, um bom grito por meio de um ruído vocal: ele pode conter muita informação, para quem o recebe, mas não contém nenhum dado. Note-se que, ao exemplificar dados, foi usado "som gravado". Isso se deve ao fato de os sons da natureza conter muito mais do que se

pode gravar: ao ouvi-los existe todo um contexto que desaparece na gravação. O ruído das ondas do mar, por exemplo, vem acompanhado da visão do mar, de seu cheiro, da umidade do ar, da luminosidade, do vento, etc.

O conhecimento é caracterizado como uma abstração interior, pessoal, de algo que foi experimentado, vivenciado, por alguém. Nesse sentido, o conhecimento não pode ser descrito; o que se descreve é a informação. Também não depende apenas de uma interpretação pessoal, como a informação, pois requer uma vivência do objeto do conhecimento. Assim, o conhecimento está no âmbito puramente subjetivo do homem ou do animal. Parte da diferença entre estes reside no fato de um ser humano poder estar consciente de seu próprio conhecimento, sendo capaz de descrevê-lo parcial e conceitualmente em termos de informação, por exemplo, através da frase "eu visitei Paris, logo eu a conheço" (supondo que o leitor ou o ouvinte compreendam essa frase).

A informação pode ser inserida em um computador por meio de uma representação em forma de dados (se bem que, estando na máquina, deixa de ser informação). Como o conhecimento é sujeito a representações, não pode ser inserido em um computador. Assim, neste sentido, é absolutamente equivocado falar-se de uma "base de conhecimento" em um computador. O que se tem é, de fato, é uma tradicional "base (ou banco) de dados".

Um nenê de alguns meses tem muito conhecimento (por exemplo, reconhece a mãe, sabe que chorando ganha comida, etc.). Mas não se pode dizer que ele tem informações, pois não associa conceitos. Do mesmo modo, nesta conceituação não se pode dizer que um cliente renal tem informação do tratamento, mas certamente tem muito conhecimento da doença.

Nesse sentido, do conhecimento e da informação, é que precisamos considerar em nossos atos de cuidar, as diversas necessidades de um cliente com doença renal com indicação de TC ou TRS, e assim, refletirmos e fazer emergir questões pertinentes a investigação científica.

### **1.1. Delimitação do problema**

O que de fato o cliente sabe sobre sua doença e o que é para ele TC ou HD?

Após meu ingresso no Programa de Mestrado da EEAP/UNIRIO, algumas indagações merecem destaque para melhor compreensão do problema: Como o cliente renal é orientado sobre as diferentes opções de tratamentos disponíveis? O que determina ou não, o interesse do cliente em optar por um deles? Também penso nas limitações que as propostas ou opções de tratamento provocam nele, e o que pode mexer significativamente em sua qualidade de vida. Isso me faz indagar quais são nossos objetivos quando cuidamos desses clientes, e quais são

os objetivos do próprio cliente quando optam por um tipo de tratamento ou outro? Contudo é salutar para esta propositura de investigação, sem prejuízo das demais indagações, justificar se as enfermeiras têm como objetivo, na oportunidade de seus cuidados, conservarem o rim ou o desejo de viver, quando o que está em jogo é o cliente com doença renal

Repensando tantas questões durante a definição do objeto de investigação a ser desenvolvido no Programa de Pós Graduação em Enfermagem, identificamos que elas são decorrentes de problemas de origem teórica - prática atravessados por contextos sociais, pessoais, políticos, e econômicos de clientes que são atendidos e/ou profissionais que trabalham no ambulatório e co-participantes no programa para possível tratamento conservador antes de entrarem em tratamento de hemodiálise que acontece em outro espaço do hospital.

Diante dos dois cenários: Tratamento Conservador (TC) e Terapia Renal Substitutiva (TRS), ou prestar assistência aqueles que estão em hemodiálise (HD), deveríamos saber o que programar para o cuidado do cliente renal crônico, diante do que ele deveria saber sobre a doença, sobre o TC e sobre HD.

Ao nos colocarmos dessa forma estamos nos redirecionando para outro olhar sobre o cliente renal e nos posicionando no outro recorte epistemológico que é a substituição da preocupação e atenção ao “RIM” para, manter o desejo do cliente pela vida.

## **1.2. Objeto de Pesquisa**

A escolha do OBJETO define-se com o significado do tratamento conservador e da hemodiálise para os clientes renais crônicos.

## **1.3. Questões Norteadoras**

As constatações citadas anteriormente nos orientam definir como questões norteadoras desse estudo:

O que é para os clientes renais o tratamento conservador?

No tratamento conservador o cliente ao optar por esse processo assim o fez para preservar o seu rim ou o seu desejo de viver?

O que é para o cliente renal ter a doença e o que ele deseja como um modo de viver melhor que possa ser considerado quando esta no TC ou HD?

Que obstáculos são considerados pelo cliente em TC, como capazes de prejudicar a manutenção da sua qualidade de vida?

Para responder as questões definimos como objetivos.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. Geral**

- Descrever o significado do tratamento conservador e da hemodiálise para o cliente renal crônico

### **1.4.2. Específico**

- Identificar os critérios utilizados pela equipe junto ao cliente para mantê-lo no tratamento conservador
- Analisar as implicações desse tratamento conservador na qualidade de vida dos clientes renais crônicos.
- Determinar quais são os fatores decorrentes do tratamento conservador ou da HD, que possam ser impeditivos ou facilitadores no desejo da manutenção da vida a partir das informações dos clientes.

O pressuposto definido é que:

- O TC ao impor limitações diversas na vida, e no modo de viver dos clientes assumindo o controle de seu corpo com relação a suas necessidades humanas básicas de hidratar-se e alimentar-se, parece não ser para ele a melhor opção.

## **2. JUSTIFICATIVA**

### **2.1. A Primeira Justificativa**

É preciso conhecer e se posicionar acerca da orientação expressa sobre cuidados na educação desses clientes estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia (SOBEN), buscando parcerias com programas de saúde pública para, sem que sejam considerados necessidades e desejos dos clientes como definidas a seguir:

- Divulgar a Nefrologia;
- Promover palestras para escolas, empresas e locais estratégicos como feiras de saúde, shopping centers, rodoviárias e aeroportos;
- Desenvolver folhetos informativos de fácil compreensão.

O enfermeiro especialista deve trabalhar com os Programas de Saúde da Família (PSF) a fim de orientá-los sobre:

- Sinais e sintomas da doença renal;

- Cálculo da TFG (clearance de creatinina, com base a creatinina sérica, estimado pela fórmula de (Cockcroft-Gault);
- Encaminhamento a um serviço especializado (criação de Referência) quando TFG < 60 ml/min ou proteinúria positiva.
- O enfermeiro tem atribuições bem definidas frente à equipe multiprofissional, uma vez que é capacitado para exercer papel educativo, coordenar o encaminhamento a outros especialistas.

No Programa Preventivo da DRC (tratamento conservador) o enfermeiro deve:

- Cadastrar o cliente no programa;
- Orientar o cliente quanto à técnica adequada de coleta urinária de 24 horas para determinação do clearance de creatinina.
- Educar o cliente sobre a sua doença e torná-lo responsável pelo seu tratamento.
- Limitar exposições a fatores de risco, preservando a função renal residual.
- Explanar para o cliente as várias funções dos rins e o que pode ocasionar sua falência;
- Informar o cliente/familiares sobre as possíveis manifestações clínicas;
- Educar o cliente para manter pressão arterial ideais com intervenção da nutricionista da equipe.
- Orientar o cliente quanto ao uso de medicamentos prescritos, respeitando horários e doses;
- Controlar rigorosamente a glicemia;
- Controlar rigorosamente a pressão arterial;
- Controlar rigorosamente o peso;
- Evitar abuso de analgésicos e uso medicamentos não prescritos;
- Registrar no prontuário do cliente todas as ações/ intervenções de enfermagem realizadas;
- Definir para o cliente/familiares o que é uremia e como reconhecer as principais manifestações urêmicas:
  - Edema (retenção de sódio)
  - Manifestações musculares (retenção de potássio);
  - Prurido (retenção de cálcio e fósforo);
  - Náuseas, serosite, distúrbios de coagulação sanguínea (retenção de compostos múltiplos ou não identificados).

- Encorajar o cliente na adesão da terapia medicamentosa e nutricional, prevenindo, dessa forma, complicações urêmicas, tais como osteodistrofia, anemia, desnutrição, deslipidemia e acidose metabólica. A nutricionista realiza prescrição individual e orientações específicas da dieta, considerando aspectos socioeconômicos, culturais e ambientais;
- Registrar no prontuário do cliente todas as ações/intervenções de enfermagem realizadas.
- Preparar o cliente para TRS.
- Apresentar ao cliente/familiares todas as opções de métodos dialíticos: Hemodiálise (HD), Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD), Diálise Peritoneal Automatizada (DPA) e Transplante Renal para que seja eleita a modalidade que melhor se adapte ao estilo de vida do cliente respeitando a indicação clinica quando existir;
- Encorajar o cliente a comparecer às consultas com o psicólogo da equipe para avaliação e tratamento de aspectos emocionais que interfiram na sua qualidade de vida, seu nível de estresse e adesão ao tratamento global;
- Agendar entrevista inicial com a assistente social da equipe a fim de identificar e caracterizar as condições socioeconômicas e familiares do cliente bem como situação previdenciária;
- Acompanhar rigorosamente a TFG através do clearance de creatinina (CICr) de 24 horas, a fim de proporcionar ao cliente o início planejado e menos traumático da TRS;
- Educar o cliente para reconhecer sinais de desnutrição, sobrecarga de volume e outros sintomas urêmicos que não são mais possíveis de serem controlados com o tratamento conservador;
- Orientar o cliente a procurar sua equipe multiprofissional quando observar alguma alteração de seu estado geral, a fim de ser avaliado e encaminhado para início oportuno da TRS, evitando, assim, a urgência dialítica.
- Início programado da TRS.
- Favorecer a reabilitação do cliente em seu âmbito social.

Em nenhum momento há uma orientação que destaque o desejo do cliente em manter a vida. Esses cronogramas estão aqui destacados para mostrar que as metas ligam-se mais a doença do que ao sujeito e do querer como tempo de tratamento.

Em todos os tipos de TRS, devem-se realizar exames de rotina de acordo com a Portaria em vigência do Ministério da Saúde.

## **2.2. A Segunda Justificativa**

Após a busca do estado da arte na enfermagem, acerca do tema problema existe uma carência total da preocupação de se manter o desejo de viver do cliente e não apenas de manter o Rim em contra partido a uma produção significativa de cuidados, ligado a doença, as tecnologias, as máquinas de enfermeiras especialistas nesta área e não especialistas no sujeito que cuida.

As possibilidades de pensar que o doente renal pode ser trabalhado também a partir do desejo que tem de viver é um desafio e pode ser materializado em ações que ampliem os cuidados a partir dele.

## **2.3. A Terceira Justificativa**

Está na necessidade de entender e pensar na vida a partir dele e acreditar que é possível que mesmo tendo necessidades específicas relacionadas a doença ,a enfermagem como profissão da vida não pode abrir mão de sua função de condição clínica e não perder de vista as inúmeras necessidades humanas afetadas, desejos presentes no corpo renal norteadores de atos de cuidar.

Acreditamos que pode nesse estudo iniciar reflexões sobre os cuidados que ele cliente necessite para a manutenção do desejo de viver no TC ou na HD se estivermos atentos constantemente como ele é e como ele esta, dando atenção e ações objetivas e subjetivas pertinentes ao ato de cuidar.

O que queremos dizer é que a crença de que este estudo se justifique a partir de um recorte não comum que é manter a vida e, não simplesmente o rim, exige de nós olharmos e agir não só para suas necessidades básicas afetadas de natureza biológica, aquelas que provocam alterações homeostáticas e de equilíbrio bioquímico que necessitam de intervenções médico-terapêuticas, mas de outras necessidades que ultrapassam a natureza biológica e envolva a social, a econômica, a política e principalmente a espiritual, a do desejo e a da crença.

Justifica-se ainda, porque pretendemos encontrar ações de cuidar que se destaque por se utilizar novos elementos de cuidado- ajuda para os clientes renais, que necessitam de ajuda para despertar o desejo de viver. Finalmente, optar pela vida e não apenas pelo rim exige a busca de formas de cuidados que considerem o sujeito em todo o seu potencial físico e emocional capazes de suportar e aprender a aceitar o diagnóstico.

Acredito que estarei contribuindo com os serviços onde esses clientes se encontram e estimule a reflexão para a prática, de enfermeiras especialistas ou não e que possamos também contribuir com o ensino e a pesquisa quando pretendemos que os enfermeiros despertem para a pesquisa e produção de conhecimento a partir do que fazem.

### **3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Fundamento teórico sobre o corpo: A necessidade e o desejo de viver com o problema renal.

Temos plena certeza de que ao falar de clientes renais, em TC ou HD, necessitamos ampliar o conhecimento sobre o corpo com desvio saúde-doença renal, como aquele que nos interessa que tem necessidades e desejos que precisamos ajudá-los a entender.

Na prática, na maioria das vezes, nossos atos de cuidar voltam-se para a doença onde o rim passa a ser nosso objeto principal de atenção. Por isso não nos furtamos de falar sobre o rim porque entendemos que precisamos saber sobre seu funcionamento e do mal que provoca na pessoa com problemas sem deixar de dizer que para a enfermagem é o sujeito por inteiro que nos interessa sempre a partir da hipótese de que os outros órgãos saudáveis e toda subjetividade do corpo podem contribuir para que ele viva o melhor possível.

Temos pensado e escrito sobre a importância de cuidar a partir de um entendimento mais amplo sobre o corpo mesmo sabendo que ainda somos marcados por um ensino que privilegia a doença e as partes do corpo.

Segundo Espinosa, Morin. Et. Al. (2000, p. 117):

“Agir, viver, conservar o ser, essas três palavras significam a mesma coisa.”

Se não soubermos sobre a anatomia, estruturas e músculos esqueléticos, bioquímica, fisiologia, farmacologia, etc. não nos sustentamos como profissionais da saúde.

Temos nos fortalecido no entendimento da ideia de um corpo duplo seccionado por sistemas e doenças e não por um corpo inteiro racional/sensível, dotado de componentes emocionais, esperanças, desejos, fé, subjetividade, história e de espiritualidade.

Segundo Mendes e Nóbrega 2004, “Desde que nascemos o nosso corpo traz a história que nos concebe como indivíduo de espécie humana. Espécie universal perpetuado graças a interação entre indivíduos de grupos diferentes...”

É importante lembrar o que nos diz Wunenburger sobre a marca da humanidade que começa com as marcações do corpo que desvirtua a pele de sua natureza bruta. Diz que a humanização começa sem dúvida pela inscrição dos signos no corpo. Por mais rudimentares

que sejam os homens, ele personalizam seus corpos por meio de uma “artialização que “não é artificialismos”. O comprimento dos pelos das escarificações, as tatuagens e as pinturas são algumas técnicas mínimas que sejam para fazer com que o corpo biológico passe a integrar um universo humano, de um sentido de crenças ou simplesmente de uma aparência mediada, santificada, codificada.

É nesse registro que o “corpo renal” como temos chamado para esta situação-objeto de investigação, se ampliam para reter nele crenças religiosas, idéias, idéias estéticas, esperanças, desejos, porque previamente sua superfície (pele) não é somente o limite do corpo efetivo, é uma superfície exposta que opera como um texto, uma folha de papel um pergaminho onde a vida se inscreve nele como registrar o que ele é e o que ele quer.

Pele como limite interior e exterior do corpo, superfície aberta para fora exposta do conjunto de símbolos sociais e cósmicos.

É diferente pensar que um corpo renal não é só o rim e suas funções mas assumir um corpo inteiro, holístico, total, único e particular na sua situação de estar com desvio de saúde, mas que pode fazer dessa experiência o desejo de viver e não de morrer quando abandona o tratamento ou resiste as orientações.

É imprescindível saber que cada um em particular na sua diferença de SER e não na igualdade de ser um doente renal, de só pensar no rim, saber o que ele quer o que deseja que necessidades tem e esperar o tempo de cada um de conviver com a notícia, enquanto ele se acostuma, a enfermagem vai arquitetando cuidados isentos de riscos físicos e emocionais de como protegê-las não só de exposições corporais mas de riscos nas relações interpessoais, participar com elas das experiências vividas antes, durante e depois da notícia.

Para Gadelho e Lins o “homem se alegra se irrita, se apieda, sofre ou sente uma emoção qualquer, ele é habitado por pulsões que sente por dentro, mas que enquanto o homem é vivo, cheio de força e de energia, é atravessado por pulsões que o movem e comovem. Por isso seu corpo é plural.”

Esse corpo plural se manifesta diante da notícia de uma doença grave e uma das pulsões pode ser desistir, não querer ficar no TC ou HD. Torna-se um corpo frágil, cheio de dúvidas, com medo de sua impermanência, que não é considerado no diagnóstico e na intervenção.

O ponto norteado de nossas preocupações tem sido o sinal e o sintoma, sem lugar para o signo do corpo.

No clássico do AMOR Á VIDA de Fromm (1986) ele diz que as necessidades são fabricadas e tem sido um ponto de vista sustentado não só entre os leigos mas também os

cientistas – “que os seres humanos são máquinas funcionando de acordo com certos requisitos fisiológicos. Sentem fome e sede, tem que dormir, precisam de sexo, etc. As necessidades fisiológicas ou biológicas tem que ser satisfeitas. Se não o forem as pessoas tornam-se neuróticas ou, e se forem satisfeitas, tudo estará melhor.

O autor discorda dizendo que mesmo as necessidades estando satisfeitas a pessoa pode não estar feliz, não se sente em paz consigo mesma... (...)... Tudo isso é para apoiar a idéia de que temos e precisamos investir no sujeito.

Para Figueiredo e Cols (2008), cuidar do outro é tecer um projeto de saber começar exercitar, a partir de tudo que aprendemos e fazemos com ele, uma atenção mais acerrada quando estamos diante dele.

Para Simon (2001, 27/ 29) diz que em nível mais profundo, a busca da energia vital é uma jornada sagrada e mística uma peregrinação da alma que em última análise leva a um lugar além do tempo e do espaço. Para ele somos o entrelaçamento único do ambiente com os nossos sentidos do corpo, mente e espírito, e como ser humano, formamos uma rede de informações em um vasto oceano de energia e informações... (...)....

Provavelmente a busca de manter a energia do corpo seja um dos elementos do cuidado para manter nesses clientes o desejo de viver.

De acordo com Fatini e Dangelo (1998).

O rim é um órgão par, abdominal, localizado posteriormente ao peritônio parietal. Os rins estão localizados à direita e à esquerda da coluna vertebral, ocupando o direito uma posição inferior em relação ao esquerdo, em virtude da presença do fígado à direita. No humano, o órgão tem a forma de um grão de feijão. Os rins estão envolvidos por uma cápsula fibrosa, e quase sempre é abundante o tecido adiposo peritoneal, constituindo a cápsula adiposa. O rim apresenta as faces anterior e posterior, bordas medial e lateral e extremidades superior e inferior, que são denominadas pólos. Sobre o pólo superior se situa a glândula supra-renal. A borda medial do rim apresenta uma fissura vertical denominada hilo, por este passam o ureter, artéria e veia renais, linfáticos e nervos. Estes elementos constituem em conjunto, o pedículo renal. Dentro do rim o hilo se expande em uma cavidade central, o seio renal, este aloja a pelve renal, que não é mais que a extremidade dilatada do ureter.

Gayton (1993) aponta que os rins são responsáveis pela remoção dos produtos finais do metabolismo e controle das concentrações da maior parte das substâncias iônicas no líquido extracelular. O néfron é a unidade funcional do rim. Em cada rim do ser humano existem cerca de um milhão de néfrons. A teoria da função renal é a de filtrar grandes quantidades de

líquido do plasma, reabsorvendo aqueles constituintes que são necessários e não reabsorvendo os que não são necessários.

A epidemiologia da DRC indica que essa doença hoje se identifica como um importante problema de saúde pública. As taxas de incidência continuam a aumentar em todo o mundo.

De acordo com os autores Smeltzer e Bare (2006), a falência renal pode ocorrer a qualquer momento da vida e pode afetar qualquer pessoa. A doença progride normalmente de forma lenta, mas gradual, resultando em múltiplos sinais e sintomas decorrentes da incapacidade do rim de manter a homeostasia interna.

Smeltzer e Bare (2006) citam em seus estudos que a DRC pode ser causada por doenças sistêmicas, como o diabetes mellito (causa principal); hipertensão; glomerulonefrite crônica; pielonefrite; obstrução do trato urinário; lesões hereditárias, como acontece na doença do rim policístico; distúrbios vasculares; infecções; medicamentos; ou agentes tóxicos.

A existência no Brasil é cerca de 30 milhões de hipertensos e 8 milhões de diabéticos por si já constitui causa de grande preocupação de saúde pública, especialmente pela histórica ausência de ações concretas de prevenção, agravadas nos dias de hoje pela crise que passam hospitais e clínicas especializadas no tratamento desse cliente. São clientes de risco permanente, pois devem realizar no mínimo três sessões de hemodiálise por semana, com duração de 4 horas, ou sessões contínuas ou intermitentes de diálise peritoneal, de maneira a garantir a desintoxicação do organismo determinada pela doença. (ROMÃO JÚNIOR; BARATA 2003, sp).

No mundo cerca de 1 milhão e 200 mil pessoas sobrevivem sob tratamento dialítico. No Brasil, segundo o CENSO de 2002 realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, havia aproximadamente 54.500 pacientes dos quais 48.874 em hemodiálise e 5.649 em diálise peritoneal. (ROMÃO JÚNIOR; BARATA, 2003, sp).

O financiamento do tratamento dialítico é feito mediante do sistema público de saúde na maioria dos países. No Brasil, apenas 6% destes são financiados por seguros ou planos de saúde privados. Os outros 94% são financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de tabelas de numeração de procedimentos. O cliente entra no sistema após o diagnóstico médico e mediante uma Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade/Custo (APAC/SIA). Os clientes com distúrbios renais distribuem-se nas regiões do país estando mais concentrados nas regiões Sul e Sudeste. É um tratamento caro quando comparado com procedimentos de média e baixa complexidade em todo o mundo. (ROMÃO JÚNIOR; BARATA, 2003, SP).

Os rins, coração e pulmão são órgãos vitais e um depende do outro para que tenhamos saúde. São várias as funções dos nossos rins, uma delas é que os rins funcionam como filtro de impurezas do nosso organismo, e quando eles adoecem e não conseguem realizar mais estas funções, permitindo assim que acumulem várias toxinas que prejudicam o organismo, está instalada a Insuficiência Renal que pode ser Aguda (reversível) ou Crônica (irreversível).

A insuficiência renal aguda (IRA) pode ser definida como uma redução súbita e sustentada no ritmo de filtração glomerular, com conseqüente retenção de escórias nitrogenadas no sangue. Na maioria dos casos a creatinina sérica se eleva em 1 a 2mg/dl por dia. Neste sentido, insuficiência renal é considerada aguda quando a queda na taxa de filtração glomerular ocorre em um intervalo de tempo que varia de horas a dias, resultando na incapacidade dos rins de realizarem a excreção de escórias nitrogenadas e manterem o equilíbrio hidroeletrólítico e ácido-básico, independentemente da redução ou não do débito urinário. (RATTON, et. al2003)

No início do comprometimento da função renal, o indivíduo apresenta-se assintomático. A insuficiência renal torna-se crônica, segundo Riella (1996), quando há deterioração irreversível da função renal e elevação persistente da creatinina no organismo. Isto ocorre por falha na capacidade do organismo em manter o equilíbrio metabólico e eletrolítico, ocasionando a uremia.

Pode-se definir a doença crônica como uma desordem prolongada que pode ser fatal ou estar associada a uma duração de vida relativamente normal, embora com um funcionamento físico ou psicológico debilitado. (BLUM; GEBER apud MCANARNEY et al, 1992).

Doença Renal Crônica (DRC) pode ser definida como a perda da função renal gradual e irreversível, isto leva ao desequilíbrio da homeostasia e faz com que o cliente necessite de tratamento dialítico. (SMELTZER e BARE, 2002).

o doente Renal Crônico (DRC) pode ter alguns sintomas como náuseas e vômitos; irritação e dificuldades de pensar claramente; insônia ou sonolência; cansaço; edema nos pés ou rosto; prurido no corpo e hipertensão.

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

A identificação e o tratamento precoce da doença renal permitem o retardo de sua progressão, impedindo o aparecimento de complicações da uremia, incluindo a doença cardiovascular. Mesmo naqueles que evoluíram para a fase avançada da doença renal, haverá tempo suficiente para o preparo adequado para a terapia renal substitutiva (TRS), incluindo o transplante renal, com menos morbidade e mortalidade e melhor qualidade de vida dessa população. (BREGMAN, 2007).

Essa preocupação com o diagnóstico precoce tem espaço importante na agenda de enfermeiras que trabalham na saúde coletiva, nos programas de família, identificando não só sinais, mas signos que lhe ajude rastrear a doença na família, nos modos de viver, nos hábitos alimentares ou em situações vividas como infecções renais, etc.

Parece-nos importante incluir as enfermeiras especialistas nesse rastreamento e não apenas cuidar quando a situação se instala.

Mariani, Santos, (2004) orienta que:

O enfermeiro poderá usar todos os recursos e conhecimentos disponíveis para orientação, educação e motivação dos clientes, não somente para checar uso dos medicamentos prescritos, mas também para modificar fatores de risco da doença renal, aumentando, conseqüentemente, a adesão ao tratamento no programa preventivo no tratamento de manutenção da doença renal.

Essa posição reforça o que acabamos de dizer de como orientar para não haver o risco de adoecer, porque normalmente só devemos contar quando a doença se instalou e a notícia, na maioria das vezes, faz um estrago na vida deles.

Para nós é hora de especificar melhor o que é orientar, educar e motivar pessoas que tem um diagnóstico de doença renal crônica, por exemplo.

Os mesmos autores apresentam ações específicas ao enfermeiro uma vez que o cliente participa do encontro de saúde na consulta de enfermagem:

Educar o cliente sobre a sua doença e torná-lo responsável pelo seu tratamento; limitar exposições a fatores de risco, preservando a função residual; prevenir e controlar comorbidades (principalmente cardiovasculares) e complicações urêmicas; integrar o cliente como participante ativo no controle da doença renal; preparar o cliente para TRS; reduzir atendimentos de urgências; favorecer a reabilitação em

âmbito social; orientar o cliente para a coleta de urina de 24 horas para cálculo da taxa de filtração glomerular (TFG) e quantificação da proteinúria; incorporar ao plano de ação de novas medidas de auto-cuidado, de acordo com a progressão da doença renal; revisar, a cada consulta, a adesão do cliente à terapia medicamentosa através de perguntas simples e avaliação comparativa de exames laboratoriais; administrar o programa preventivo: controle de retornos, busca de faltosos e controle de consultas agendadas.

Provavelmente é uma consulta e ações ampliadas para dar conta de diferentes problemas apresentados por eles. Há de se considerar saber se eles conseguem ser responsabilizar e absorver tantas informações sobre a consulta de Enfermagem. A consulta de Enfermagem está contemplada, como atividade privativa do enfermeiro, na lei do exercício profissional n.º 7.498/86, no seu art.11, inciso I, alínea i, e vem sendo efetivada na prática por enfermeiros que nela acreditam.

A consulta de enfermagem tornar efetiva a relação de ajuda, o enfermeiro deve comprometer-se com o paciente, interessando-se por ele, por seus pensamentos, sua situação de vida, seu sofrimento e estar disposto a ajudá-lo a encontrar respostas ou saídas para situações possíveis de ser resolvidas, como também tornar-se capaz de apoiá-lo naquelas situações que não podem ser modificadas (TRAVELBEE, 1982), a exemplo do portador de doença Renal, já que até o momento não se vislumbra possibilidade de cura, o que, no entanto, não inviabiliza o compromisso de buscar formas de tornar melhor o viver dessas pessoas.

Qualidade ou estilo de vida é estar de bem com você mesmo, com a vida, com as pessoas queridas, enfim, estar em equilíbrio. (O Grupo de Qualidade de Vida da divisão de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde) qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

A consulta de enfermagem é um espaço privilegiado na equipe multidisciplinar com relação orientação para a saúde. O acolhimento, o exercício da observação ética realizado pelo enfermeiro e o diálogo são pontos que criam um ambiente propício para a troca de saberes. A identificação das necessidades demandadas pelo cliente é um ponto de partida para se estabelecer um vínculo na relação que se inicia. A doença é um estado de desequilíbrio que afeta a pessoa num contexto geral e muitas dúvidas surgem sobre as mudanças impostas por esta condição, é um (re) aprender a viver com limitações, provisórias ou permanentes. O enfermeiro pode contribuir na mudança de parte da história desses clientes e enriquecer a sua própria história.

Cabe ressaltar que esse cenário de prática é fonte de pesquisas que está subsidiando o manejo junto a estes clientes e familiares, já sendo observado, mesmo em tão pouco tempo, a diminuição dos atendimentos de urgências dialíticas neste serviço do município.

(COMITÊ DE CONSULTA DE ENFERMAGEM, 1979) Devido a grande complexidade sócio e cultural que envolve esse cliente além das comorbidades presentes, a consulta de enfermagem, que possui características próprias com ênfase na relação estabelecida pelo enfermeiro/cliente, tem por finalidade “a identificação dos problemas de saúde-doença e o cuidado de enfermagem e, além disso, visa contribuir para a promoção, proteção, recuperação ou reabilitação”.

Neste estudo a aproximação do profissional ao cliente, indo até ele em sua linguagem, considerando sua individualidade, é imprescindível para se obter eficácia que reflita positivamente em sua qualidade de vida. O enfermeiro tem o desafio de perceber as necessidades do cliente/suas e buscar subsídios para desenvolver o cuidado.

Uma abordagem preventiva tem como objetivo estabelecer um plano educativo para o enfermeiro, como membro atuante da equipe multiprofissional, visando o cuidado integral e integrado no atendimento do cliente com doença renal.

Westphalen; Carraro (2001, p. 42) define característica da consulta de enfermagem que é “individualizada e requer conhecimento, competência e responsabilidade. Delega ao enfermeiro a autonomia de avaliar e decidir com o cliente sobre as metas a serem atingidas em conjunto”. A consulta de enfermagem vai além da doença ela acolhe questões subjetivas, o lazer e sua cultura como fatores direcionadores para um cuidado individualizado de enfermagem.

Essa sistematização, presente na consulta de enfermagem permite a identificação das alterações no processo saúde-doença e a implantação de ações de enfermagem, que contribuam tanto para a prevenção da doença, quanto para a recuperação da saúde do cliente.

A implantação e a manutenção da consulta de enfermagem estão vinculadas às seguintes condições:

- Reconhecimento pela instituição como uma atividade inerente à função do enfermeiro;
- Competência técnica do profissional enfermeiro quanto às condutas tomadas frente aos problemas detectados;
- Adequação dos recursos humanos a realidade da instituição;
- Garantia de um sistema de avaliação que subsidie o desenvolvimento dessa atividade;

- Estabelecimento de critérios pelas diversas unidades do hospital para selecionar os clientes que necessitam dessa consulta. (MEREILLO, 2001).

Em cuidados de enfermagem para clientes renais encontramos.

Tratamento Conservador O enfermeiro atua como educador do cliente com doença renal crônica pois é o responsável pelas orientações sobre o autocuidado, tornando-o membro ativo no processo saúde-doença. Nesse processo educativo, é essencial que o indivíduo seja respeitado em sua totalidade, tendo como objetivos identificar suas características sociais e epidemiológicas destacando a importância de uma abordagem educativa junto a esses, considerando a identificação e o perfil social e epidemiológico de cada um (Rev. enferm. UERJ v.14 n.3 Rio de Janeiro set. 2006)

A princípio, pretendemos ressaltar o caráter educativo do enfermeiro, que como tal deve estar ainda voltado para questões biológicas e de tratamento da doença. O que nos implica em acrescentar questões que envolvem a vida, saber viver, entender a vida, querer viver e que nós podemos contribuir para outro discurso de bem estar e qualidade de vida.

Provavelmente outra sistematização que dê conta das necessidades e desejos do cliente com ações de intervenções pertinentes, onde o cliente é que orienta para os cuidados que necessita.

De acordo com a anatomia, possuímos dois rins de cor vermelho escura, forma de grão de feijão e medem cerca de 12cm em uma pessoa adulta. Localizam-se na parte posterior do abdome um de cada lado da coluna, onde estão protegidos pelas ultimas costelas. Os rins estão envolvidos por uma fina membrana, a chamada cápsula renal. Ao redor deles existe a gordura peri-renal e, acima, estão localizadas as glândulas supra-renais. O sangue chega aos rins através das artérias renais. As artérias renais originam-se na artéria aorta abdominal. Após circular pelos rins, o sangue retoma a veia cava abdominal através das veias renais. Os rins recebem cerca de 1,2 litros de sangue por minuto , ou seja um quarto do sangue bombeado pelo coração. Podemos dizer que os rins filtram todo o sangue de uma pessoa cerca de 12 vezes por hora. (ROMAO JUNIOR, 2004).

Os rins e o sistema urinário possuem diversas as funções excretoras, reguladoras e secretoras. Essas funções incluem a formação da urina, excreção dos produtos de degradação, regulação da excreção de ácidos, regulação da excreção de ácidos, regulação da excreção de água e auto-regulação da pressão arterial. (SMELTZER; BARE, 2002).

O fato de os rins falharem, ou seja, não funcionarem adequadamente e chamado de insuficiência renal, ela pode ser: insuficiência renal aguda ou insuficiência renal crônica. A doença renal crônica e uma deterioração progressiva e irreversível da função renal, na qual

fracassa a capacidade do corpo para manter o equilíbrio metabólico e hidroeletrólítico, resultando em uremia ou azotemia (retenção de uréia e outros resíduos nitrogenados no sangue ). Ela pode ser causada por doenças sistêmicas, como o diabetes mellito (causa principal); hipertensão; glomerulonefrite crônica; pielonefrite; obstrução do trato urinário; lesões hereditárias, como na doença do rim policísticos, distúrbios vasculares, infecções; medicamentos ou agentes tóxicos.

Para que tenham critérios de atenção e tratamento ao cliente com DRC, é necessário estabelecer diretrizes para um programa de qualidade.

Para essas diretrizes deve ser estabelecida uma linguagem padronizada entre os integrantes da equipe interdisciplinar e rede básica de saúde para estratificação da DRC.

Segundo o K –DOQI (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative), a classificação dos estágios da DRC, baseada na Taxa de Filtração Glomerular(TFG),facilitando a comunicação entre prestadores de assistência à saúde, clientes e seus familiares na abordagem da doença.

### **3.1. Quadro III – Classificação dos Estágios da DRC Segundo K - DOQI**

ESTÁGIO	TFG ( ml/min/1.732 )	DESCRIÇÃO
1	≥ que 90	Lesão renal com TFG normal ou ↑
2	60 – 89	Lesão renal com leve ↓ da TFG
3	30 – 59	Moderada ↓ da TFG
4	15 – 29	Severa ↓ da TFG
5	< 15 (ou Diálise)	Falência renal

Barros (1999) afirma quando diz que:

“A mortalidade e a morbidade das doenças renais não são lembradas como problemas relevantes de saúde pública, já que, comparadas a outras doenças, as nefropatias são menos incidentes. No entanto, o custo social das doenças renais é desproporcional à sua incidência e tem sido crescente, especialmente em seu aspecto social e econômico”.

O que temos identificado é que eles passam pelas mesmas fases psicológicas como: a negação, a barganha, a ira, a depressão e a aceitação. A fase de aceitação pode ser alcançada,

não necessariamente nessa ordem, quanto mais rápido o cliente passa da fase de negação para a aceitação, melhor será o manejo do tratamento, por sua adesão. (KUBLER-ROSS, 2008).

A importância dos profissionais de saúde e familiares conhecerem as características das fases descritas reside no fato de que isto permitirá administrar melhor a evolução dos acontecimentos até o desfecho da doença, evitando ou minimizando os conflitos e as angústias do paciente e entre ele e os demais.

**1. Primeiro Estágio** - Choque e Negação: A reação inicial ao saber o prognóstico é de choque, então o paciente pode se recusar acreditar no diagnóstico ou negar que algo está errado. Manifesta frases similares a estas: “Isto não está acontecendo”; “Não, eu não. Não pode ser verdade.”; “Deve haver um engano.”; “Não pode existir nada de errado, é só esse probleminha, no restante estou perfeitamente saudável.”;

**2. Segundo Estágio** - Raiva: O paciente reage com muita raiva, zanga ou irritação ao compreender seu estado real e as consequências da doença. Frases: “Por que eu?”; “Por que não ele?”; “Porque comigo, que sempre fiz o bem, sempre trabalhei e fui honesto?”; “O que fiz para merecer isso?”; “Porque Deus fez isto comigo?”;

**3. Terceiro Estágio** - Barganha: Aqui o paciente já admite a existência da doença e pode tentar negociar em busca da cura. São comuns as tentativas de acordos, barganhas ou promessas a Deus. Frases: “Se Deus me curar, dedicarei minha vida toda Ele”; “Se Deus me curar, vou ajudar os pobres.” “Deus, ajude-me a viver mais alguns anos, até os meus filhos estarem mais independentes e não precisarem tanto de mim.”;

**4. Quarto Estágio** - Depressão: O paciente pode mostrar sinais depressivos importantes: desânimo generalizado, inquietação, alterações do sono, perda de apetite, desesperança, etc. Frases: “Eu não consigo enfrentar isto.”; “Não posso fazer minha família passar por isto.”; “O que será de mim?”; “Eu falhei.”;

**5. Quinto Estágio** - Aceitação: O paciente compreende que a doença é inevitável e aceita seu destino. Frases: “Estou pronto, eu não quero lutar mais.”; “Já posso partir!”; (FRANSCISCO, s/a).

A resposta que se busca nessa pesquisa é o resultado da análise que alcança a magnitude epidemiológica do tratamento, ainda, deficiente das doenças crônicas que desencadeiam a doença renal. Essa deficiência pode ter fatores relacionados ao acesso ao sistema de saúde e adesão do cliente ao tratamento. Esse estudo buscará os fatores relacionados à parceria entre o profissional de saúde e o cliente, em suas necessidades, frente às orientações demandadas por eles às mudanças em seu estilo de vida.

Afirmamos que, no âmago das dificuldades do homem atual, está seu desconhecimento do conhecer. Maturana et. al. (2007, p. 270):

“Não é o conhecimento, mas sim o conhecimento do conhecimento, que cria o comprometimento. Não é saber que a bomba mata, e sim saber o que queremos fazer com ela que determina se a faremos explodir ou não...”

A doença renal tem sido classificada como um problema de saúde pública mundial, já que o aumento de sua incidência e prevalência é detectado tanto na fase pré-dialítica, quanto na dialítica (MARIANI; FORTES, 2004).

No processo de adoecimento para Smeltzer & Bare (2002), assim que diminui a função renal, os produtos finais do metabolismo protéico acumulam-se no sangue. Quanto maior for o acúmulo de produtos residuais, mais graves serão os sintomas. Existem três estágios da doença renal crônica, são eles:

**Estágio 1:** Reserva renal diminuída, caracterizada por uma perda de 40 a 75% da função do néfron. Em geral o paciente não apresenta sintomas porque os néfrons remanescentes são capazes de realizar as funções renais do rim.

**Estágio 2:** A insuficiência renal ocorre quando a 75 a 90% da função do néfron foram perdidos. Nesse ponto a creatinina e a uréia sérica aumentam, o rim perde a sua capacidade de concentrar a urina e a anemia se desenvolve. O paciente pode reportar poliúria e nictúria.

**Estágio 3:** A doença renal em estágio terminal, o estágio final da insuficiência renal crônica, acontece quando existem menos de 10% da função dos néfrons funcionando normalmente. Todas as funções reguladoras, excretoras e hormonais normais do rim estão gravemente prejudicadas.

A doença renal em estágio terminal é evidenciada por níveis séricos elevados de uréia e creatinina, bem como por desequilíbrios eletrolíticos. Quando o paciente alcança esse ponto, a diálise está geralmente indicada. Muitos dos sintomas de uremia são reversíveis com a diálise.

Daí a importância de ações que possam minimizar as questões que envolvam essa incidência a partir de estudos com eles.

O crescimento da incidência da Doença Renal é multifatorial e está relacionada com o aumento da idade da população e a maior prevalência de diabetes mellitus. Questiona-se: o aumento da sobrevivência de clientes com uma doença que era previamente fatal e a diminuição dos riscos de tratamento podem ter contribuição para o aumento da prevalência de clientes com Doença Renal? (MORSCH et. al, 2004). Esse estudo pretende contribuir no espaço em que esses clientes se encontram com intervenções apropriadas a partir dos resultados encontrados.

No espaço onde trabalho existe implantado desde março de 2006 a consulta interdisciplinar que objetiva retardar a TRS o maior tempo possível.

### **3.1 Terapias Renais Substitutivas**

As terapias renais substitutivas estão classificadas como; Diálise Peritoneal, Hemodiálise e Transplante Renal, as quais podem descrever como:

#### **3.1.1 Diálise Peritoneal.**

É um método de tratamento artificial substitutivo renal, realizado com a introdução por gravidade de volume de até três litros de solução padrão de diálise peritoneal na cavidade abdominal, envolvendo transporte de solutos e líquido através do peritônio; uma membrana semipermeável, heterogênea, com múltiplos e diferentes pares, e com fisiologia e anatomia relativamente complexas; com objetivo de remover substâncias tóxicas e os produtos de degradação metabólica e estabelecer o equilíbrio hidroeletrolítico.

O processo de transporte das toxinas da circulação capilar do peritônio ocorre, principalmente, por difusão (retirada de soluto, por diferença do gradiente de concentração e ultra filtração (retirada de água) pelos poros para solução de diálise infundida na cavidade peritoneal).

Pode ser necessário de 36 a 48 horas para contribuir para o equilíbrio do cliente e pode ser implementada de forma intermitente ou contínua.

O líquido da cavidade peritoneal é drenado após um tempo de permanência, que pode variar de zero a 60 minutos na diálise peritoneal intermitente (DPI), a até 4 a 8 horas, na diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC) e diálise peritoneal automatizada (DPA), eliminando o excesso de líquido e os produtos finais do metabolismo, principalmente protéico.

- **Princípios**

Na diálise peritoneal, o dialisato estéril é infundido no peritônio, localizado na cavidade abdominal, através de um cateter. O peritônio é uma membrana serosa que comporta uma área de cerca de 22000 cm<sup>2</sup> da superfície corporal.

Os principais metabolitos excretados pelos rins, uréia e creatinina e o excesso de líquido passam da circulação para a cavidade peritoneal, por difusão e ultra filtração durante o tempo de permanência ou equilíbrio, o período em que o líquido permanece na cavidade abdominal antes de ser drenado. A uréia é eliminada a uma velocidade de 15 a 20 ml/min. e a

creatinina de forma mais lenta. O processo de ultra filtração ocorre pelo gradiente osmótico criado com o acréscimo de dextrose na solução deslizador.

- **Finalidades**

- Depurar substâncias tóxicas endógenas e exógenas
- Remover excesso de liquido corporal.
- Contribuir na regulação do equilíbrio hidroeletrólítico e ácido básico.
- Contribuir no equilíbrio da pressão arterial.

- **Indicações**

- Insuficiência renal aguda e crônica.
- Situações de exo-intoxicações exógenas (tentativa de suicídio, uso de barbitúricos).
- Estados de hipervolemia com comprometimento cardiovascular.
- Clientes que não desejam se submeter à hemodiálise e transplante renal.
- Tratamento de hipotermia ou pancreatite hemorrágica (quando a lavagem peritoneal puder ser benéfica).

- **Contra-Indicações**

- Absolutas
- Insuficiência respiratória severa.
- Obstrução intestinal.
- Hérnias gigantes.
- Perfuração diafragmática.
- Cirurgia recente que necessite de drenagem abdominal.

- **Relativas**

- Cirurgia abdominal recente.
- Íleo adinâmico (diminui a eficiência da diálise peritoneal)
- Tumores abdominais.
- Peritonite.
- Prótese aórtica recente (risco de infecção da prótese).
- Insuficiência respiratória a subjacente, por intervenção mecânica na respiração.

Paramentação: gorro mascara e luva estéril; importante que o ambiente esteja fechado, de modo a diminuir circulação de ar e de pessoas.

Solução de diálise: A composição das soluções deve considerar a necessidade de ultrafiltração reposição de bicarbonato e o controle de potássio.

- Volume: As soluções disponíveis no mercado são de 0,5; 1; 1/5; 2; 2/5 e 3 litros porém o volume mais utilizado e de 2 litros o que permite uma adequação a tolerância, tamanho e necessidade fisiológica do cliente.
- Concentração da solução: A concentração de dextrose e utilizada para controle da ultrafiltração e atualmente existem três soluções disponíveis no mercado (1,5; 2,5; e 4,25), porém as concentrações podem ser alteradas acrescentando-se glicose hipertônica caso não se disponha das soluções com maior concentração de dextrose. Outras substâncias também compõem a solução tais como: sódio, potássio, magnésio, cálcio, cloreto e lactato este ultimo transforma-se em bicarbonato para correção da acidose metabólica principalmente nos clientes com insuficiência renal crônica. Outras substâncias podem ser adicionadas na solução tais como: potássio, glicose (a solução hipertônica aumenta a ultrafiltração), heparina (diminuir risco de obstrução por fibrina), insulina (clientes com hiperglicemia), antibiótico (tratamento de peritonite) e xilocaína (clientes com queixa de dor forte durante o tratamento dialítico).
- pH da solução: Deve ser em torno de 5,5 de modo a evitar a caramelização da dextrose durante o processo de esterilização, porém prejudica a capacidade de fagocitose dos leucócitos. Estudam-se novas soluções com bicarbonato e com pH fisiológico
- Temperatura da solução: A solução devera ser infundida com temperatura próxima a corporal, podendo ser aquecida em estufa ou em caixa aquecedora com lâmpada, sendo contra-indicado o uso de forno de microondas e imersão em água quente. Deve-se evitar a temperatura ambiente, pelo risco de diminuição da temperatura corporal e calafrios.

Cateter: o acesso segura a cavidade peritoneal e determinante para o sucesso da diálise peritoneal, principalmente para os clientes com insuficiência renal crônica. Pode-se utilizar cateter agudo (rígido) para diálise peritoneal intermitente (DPI) e cateter crônico (flexível) para todos os métodos de diálise peritoneal, intermitente e continua.

O cateter de diálise peritoneal tem uma extensão rígida reta ou levemente curva, com vários poros ou micro furos na extremidade distal. É usado como guia para inserção de um estilete de metal (trocar) ou um arame flexível sobre o qual o cateter desliza. Estes são próprios para serem implantados ao lado do leito do cliente, pois, em casos de insuficiência renal aguda, deve-se evitar a demora para o inicio do tratamento dialítico.

Os cateteres agudos têm maiores risco de peritonite, pois não tem manguitos (cuffs) para proteção contra migração bacteriana, aumentando esta possibilidade após o terceiro dia

de uso e pelo risco de perfuração de alça intestinal, durante o seu implante. Este cateter deve ser removido após o término da diálise peritoneal intermitente e ser substituído por outro, a ser implantado em diferentes áreas da parede abdominal.

Os cateteres crônicos são feitos de borracha de silicone ou de poliuretano e tem um ou dois manguitos (cuffs) de dacron com o objetivo de aderir ao tecido subcutâneo e com isso favorecer a fixação do cateter e servir como barreira para entrada de microbiotas na cavidade peritoneal.

Atualmente os cateteres de manguito (cuff) duplo estão substituindo os de manguito (cuff) único, pois estes apresentam maior numero de complicações no orifício de saída, menor sobrevida e episodio de peritonite mais precoce. Existem disponíveis os seguintes tipos de cateteres: Tenckoff, Swan Neck Missouri, Toronto-Western (TWH), Cruz e moncriefpopovich.

Os cateteres crônicos podem ter as seguintes características:

- **Quanto ao numero de manguitos (cuffs)**
  - Simples
  - Duplo
- **Quanto ao trajeto subcutâneo:**
  - Curvos
  - Retos
- **Quanto à porção intra-abdominal:**
  - Retos
  - Espiralados
- **Quanto ao material utilizado:**
  - Borracha, se silicone
  - Poliuretano

As principais complicações que podem levar a retirada do cateter são as infecções (75%) e problemas mecânicos, relacionados à drenagem ou ao extravasamento de efluente da cavidade abdominal (10%). O cateter crônico, geralmente, é implantado por meio de dissecação em uma sala no centro cirúrgico, porém considera-se segura sua implantação ao lado do leito, utilizando um guia de arame e dilatadores ou peritoneoscópio.

Equipo de transferência: O equipo de transferência ou intermediário de transferência e um tubo de plástico conectado a bolsa de diálise e ao cateter peritoneal do cliente. Existem dois tipos; o equipo reto, raramente utilizado, devido ao risco de peritonite, e o equipo em Y,

sendo que o mais utilizado é o de bolsa dupla, em que a bolsa de solução e a bolsa de drenagem já vêm conectadas ao equipo de transferência; o cliente só necessita fazer a conexão entre o equipo de transferência e o tubo de extensão conectado ao cateter do cliente.

Este sistema é o mais utilizado atualmente, devido à facilidade de manipulação e menor taxa de peritonite sua única desvantagem é o maior custo, pois é descartável.

#### Fases da Assistência de Enfermagem

##### Antes do início da diálise

- Suporte emocional: Todos os clientes em uso de diálise estão dependentes de um procedimento, do recurso de uma equipe de saúde e outras situações estressantes, tais como: controle de dieta líquida e medicamentos; responsabilidade com o procedimento dialítico; a enfermidade; múltiplas perdas: trabalho, liberdade, expectativa de vida e outras e a disfunção sexual; necessitando, por esses motivos, como refere Bessas em sua dissertação de mestrado, de suporte de profissional da área de saúde mental e serviço social, de modo a contribuir com o cliente, família e com a equipe multiprofissional que cuida do cliente.
- Preparo físico: Antes da instalação do cateter peritoneal, existe a necessidade de fazer tricotomia e às vezes também é necessário o esvaziamento da bexiga, através sondagem ou cateterismo vesical, e do intestino, através de clister ou enema, principalmente quando é necessário o uso de cateter agudo em cliente com insuficiência renal aguda.
- Aferir peso e sinais vitais: Deve-se fazer esta avaliação antes; ela servirá de parâmetro para os resultados posteriores e identificar a necessidade de reforço de orientação do cliente e família.
- Posição do cliente: o cliente deve ser orientado a ficar em decúbito dorsal, de modo a facilitar a colocação do cateter de agudo e o exame da área de inserção e fixação do cateter crônico.
- Registros: O registro deverá ser sucinto, completo e objetivo, pois servirá de parâmetro para a equipe de saúde e avaliação futura.

##### **Durante a diálise**

- Suporte emocional: É um tratamento que necessita da colaboração do cliente, de modo a proporcionar resultado eficiente com menor risco de complicações, sendo importante a contribuição da equipe de enfermagem durante a diálise peritoneal.

- Preparo da solução: A equipe de enfermagem deverá adicionar na solução as substâncias prescritas pelo médico, de acordo com a necessidade de cada cliente, tais como: potássio, glicose, insulina e antibiótico ou xilocaina.
- Controle da diálise: A diálise deverá ser controlada através do registro de início e término da infusão, drenagem, volume e características do efluente, dependendo do tipo de diálise que o cliente esteja fazendo uso. O impresso de fluxograma é utilizado para controle da diálise peritoneal intermitente e varia entre os vários hospitais.
- Complicações: Muitas são as complicações que podem ocorrer nos diferentes métodos de diálise peritoneal. Serão abordadas as complicações mais comuns:
  - **Hemorragia:** A drenagem sanguinolenta é mais comum com uso de cateter agudo e poderá ocorrer, devido a lesões de vasos na parede abdominal e no mesentério e o volume dependerá do calibre do vaso lesado. A hemorragia geralmente cessa com a continuidade da diálise com uso de solução dialisadora à temperatura ambiente.

- **Peritonite:** A infecção é causada, principalmente, pelo uso de técnica inadequada, porém pode ser também pela migração da parede intestinal ou quando ocorre lesão de alça intestinal, durante a instalação do cateter agudo e no cateter crônico a infecção pode ser no local de saída ou do túnel. A infecção do túnel pode resultar em peritonite recorrente causada pela mesma microbiota e, quando não é curada com uso de antibiótico, indica-se a retirada do cateter.

O efluente fica turvo e com presença de espuma, pois apresenta contagem de leucócitos elevada (> de 100/ IJI) e predominância de neutrófilos (> de 50%) e proteína no líquido drenado.

O cliente costuma apresentar queixa de dor abdominal (95%), mal-estar, calafrios e cansaço (cerca de 30%), anorexia, náuseas e diarreia (15 a 20%), vômitos, e aumento de temperatura.

O diagnóstico é confirmado pela cultura do efluente para identificar a microbiota e a celularidade do líquido peritoneal e história do cliente.

O tratamento pode ser através da lavagem da cavidade abdominal, objetivando remover os produtos do processo inflamatório e aliviar a dor do cliente; antibioticoterapia por via intraperitoneal ou endovenosa, a critério médico e heparinização por via peritoneal, com objetivo de

evitar obstrução do cateter pela grande quantidade de fibrina no líquido peritoneal.

O enfermeiro deve fazer as seguintes orientações ao cliente e a família quanta a implementação de cuidados com o cateter crônico e o local de saída, após cicatrização, de modo a prevenir infecção: Observar hiperemia; dor; sensibilidade aumentada; crostas; edema; extrusão do manguito (cuff) externo; presença de secreção, rachadura do cateter e/ou extravasamento de líquido, antes e após pressão delicada no trajeto do túnel do cateter; lavar durante o banho ao redor do cateter com sabão neutro, esfregando delicadamente e enxaguar bem para retirar todo resíduo de sabão; secar o local de saída do cateter com toalha limpa e macia ou gaze seca, de modo a evitar umidade neste local e fixar o equipo de transferência com fita adesiva para evitar traumatismo no local de saída do cateter.

Cabe ressaltar que as peritonites de repetição podem promover lesão e cicatrização a ponto de proporcionar prejuízo da permeabilidade do peritônio, acarretando perda de função peritoneal e impossibilidade de implementar qualquer tipo de diálise peritoneal.

- **Hérnia:** Se a integridade da parede abdominal do cliente estiver prejudicada, a pressão intra-abdominal causada pela infusão da solução de diálise favorece a formação de hérnias, principalmente, inguinal e umbilical
- **Extravasamento:** O extravasamento pericater e mais comum quando o cliente esta usando o cateter crônico. A utilização precoce deste tipo de cateter pode causar esta complicação, pois dificulta a cicatrização. A diálise deveser começar, de preferência, uma semana após o dia de implantação do cateter crônico, para proporcionar uma cicatrização satisfatória. Quando a diálise é urgente deve-se utilizar o cateter agudo ou infundir pequenos volumes com o cliente deitado.
- **Drenagem diminuída:** Esta é detectada quando o volume de drenagem é menor que o volume infundido, podendo ser por: dobra externa do cateter ou do equipo de transferência; dobra do cateter no túnel subcutâneo, diagnóstico pela realização de RX, sendo necessária troca de cateter

crônico; constipação intestinal pode provocar migração do cateter, devendo ser utilizada medicação laxante e clister ou enema.

- **Obstrução de cateter:** A obstrução pode ocorrer por coágulos de sangue ou fibrina, necessitando uso de heparina ou agente trombolítico, quando o uso de heparina é ineficaz.
- **Registros:** É importante para manter o controle da evolução do cliente e da diálise, de modo a fazer as intervenções necessárias.

Após o término da diálise:

- Drenagem do último banho e retirada de cateter, se o cliente fez uso de diálise peritoneal intermitente, utilizando técnica asséptica e mantê-lo caso o cliente tenha feito uso de diálise com cateter crônico.
- Aferir peso e sinais vitais: É um importante parâmetro para avaliar a evolução e a eficácia do tratamento de diálise executado.
- Registros: Fechar fluxograma de diálise e registro do estado geral do cliente.
- Encaminhamento: Encaminhar o cliente internado para a enfermagem do setor ou para o setor específico, caso não tenha unidade de internação no setor de nefrologia. Se o cliente tiver indicação de alta hospitalar, orientá-lo sobre: retorno; medicação; curativo e outros, quando necessário.

### 3.1.2 Hemodiálise

É um procedimento que filtra o sangue, por meio dela são retirados do sangue substâncias que quando em excesso trazem prejuízo ao corpo, como uréia, potássio, sódio e água. É realizada com a ajuda de um dializador (capilar ou filtro). O dializador é formado por um conjunto de pequenos tubos. Durante a diálise parte do sangue é retirado, passa através da linha arterial do dializador onde o sangue é filtrado e retorna ao paciente pela linha venosa. (Hemodiálise, 2005).

Algumas complicações podem ocorrer durante a hemodiálise, que segundo Smeltzer, Bare, (2002, p.1066-67) são:

- A hipotensão pode ocorrer durante o tratamento, a medida que o líquido é retirado. Náuseas, vômitos, diaforese, taquicardia e vertigem são sinais comuns de hipotensão.
- As câmaras musculares dolorosas ocorrem, geralmente, em um período mais tardio da diálise, quando o líquido e os eletrólitos saem rapidamente do espaço extracelular.

- A exsanguinação pode acontecer quando linhas sanguíneas se desconectam, ou quando as agulhas de diálise são deslocadas acidentalmente.
- As arritmias podem resultar das alterações eletrolíticas e do pH ou a partir da remoção de medicamentos antiarrítmicos durante a diálise.
- A embolia gasosa é rara, mas pode acontecer quando o ar penetra no sistema vascular do paciente.
- A dor torácica pode ocorrer por causa da anemia ou em pacientes com cardiopatia aterosclerótica.
- O desequilíbrio dialítico resulta dos deslocamentos de líquido cerebral. As manifestações incluem cefaléia, náuseas e vômitos, agitação, nível diminuído de consciência ou convulsões; e mais provável que ele ocorra na insuficiência renal aguda ou quando os níveis sanguíneos de uréia estão muito elevados (superando a 150mg/dl).

Para que a diálise seja realizada e necessária uma via de acesso, que chamamos de fistula arteriovenosa. A fistula arteriovenosa usada para a diálise é uma ligação entre uma artéria e uma veia, feita através de uma pequena cirurgia. A alteração no fluxo do sangue deixa a veia mais larga e com as paredes mais fortes e resistentes,

Permitindo então um fluxo de sangue rápido e a realização de várias punções, sem que a veia se rompa. Para que a veia da fistula esteja em boas condições de punção, são necessárias algumas semanas. Por isso, mais recomendado é que se faça esta pequena cirurgia alguns meses antes de se iniciar a hemodiálise, assim que for necessário, a fistula estando pronta para ser puncionada. (HEMODIALISE, 2005, sp.).

Após a discussão do conceito, complicações e via de acesso da hemodiálise faz-se necessário discutir um pouco sobre as pros e contras do tratamento, que segundo (ADRNP, 2005, p. 17) são descritos como:

- **Hemodiálise no Centro**
  - Prós
    - Profissionais treinados a todo o momento com o cliente.
    - Convívio com outros clientes.

- Contrás
  - Os tratamentos são agendados pelo centro.
  - Disponibilidade de o cliente ir ate o centro para o tratamento.

Durante a sessão de hemodiálise é necessário que permaneçam em sala técnicos de enfermagem com supervisão do enfermeiro para assistência integral, (NEBIA, et al, 2009):

1. Explicar para o cliente o procedimento,
2. Fazer assepsia do local de conexão da extensão,
3. Verificar PA de 15 em 15 minutos,
4. Observar o ritmo cardíaco,
5. Observar reações anormais do cliente ( câimbra, hipotensão ou hipertensão, náuseas, cefaléia, febre, prurido, dor lombar, hemorragia, sinais de embolia gasosa, convulsão).

### **3.1.3 Transplante Renal**

O transplante renal transformou-se no tratamento de escolha para muitos clientes com Doença Renal em estagio Terminal (DRET). O transplante de rim envolve um doador vivo ou de cadáver humano para um receptor que possui DRET. Os transplantes renais de doadores vivos com boa compatibilidade que tenham parentesco com o cliente (aqueles com antígeno ABO e HLA compatíveis) são um pouco mais bem sucedidos que aqueles de doadores mortos.

**Transplante renal**, pois segundo Rocha (2005, p.O 1) clientes que tiveram câncer, ou cliente com infecções, doença grave do fígado, não podem fazer transplante.

Ainda nesse contexto, Rocha (2005, p.2) descreve algumas vantagens e desvantagens de um transplante renal:

- **Vantagens:**
  - Maior independência e qualidade de vida.
  - Possibilidade de uma função renal plena.
  - Retorno de uma dieta mais próxima do normal e a beber mais líquidos
  - Participação em atividades físicas e maior autonomia
  - Independência da diálise
- **Desvantagens**
  - Ato cirúrgico do transplante

- Necessidade de uso de medicações imunossupressoras.

Nessa consulta de enfermagem acontece, realizada por uma enfermeira especialista em nefrologia, um médico especialista, uma nutricionista e graduandos de enfermagem e medicina. O cliente pode ingressar no tratamento de manutenção, em qualquer estágio da DRC e é acolhido no estágio em que se encontra independentemente da progressão da DRC, antes de iniciar os métodos dialíticos. (Anexo I).

A atividade da consulta é feita por graduandos do curso de enfermagem da instituição, supervisionados pelas enfermeiras docentes que tem em vista a problematização da realidade trazida por este cliente integrando o modelo clínico a epidemiologia das doenças crônicas.

Essa consulta é fundamentada em:

Segundo Horta et al (1981, p. 281) quando diz que:

Uma atividade assistencial sistematizada que envolve uma seqüência dinâmica de etapas que direcionam as ações de modo a contribuir para o atendimento das necessidades de saúde do indivíduo e coletividade. Enfatizam que esta assistência deverá propiciar a identificação de problemas do processo saúde-doença passíveis de resolução a partir de uma atuação conjunta enfermeiro-cliente-equipe multidisciplinar ou da efetivação dos encaminhamentos necessários.

#### **4. O CAMINHO METODOLÓGICO DA INVESTIGAÇÃO.**

O método utilizado nesta pesquisa foi à abordagem qualitativa e descritiva porque explica e exprime o que convém com diferentes abordagens em fonte direta de dados pela entrevista e a revisão de registros, adequando-se à fase exploratória do estudo, a qual foi investigar o conhecimento dos clientes renais crônicos entre o tratamento conservador e a hemodiálise

Segundo Goldenberg (1999):

A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas sim com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização etc. Os pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa se opõem ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências, já que as ciências sociais têm sua especificidade, o que pressupõe uma metodologia própria. Assim, os pesquisadores qualitativos recusam o modelo positivista aplicado ao estudo da vida social, uma vez que o pesquisador não pode fazer julgamentos nem permitir que seus preconceitos e crenças contaminem a pesquisa.

A abordagem qualitativa é fundamentada por crenças de que os seres humanos são um complexo de muitos sistemas corporais que podem ser medidos objetivamente um de cada vez ou combinados. (LOBIONDO-WOOD E HARBER, 2001, pp. 122-174)

Para as autoras o pesquisador de enfermagem usa essa abordagem acreditando que seres humanos únicos atribuem significados as suas experiências e que elas derivam do contexto da vida. Esse contexto entendido é a matriz de relações de ser humano-ambiente que surgem ao longo do cotidiano.

#### **4.1. O Cenário**

O desenvolvimento da pesquisa foi no Setor de Nefrologia do Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano (HCTCO), pertencente à Fundação Educacional Serra dos Órgãos (FESO). A autorização para a realização da coleta dos dados foi dada inicialmente pela diretora de Assistência-Ensino, representando o Hospital e aprovado pelo CEP, posteriormente. (ANEXO 1)

O Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano é referência e responde por 100% do atendimento na Região Serrana realizada pelo Sistema Único de Saúde na cidade. Apresenta 182 leitos na sua totalidade com subdivisão destes nas seguintes clínicas: Clínica médica feminina, Clínica médica masculina, DIP, Ortopedia, Clínica cirúrgica, Pediatria, Obstetrícia, UI neonatal e Particular. Além desses leitos, existem os de longa permanência, onde permanecem os clientes atendidos no setor do pronto socorro até que consiga internação ou transferência.

O Setor de Nefrologia do HCTCO tem por missão. É destinado ao tratamento dialítico do município de Teresópolis, abrange cuidados de saúde aos clientes internados nos diversos setores e alcança o acompanhamento ambulatorial pré-dialítico, em nefrologia, com equipe interdisciplinar. Escolheu-se neste Setor, o cenário do tratamento dialítico, a Hemodiálise.

#### **4.2. Os Sujeitos do Estudo**

Os sujeitos do estudo foram os clientes deste setor que após assinaram o Consentimento Livre e Esclarecido, passaram a produzir os dados. (APÊNDICE I). Foi solicitada a eles a escolha de um nome próprio, como pseudônimo para garantir o anonimato.

Os critérios de inclusão destes foram os clientes em hemodiálise provenientes do tratamento conservador ambulatorial interdisciplinar, não-internados, somando-se 10 participantes.

Optamos primeiro por apresentar o perfil dos sujeitos da pesquisa em um quadro demonstrativo, para melhor visualização dos dados, a partir das perguntas considerando o pseudônimo, na apresentação. (QUADRO II).

**4.3. Quadro IV** – Dados demográficos dos entrevistados do estudo, com relação ao sexo, idade, raça, estado civil, atividade laboral, religião, doença de base, renda (salário mínimo) e se reside só ou com outras pessoas. Teresópolis, Julho/2009.

N	Pseudônimo.	Sexo	Idade	Raça	Est. Civil	Atividade Laboral	Religião	Doença Base	Renda Familiar Salário	Reside com
1	Lu	Fem.	41	branca	sol	não tem	não tem	doença policística	02	companheiro e dois filhos
2	Maria	Fem.	53	parda	cas	não tem	evangélica	DM	01	marido e neto
3	Pipi	Mas.	60	branca	cas	Mín. pastoral	evangélica	DM	03	esposa
4	Tatu	Mas.	43	parda	sol	não tem	católica	HAS	01	sozinho
5	Guilherme	Mas.	46	preta	sol	não tem	não tem	HAS	01	companheira
6	Dora	Fem.	61	parda	viú	não tem	católica	DM	01	companheiro
7	Simone	Fem.	27	branca	cas	não tem	evangélica	glomerulonefrite	02	marido e irmão
8	Naldinho	Mas.	29	parda	sol	freelance	católica	sind. nefrótica	01	Companheira e família dela
9	Ingrata	Fem.	49	preta	cas	não tem	evangélica	DM	03	marido, 02filhos e 01 neto
10	Cristiano	Mas.	62	preta	viú	não tem	evangélica	HAS	01	filha

Fonte: Instrumento de coleta dos dados

Dos 10 sujeitos entrevistados, 4 (40%) deles declararam ser do sexo feminino e 6 (60%) ser do sexo masculino.

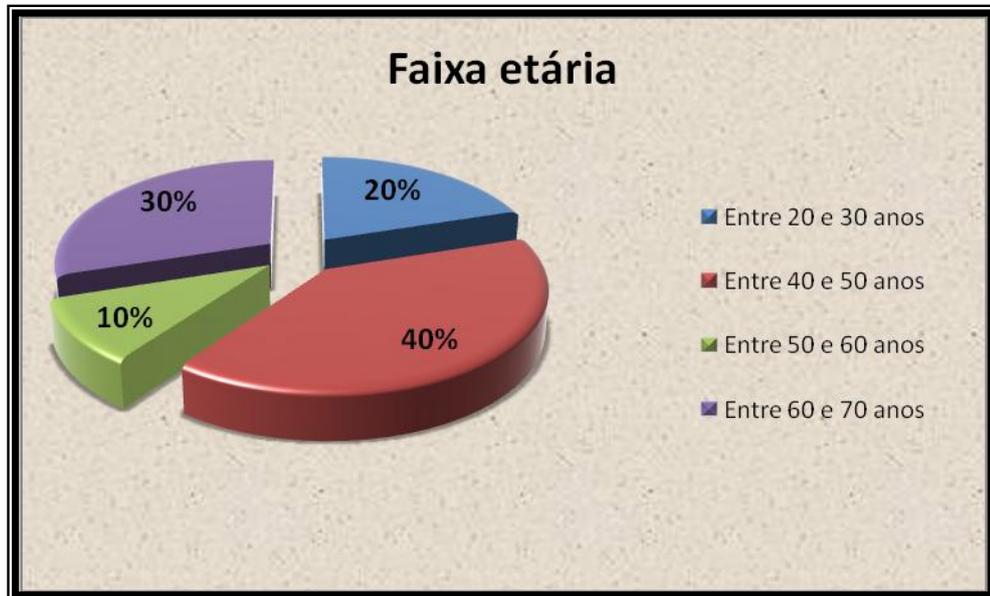


Gráfico 01- Sexo dos entrevistados

A idade nessa amostra variou entre 27 e 62 anos, com média de 47,1 anos.

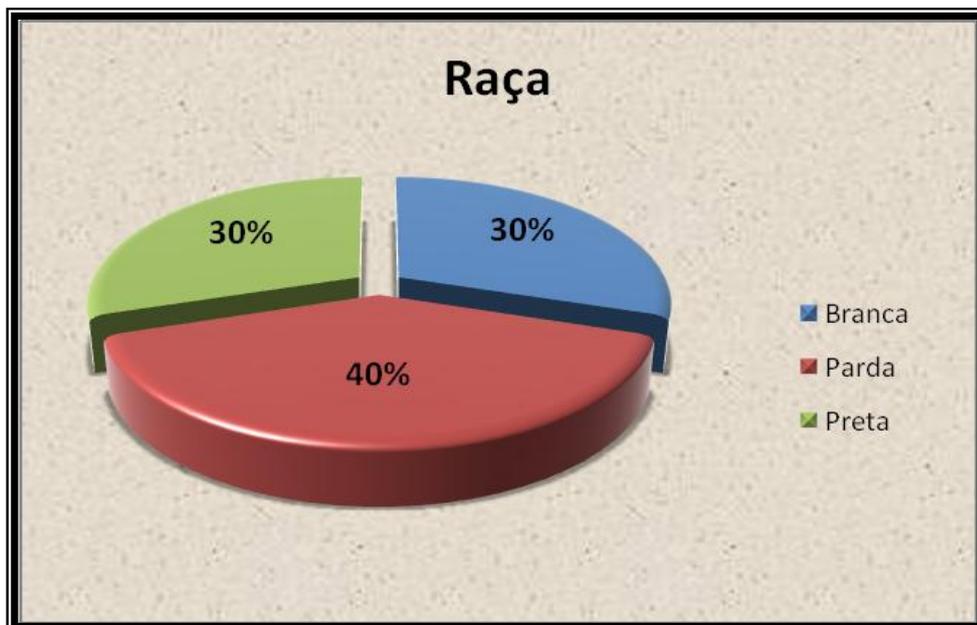
Na década dos 20 anos tiveram 2 (20%) indivíduos participantes da pesquisa; 4 (40%) foram da década de 40 anos que concentrou a média das idades dos clientes portadores da DRC; 1(10%) sujeito encontrava-se na década de 50 anos. Considerou-se que os 3 (30%) declarantes que possuíam 60 anos ou mais fazem parte da faixa etária dos idosos, que

epidemiologicamente encontram-se mais vulneráveis as doenças crônicas e co-morbidades, devido às modificações orgânicas.



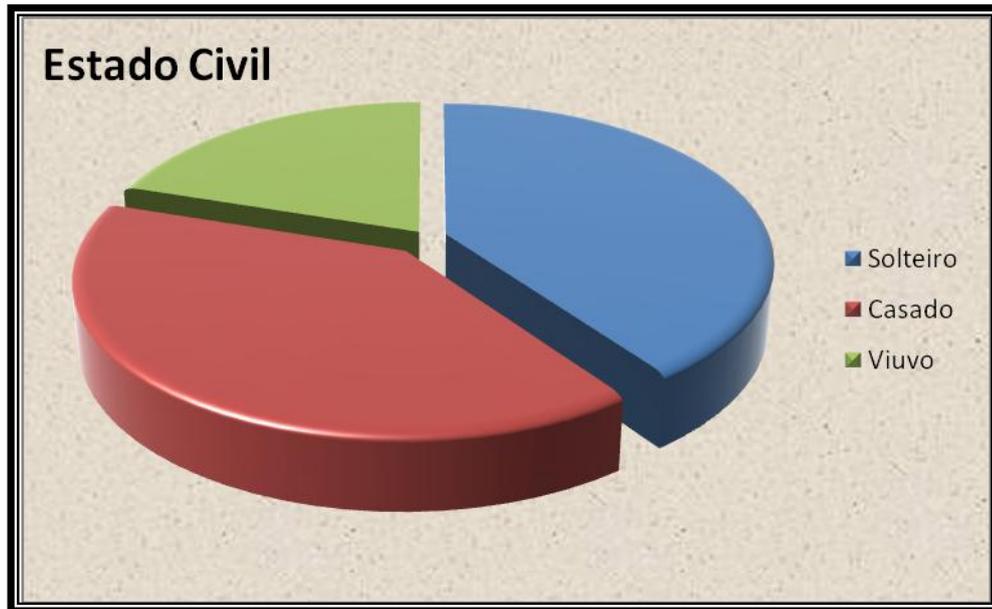
*Gráfico 02- Faixa Etária*

Com relação à classificação racial dos entrevistados desse estudo, buscou-se fundamento nas categorias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (PETRUCCELLI, 2001), tal como: branca, parda, preta, amarela e indígena. Declararam ser pardos 4 (40%) clientes, 3 (30%) disseram ser pretos e 3 (30%) falaram ser brancos.



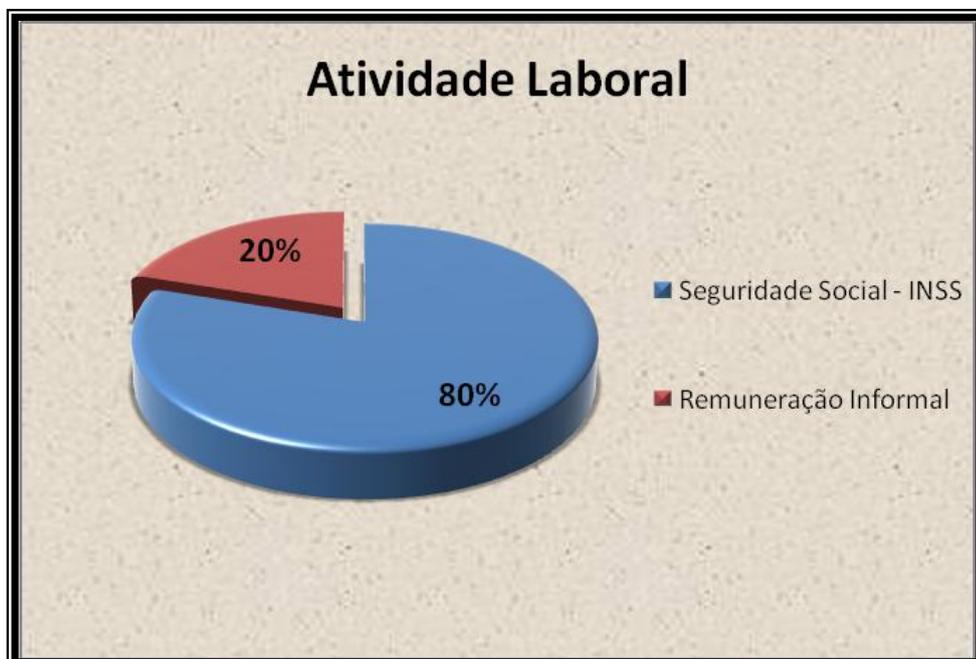
*Gráfico 03- Raça*

No que tange ao estado civil, os respondentes declararam o seguinte: 4 (40%) solteiros, 4 (40%) casados e 2 (20%) viúvos.



*Gráfico 04- Estado Civil*

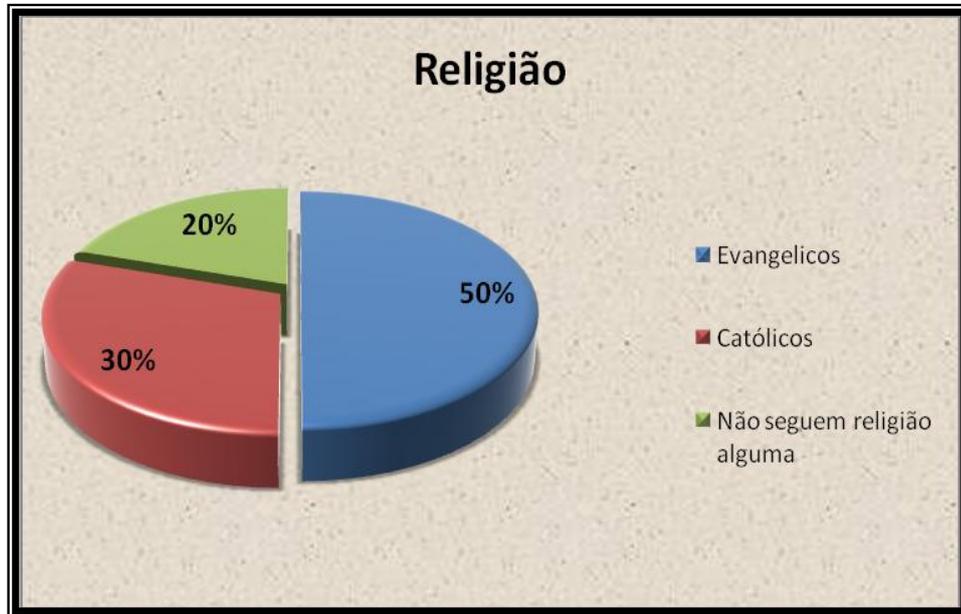
A falta de atividade laboral foi declarada por 8 (80%) dos entrevistados, sendo coerente com a condição desses 10 clientes junto a seguridade social de aposentados por invalidez ou recebimento de auxílio doença, embora 2 (20%) sujeitos participantes da pesquisa disseram realizar um labor remunerado, na condição da informalidade.



*Gráfico 05- Atividade laboral*

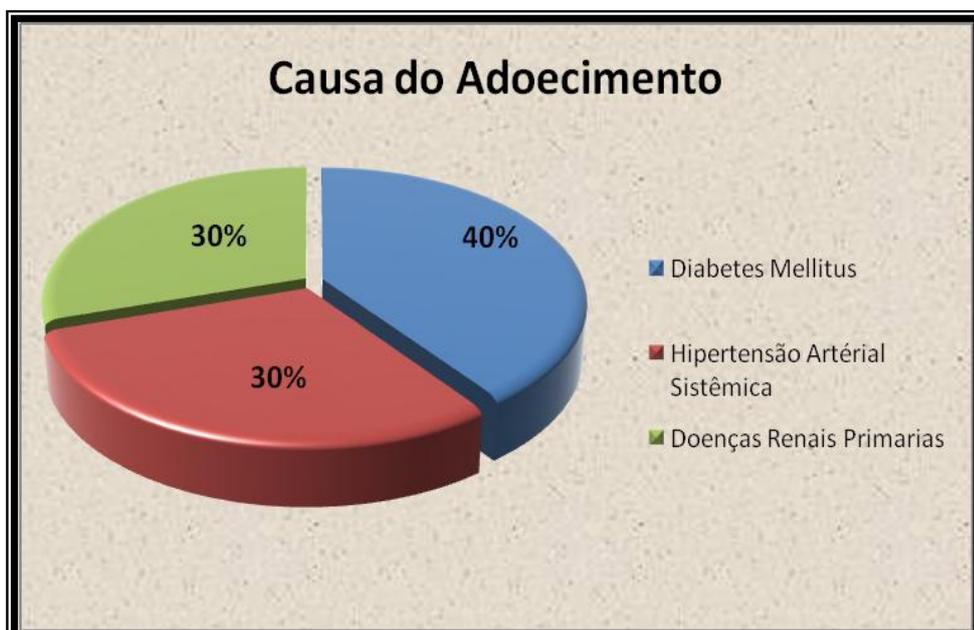
A religião declarada pelos sujeitos do estudo foram duas: 5 (50%) disseram ser evangélicos e 3 (30%) católicos, sendo que 2(20%) disseram não seguir uma religião, mas não foi questionado se tinham uma filosofia de vida. A religião pode ser uma forma de

sustentação da aceitação das modificações corporais e de vida do cliente, provenientes do tratamento da DRC.



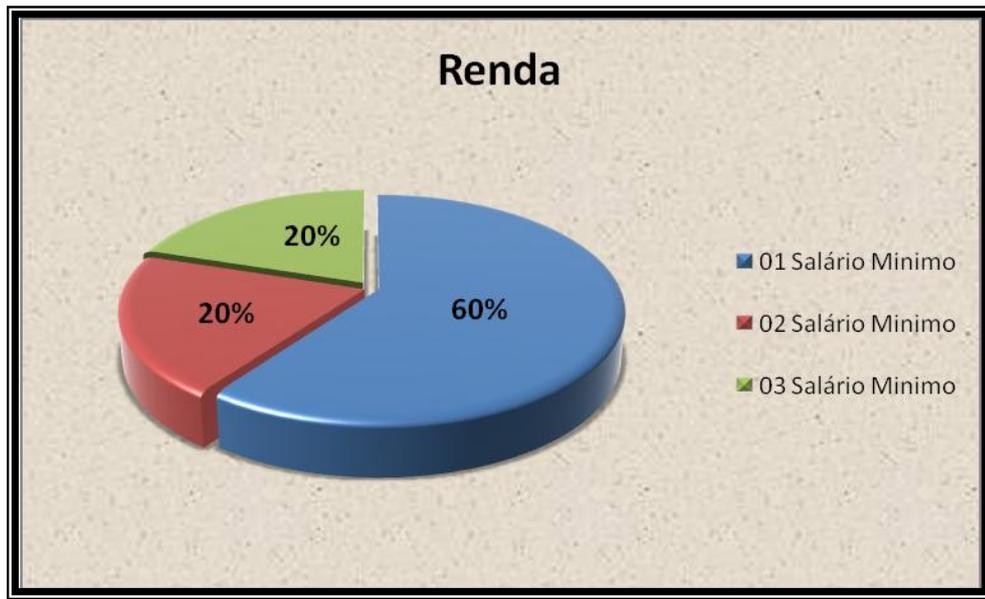
*Gráfico 06 - Religião*

Na causa do adoecimento dos sujeitos dessa amostra com a DRC houve uma convergência das respostas no diagnóstico com a epidemiologia da DRC. Desses clientes, 4 (40%) dos entrevistados, disseram ter o diagnóstico de Diabetes mellitus (DM), 3 (30%) sujeitos manifestaram ser portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 3 (30%) participantes do estudo, declararam ter o diagnóstico da doença renal primária (glomerulonefrites, doença policística).



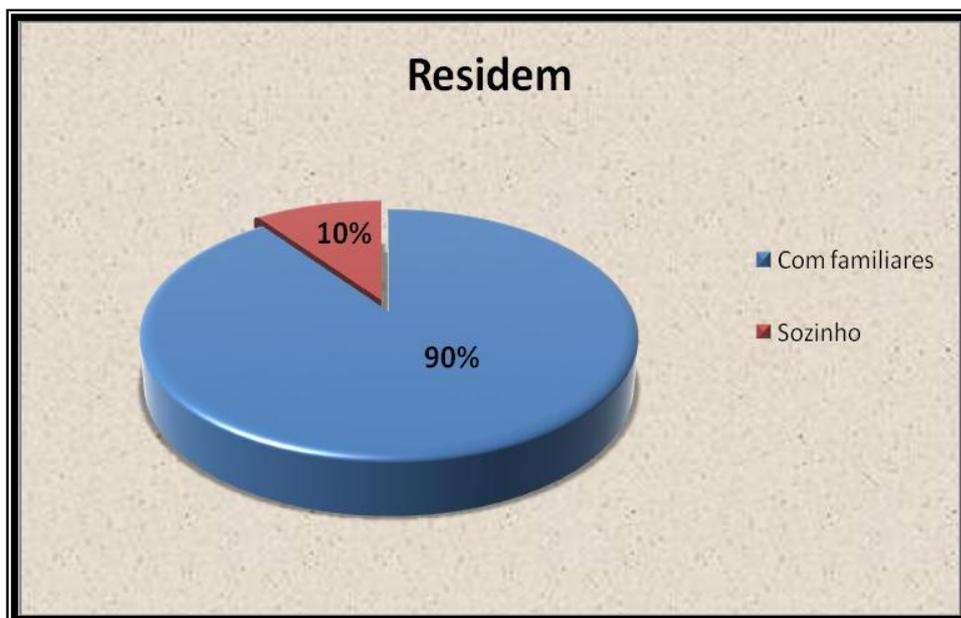
*Gráfico 07- Causa do Adoecimento*

Com relação à renda (salário) recebida pelo entrevistado para seu sustento destacou-se a seguinte proporção: 6 (60%) percebem 1 salário mínimo/mês; 2 (20%) recebem 2 salários mínimos/mês e 2 (20%) percebem 3 (30%) salários mínimos/mês. Essa renda vem do auxílio doença ou da aposentadoria por invalidez e é proporcional a contribuição do declarante ao Sistema Previdenciário do estudo.



*Gráfico 08- Renda familiar*

Nessa amostra 9 (90%) sujeitos relatam residir com companheiro e/ou familiares e somente 1 (10%) declarou morar sozinho. A questão de ter um companheiro ou familiares junto ao cliente portador de DRC é uma forma de apoio para seu tratamento.



*Gráfico 09 - Residem*

Nesse aspecto a enfermagem deve estar atenta aos direitos humanos e as reivindicações e exigências que são justificadas aos olhos dos clientes ou de um grupo de indivíduos que são tomados como sujeitos-objeto de investigação. O que não pode ser esquecido, em nenhum momento é que cinco direitos são fundamentais resumidos nas diretrizes (ANA, 1985):

- 1. Direito a autodeterminação**
- 2. Direito a privacidade e dignidade**
- 3. Direito ao anonimato e confiabilidade.**
- 4. Direito a tratamento justo.**
- 5. Direito a proteção quanto ao constrangimento e dano.**

#### **4.4. Procedimentos de Produção de Dados**

A produção dos dados foi realizada mediante um roteiro de entrevista, semi-estruturada, com aplicação de um questionário com 10 perguntas, no período de abril a junho de 2009.

Os clientes renais crônicos foram contactados para informar sobre sua experiência no tratamento conservador com a doença renal e a vivência hoje na hemodiálise, em que se preservou sua privacidade e anonimato; quanto aos dados confidenciais envolvidos apenas para esta pesquisa. Deu-se, também a liberdade ao participante de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalidade alguma e sem prejuízo.

Na identificação das entrevistas, utilizou-se o próprio pseudônimo, conforme a ordem da realização das entrevistas. As entrevistas foram transcritas pela pesquisadora e logo depois apresentadas aos entrevistados para validação dos respectivos depoimentos.

Para validação do instrumento foi realizada a entrevista com 02 clientes renais em hemodiálise, e a partir delas foram realizadas as seguintes modificações no instrumento: Nas questões 5, 9 e 10 foi retirado o limite das respostas, onde solicitávamos 10 palavras pelo menos de cada uma delas, o que inibia os participantes.

Na organização dos dados foram selecionadas cada questão com todas as respostas, tratando por cores a identificação dos participantes.

Inicialmente constou desse instrumento um perfil desses sujeitos com as variáveis: sexo, idade, etnia, estado civil, atividade laboral, religião, doença de base na etiologia para a Doença Renal Crônica, renda familiar (número de salário mínimo) e com quem reside.

A orientação para produção dos dados seguiu o que Lobiondo-Wood e Harber (2001, 124) dizem sobre as pesquisas com seres humanos, como:

- Os seres humanos são seres complexos que atribuem significado singular as suas alterações de vida;
- São conhecidos por suas expressões pessoais;
- A verdade é a expressão subjetiva da realidade como percebido pelo participante e compartilhado com o pesquisador. A verdade é impregnada pelo contexto.

Preparamos-nos para as entrevistas baseadas no Lobiondo-Wood e Harber (2001, 124), quando dizem que a pesquisa qualitativa indutiva passa pelas seguintes etapas;

- O pesquisador escolhe participantes que estão vivenciando o fenômeno de interesse e coletam dados até que a saturação seja alcançada.
- O pesquisador usa uma abordagem intensiva para produzir dados.
- O pesquisador conduz entrevistas e observações em ambientes onde os participantes do estudo passam seu tempo.
- A análise fundamental e indutiva é usada levando a um resumo da narrativa que sintetiza informações do participante, criando uma descrição da experiência humana.

#### **4.5. Aspectos Éticos da Investigação**

O método e as estratégias de produção de dados foram iniciados após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) em atendimento a Resolução n.º 196/96, nos princípios da: autonomia do sujeito, beneficência, não-maleficência e justiça (BRASIL, 1996), do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A Resolução 196/96 é uma peça de essência Bioética que é aplicada às pesquisas que envolvem os seres humanos (não apenas na área médica), não é cartorial nem é um código deontológico – ela exige a análise e a reflexão crítica de valores envolvidos no estudo, voltada precipuamente para a proteção da dignidade do ser humano, seja ele sujeito da pesquisa ou pesquisador.

#### **4.6. Análise do Material Produzido nas Entrevistas**

Com os dados já transcritos, sua organização foi fundamentada na análise de conteúdo de Bardin (2008, p. 76) o que orienta o que deve ser feito, segundo a autora e que se procura

validar, pelo menos parcialmente hipóteses adiantadas, a ideologia da temperança e a procura de resultados por exploração de determinadas capacidades (Qualidades individuais). Para a autora qualquer que seja o término utilizado, parece que o fundamento especificidade da análise de conteúdo (e os resultados atuais produzidos a cerca deste assunto indicam certo consenso), reside nessa articulação entre:

- Superfície dos textos descrita e analisada (pelo menos alguns elementos característicos) e;
- Os fatores que determinam estas características deduzidas logicamente ou, por outras palavras o que se procura estabelecer quando se realiza uma análise conscientemente ou não é uma correspondência entre as estruturas semânticas ou lingüísticas e as estruturas psicológicas ou sociológicas (por exemplo: condutas, ideologia, atitudes) dos enunciados.

Neste estudo o cuidado que devemos estar atentos e quando da enumeração temática, que segundo a autora é “possível” levar a cabo num texto o levantamento de atitudes (qualidades e aptidões) psicológicas aconselhadas e desaconselhadas, que o pesquisador deve atualizar ou afastar de modo a poder chegar aos seus fins. Contam-se assim em cada unidade de codificação a qualidade ou o defeito presente.

Após a construção das categorias para análise, serão confrontadas à luz do referencial teórico pertinente.

Segundo as técnicas de análise de conteúdo sugerida pelo autor optamos pela análise categorial para avaliação dos dados produzidos, que se constitui:

por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos/ reagrupamento do conteúdo das mensagens (Op. Cit., p.199).

Reagrupando as diferentes atitudes em grandes categorias e adicionando atitudes valorizadas e atitudes desvalorizadas correspondente, pode-se estabelecer um quadro geral.

As 10 perguntas do instrumento foram organizadas de acordo com a organização da análise de conteúdo (Bardin, 2008) como o inquérito sociólogo ou a experimentação:

#### **4.7. Os resultados – O Trabalho de Organização**

De posse dos dados brutos (após a transcrição), fizemos a organização da análise de conteúdo tal como o inquérito sociológico ou a experimentação que se faz em torno de três pólos cronológicos:

- Pré análise
- Exploração do material
- Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação;

#### 4.8. A Pré - Análise

Na etapa da pré-análise, realizou-se a leitura flutuante do material produzido nas entrevistas realizadas com os 10 clientes, concentrando todo material de cada pergunta num só lugar para que pudéssemos ter uma visão geral das respostas e poder ir identificando aquilo que era esperado e o que era inesperado. Criamos um instrumento organizador, como se apresenta e foi feito para cada pergunta.

#### Quadro V - Demonstrativo

Nº. da Questão	Conteúdo Bruto	Destaques do conteúdo	Observações
1	Respostas	Reorganização do que estava no conteúdo bruto; desconstrução do texto.	Reflexões Hipóteses do pesquisador.
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Esquema Organizador

Tentamos operacionalizar e sistematizar as idéias como aparece nos quadros que se seguem.

**4.8.5. Quadro V I – Unidade de Registro Extraída da Análise das Respostas dos Sujeitos da Pesquisa e Suas Opiniões , Classificados na Categoria, Teresópolis – RJ, 2009.**

QUESTÃO 5	OPINIÕES	UNIDADE DE REGISTRO
O TRATAMENTO CONSERVADOR É BOM, RUIM OU. NÃO SABE EXPLICAR?	RUIM	<i>“... não me ajudou em nada...”. Ingrata</i>
	RUIM	<i>“... só adiantou ate certo tempo...” Lú.</i>
	NÃO SABE	<i>“... esse que estou me faz sentir melhor...”. Guilherme</i>
	RUIM	<i>“... não resolvia meus problemas...”. Dora</i>
	RUIM	<i>“... porque não se ver resultado, só restrição”.Pipi</i>
	BOM	<i>“... eu não tinha restrições...”. Naudinho</i>
	RUIM	<i>“... eu não podia comer...”. Maria</i>
	RUIM	<i>“... Não podia passar perto da água”. Cristiano</i>
	RUIM	<i>“... sempre estava cansado”. Tatu.</i>
	BOM	<i>“Bom, na verdade não sei o que falar”. Simone</i>

*Fonte: Instrumento de coleta de dados*

Na verdade no TC existem estágios da doença renal. As restrições são feitas pela equipe interdisciplinar de acordo com os sinais e sintomas.

Mesmo não tendo como saber até que estágio estes clientes da pesquisa ficaram no TC, podemos destacar quais foram sua opiniões, de acordo com a experiência vivida:

Dos 10 clientes, 7 declararam ser ruim, 1 não sabe e 2 declararam ser bom.

**Quadro VII - Questão I - Como vivia antes de saber que precisava ficar no Tratamento Conservador ou na Terapia Renal Substitutiva?**

1	“Já vivia com algumas complicações como inchaço, fraqueza. Não comia porque vivia sem apetite e o que comia vomitava. Achava que estava com problemas de estomago”. Ingrata
2	“Eu trato de rim á dezessete anos como calculo renal, onde fui ficando hipertensa. Fui encaminhada para o ambulatório de nefro no tratamento conservador e ai foi que descobriram que não eram cálculos e sim cistos não dando mais tempo para tratamento, Na época achei que não era tão serio, abandonei o tratamento começando a sentir dor nas pernas no inicio deste ano tendo hemorragia só urinava sangue sendo internada com muita anemia, vomitava direto, perdi 25 Kg”. Lú
3	“Antes do tratamento conservador quando eu ficava no sol sentia o meu corpo pinicar tendo que pular para a sombra, até que um dia fui ao hospital no pronto socorro onde me internaram porque a pressão estava muito alta. Após essa internação me encaminharam para o ambulatório de nefrologia e cardiologia e iniciei o tratamento com o Dr. Getulio por mais ou menos dois anos com dificuldade para remarcar e ter acompanhamento abandonei o tratamento, indo ao pronto socorro novamente com sangramento no nariz e com muito inchaço onde comecei a dialisar”. Guilherme
4	“Estava constantemente inchada e tinha muita falta de ar e câimbras, eu fazia muita dieta de massas e doces o que antes eu não fazia”. Dora
5	“Fazia tratamento para diabetes, tomava insulina, vivia bem porem inchado, esse inchaço foi piorando, junto com um gosto amargo horrível na boca, foi que me disseram que era problema renal, então fui me consultar com a nefrologista Dra. Sueli”. Pipi
6	“Vivia normal tranqüilo, vivia bem. Não sentia nada nem lembrava que tinha o problema renal, na verdade não me cuidava por isso”. Naudinho
7	“Vivia muito inchada e vomitava muito todo dia por mais ou menos quatro anos, e eu achava que estava com câncer no estomago, pedia a Deus que mostrasse o que eu tinha. Um dia desmaiei e fui levada para o pronto socorro, ficando internada por mais ou menos quinze dias porque meu açúcar estava muito alto. Foi ai que descobri que estava com problemas renais”. Maria
8	“Normal, tinha uma vida boa. Trabalhei pesado desde os meus 18 anos. Tomava conta de bois e depois consegui trabalho com máquina de terraplanagem e caminhões. Foi nesse emprego que sofri um acidente que quase custou minha vida, fiquei soterrado, sorte minha foi que próximo havia muita gente perto que cavaram e me acharam, Só tive um arranhão no pé. Depois de alguns anos neste serviço perto de completar 40 anos nessa profissão foi que adoeci, iniciando com muito inchaço nos pés”. Cristiano
9	“Sempre tive pressão alta tinha muito cansaço há 18 anos, eu não me cuidava porque trabalhava muito no supermercado ABC e não tinha hora para sair ou para ir ao medico. Depois que o ABC foi vendido para a rede Pão de açúcar ganhamos plano de saúde, foi ai que descobri que meus rins não estavam funcionando direito”. Tatu
10	“Não dava muita importância para minha família, para a vida”. Simone

Fonte: Instrumento de coleta de dados

**4.8.1. Quadro VIII - Questão 1- Caracterização do VIVER antes do Tratamento dialítico - HEMODIÁLISE.**

Nº	UNIDADE DE REGISTRO	CLASSIFICAÇÃO DO PESQUISADOR
1	“Já vivia com algumas complicações como inchaço, fraqueza (...) sem apetite e o que comia vomitava...”.	<p><b>O QUE PRECISAVA MUDAR NA CONCEPÇÃO DO CLIENTE, O QUE NO TC NÃO FOI APARENTEMENTE POSSÍVEL (SINAIS E SINTOMAS DO CORPO):</b></p> <p>Inchaço, Fraqueza, Vômito, Dor estômago, Desmaio, Hiperglicemia, Hipertensão, Cálculos, Cistos, Dor nas pernas, Hemorragia, Hematúria, Gosto amargo, Perda de peso, Pinicação na pele</p> <p><b>A FÉ:</b> Pedir a Deus para mostrar o que tinha</p> <p><b>A DESCOBERTA</b> Com a possibilidade de ter o plano de saúde descobriu que era doente dos rins;</p> <p><b>AS EXPERIENCIAS VIVIDAS</b> Dificuldade de marcar consultas A internação por 15 dias O trabalho pesado Os acidentes no trabalho O excesso de trabalho que não deixava se cuidar;</p> <p><b>AS AFIRMATIVAS</b> Não dava importância à família Não se cuidava O abandono do tratamento</p>
2	“... vomitava direto, perdi 25 kg”.	
3	“... quando eu ficava no sol sentia o meu corpo pinicar (...) com sangramento no nariz e com muito inchaço...”.	
4	“Estava constantemente inchada e tinha muita falta de ar e câimbras...”.	
5	“... vivia bem porem inchado (...)com um gosto amargo horrível na boca, (...)”.	
6	“... vivia bem...”	
7	“Vivia muito inchada e vomitava muito todo dia(...) pedia a Deus que mostrasse o que eu tinha. Um dia desmaiei...”.	
8	“Normal, tinha uma vida boa (...) inchaço nos pés”.	
9	“Sempre tive pressão alta tinha muito cansaço (...) ganhamos plano de saúde, foi ai que descobri que meus rins não estavam funcionando”	
10	“Não dava muita importância para (...) para a vida...”.	

Fonte: Instrumento de coleta de dados

Os temas que emergem da 1ª questão se expressam como algo real e esperado a partir dos sinais e sintomas decorrentes da doença renal e dos incômodos provocados.

Os sinais e sintomas expressos por eles os fazem associar a doença à necessidade de ter fé, a descoberta, as experiências e as afirmativas sobre seu comportamento diante da doença.

Dos 10 clientes, 2 deles não apresentam sintomas e dizem estar bem.

#### 4.8.2. Quadro IX – Unidade de Registro Extraída da Análise das Respostas dos Sujeitos da Pesquisa e Ocorrências, Classificados na Questão 2, Teresópolis – RJ 2009 Após o Início do Tratamento de HD.

QUESTÃO 2	UNIDADE DE REGISTRO	CLASSIFICAÇÃO DO PESQUISADOR
COMO VIVE AGORA, O QUE FAZ, O QUE SENTE E O QUE MUDOU EM SUA VIDA	“... não fico mais cansada nem com falta de ar...”. Ingrata “... não sinto nada como dor na barriga e vômitos...” Lú “... durmo sem falta de ar e sem câimbras”. Dora “... com disposição...” Pipi “... não sinto mais cansaço [...] minhas pernas não incham mais...”. Maria “... não fico mais cansado...” Tatu	REGRESSÃO DOS SINAIS ESINTOMAS (FISIOLÓGICO SEGURANÇA E ESPERANÇA)
	“... não faço quase nada em casa...”. Ingrata “... tive que parar de trabalhar...”. Guilherme “... não paro o dia todo...”. Pipi “... deixei de fazer alguma coisa que gostava...”. Naudinho “... não trabalho...” Maria “... não trabalho mais...” Cristiano “... mas não trabalho mais...” Tatu	ATIVIDADE LABORAL
	“... me alimento melhor...”. Ingrata	ALIMENTAÇÃO

Fonte: instrumento de coleta de dados

Após saber sobre sua doença, já em tratamento dialítico (hemodiálise), obtivemos na segunda questão, 3 evidentes hipóteses, que ressaltaram das respostas: REGRESSÃO DOS SINAIS E SINTOMAS, ATIVIDADE LABORAL E ALIMENTAÇÃO.

Diante da necessidade de bem estar do corpo, a regressão dos sinais e sintomas se mostra como se fosse “mágica”, fazendo com que o cliente tenha outros valores de sobrevivência ao iniciar o tratamento.

Os sujeitos pesquisados nos fazem acreditar que, o que querem mesmo é resolver as necessidades afetadas de ordem psicobiológicas, o que a HD parece suprir. Ao atenderem essas necessidades a partir do tratamento de HD, atendem também a necessidade de segurança, esperança e auto-estima.

O cliente renal crônico expõe em seu corpo as marcas impostas pela doença e pelo tratamento: edemas, cicatrizes decorrentes da introdução de fístulas e cateteres; a pele é alterada em sua cor, tornando-se amarelada e áspera; aumento de peso pode ocorrer, além de transtornos metabólicos que favorecem as náuseas e vômitos (MONTEIROS 1995; MARTORELLI, PECHÓN, MUSTACA, 1998 citados por VELLOSO, 2008).

A Linguagem do Corpo conscientiza o indivíduo de suas resistências e de seus conflitos afetivos e, a partir daí, tanto o terapeuta quanto seu cliente podem trabalhar novos dados que, sem a ajuda da Linguagem do Corpo, demoraria muito mais tempo e sessões para se manifestarem. O corpo mostra o que está latente no ser humano e cabe a todos os profissionais, treinarem a habilidade da percepção subjetiva e sintetizar com os fatores objetivos, para progredir na leitura e interpretação desse idioma especial do corpo.

Entendendo a Linguagem do Corpo e o significado de cada órgão

A cabeça, o tronco, os membros e cada órgão interno recebe um impulso nervoso do cérebro que é comandado pelas emoções. Quando analisamos os movimentos do corpo ou o funcionamento de cada órgão percebemos que carregamos diferentes sentimentos para diferentes movimentos do nosso corpo: O desejo de mover os dedos faz com que movamos os dedos e o desejo de expressar uma opinião faz com que abramos a boca. Mas existem desejos inconscientes que também fazem com que o cérebro impulse energia para mover ou imobilizar partes do corpo. Como exemplo disso temos muitas paralisias musculares psicossomáticas ocasionadas pelo desespero e pelo sentimento de "fim de estrada", que ocorrem quando o indivíduo percebe que não tem saída ou solução para algum problema pessoal. A tensão nervosa chega a paralisar seus membros e até a fala. Há uma infinidade de reações nervosas que causam doenças, sendo que grande parte delas a medicina não reconhece como inconscientes. Um pensamento crônico pode transformar seu corpo através das subseqüentes reações químicas comandadas pelo cérebro

Considerando que a capacidade de ouvir e compreender o outro inclui não apenas a fala, mas também as expressões e manifestações corporais como elementos fundamentais no processo de comunicação, a Cinésica, ou seja, o estudo da linguagem corporal assume um papel importante na decodificação das mensagens recebidas durante as interações profissionais ou pessoais.

A cinésica, também denominada cinética, foco central deste trabalho, foi estudada por BIRDWHISTELL<sup>2</sup>, antropólogo pioneiro em tentar compreender a linguagem do corpo. Ele se dedicou ao estudo dos movimentos corporais e não identificou qualquer expressão facial, atitude ou posição do corpo que tivesse o mesmo significado nas diversas sociedades. Considera que não há gestos ou movimentos corporais que possam ser considerados como símbolos universais e, que toda cultura tem seu repertório gestual.

A linguagem do corpo na DRC é estabelecida uma linguagem da doença crônica com a pessoa. Quanto mais essa linguagem for entendida, em seus limites orgânicos, a adaptação se estabelece com maior proximidade desta.

O cliente em tratamento de hemodiálise fica limitado diante das suas vontades e atividades laborais, mesmo mostrando-se com mais disposição.

A insuficiência renal é um processo dinâmico, com várias alterações metabólicas, hormonais e bioquímicas, podendo modificar o metabolismo das vitaminas e dos oligoelementos. A extensão dessas anormalidades depende de muitos fatores, entre eles o grau da insuficiência renal e o tipo da terapia substitutiva (diálise), podendo ser perdidos ou acumulados.

A evidência de desnutrição tem sido relatada em DRC na fase pré-dialítica. É alta a incidência de desnutrição em pacientes que iniciam diálise. Portanto, toda a evidência indica que a desnutrição se instala em pacientes com DRC antes da fase terminal que antecede a diálise.

**As causas de desnutrição na fase pré-dialítica são:**

- Redução na ingestão de nutrientes por anorexia, depressão ou enfermidades associadas: perdas dos dentes ou incapacidade de comprar ou preparar os alimentos;
- Enfermidades crônicas associadas;
- Enfermidades agudas intermitentes;
- Alterações hormonais;
- Acúmulo de toxinas urêmicas;
- Perda da atividade metabólica dos rins.

Embora a desnutrição seja mais acentuada em clientes com DRC na fase pré-dialítica, existem outros déficits nutricionais nos clientes em diálise pois os métodos dialíticos só substituem em parte a função dos rins.

A alimentação e a ingestão hídrica para o cliente que chegou do tratamento conservador na hemodiálise é visivelmente modificada. Este cliente que estava com restrições de grandes aportes nutricionais devido ao estágio da doença renal, hoje com o tratamento de hemodiálise sentiu-se melhor, sem as náuseas e vômitos, além de comer de acordo com seus costumes, mesmo ainda tendo algumas restrições, como por exemplo, a dos alimentos que contém potássio.

Mesmo nas convergências, com relação às dietas e restrições entre os tratamentos TC e HD, não é possível viver sem restrições em abundância com relação à alimentação e ingestão hídrica.

#### 4.8.3. Quadro X – Unidade de Registro da Análise das Respostas dos Sujeitos da Pesquisa e Frequência, Teresópolis, 2009 – Após Comparação dos Tratamentos (TC E HD)

QUESTÃO 3	COMPARAÇÃO CRÍTICA DO TC E HD MOSTRANDO A PREFERENCIA	CLASSIFICAÇÃO DO PESQUISADOR
HD/9	“porque no tratamento conservador [...] não estava adiantando...”. Ingrata	<b>Confiança</b> <b>Acesso a rede SUS</b> <b>Fisiológico</b> <b>Segurança</b> <b>Estética</b> <b>Esperança</b> <b>Preconceito</b>
	“... era muito difícil conseguir as consultas”. Lú	
	“porque [...] não fico mais inchado”. Guilherme	
	“porque depois que comecei a fazer hemodiálise eu nasci de novo...”. Dora	
	“porque é um tratamento eficaz”. Pipi	
	“... tudo melhorou com esse tratamento”. Maria	
	“.. em tratamento no ambulatório andava muito tonto e tinha muitas câimbras”. Cristiano	
	“porque me sinto com saúde sem doença”. Tatu	
	“... no tratamento conservador vivemos com medo...”. Simone	
TC/1	“porque [...] podemos morrer a qualquer momento na máquina...”. Naudinho	

Fonte: Instrumento de coleta de dados

Das 10 respostas sobre a comparação dos tratamentos, 9 escolheram a hemodiálise, devido a ausência ou regressão dos sinais e sintomas; 1 relatou preferir o tratamento conservador porque tem medo de morrer na “máquina”.

A máquina de hemodiálise, ainda que para muitos clientes renais ela possa ser considerada como ameaçadora da condição humana, mostra-se como ESPERANÇA de vida para os clientes portadores de doença renal crônica, dependentes do aparato tecnológico para viver

Assim, o que representa para o paciente dialisado estar conectado a um sofisticado aparelho, (atualmente podendo ser computadorizado), que executa as funções antes feitas dentro do seu próprio corpo? É a máquina- prótese robótica – funcionando como extensão do corpo do homem, permitindo-lhe viver. Como estes pacientes subjetivam essa experiência? Como constroem suas vidas ao redor dessa máquina-dependência?

Pierre Lévy (1996), comentando a respeito dos avanços biotecnológicos e seus efeitos na forma de virtualização do corpo humano, já que tornam exterior “nossa interioridade orgânica”, diz que “todas essas performances classicamente privadas, tornam-se capacidades públicas, externalizadas”. Daí chamar de “efeito Moebius” essa dialética interior-exterior, na qual se dá a “socialização das funções somáticas”.

Assim, na medida em que há essa exterioridade da vida interna dos seres humanos, o corpo é virtualizado, portanto, reencarnado, multiplicado.

Esse caráter de ser duplo lembra o “Estranho”, ao qual Freud faz referência em 1919, afirmando que a invenção do duplicar resulta de “defesa contra a extinção”. Na hemodiálise, a máquina como duplo surge para evitar a morte. Mas Freud (1919) indica que: “o duplo, depois de haver sido uma garantia de imortalidade, transforma-se em estranho anunciador da morte”.

Na próxima questão do roteiro de investigação que versou sobre o que tem sido fácil e difícil para o cliente após ter começado a hemodiálise, foi construído, a partir das respostas dos sujeitos o seguinte quadro demonstrativo:

**4.8.4. Quadro XI – Unidade de Registro Extraída da Análise das Respostas dos Sujeitos da Pesquisa e Incidências, Classificados na Categoria Teresópolis – RJ, 2009 – Conseqüências da Hemodiálise**

QUESTÃO 4	INCIDENCIAS	UNIDADE DE REGISTRO	CLASSIFICAÇÃO DO PESQUISADOR
<p>DEPOIS QUE COMEÇOU O TRATAMENTO O QUE TEM SIDO FÁCIL OU DÍFÍCIL DE FAZER?</p>	<p><b>FÁCIL</b></p>	<p>“Comer sem vomitar e dormir sem falta de ar”. Ingrata “Dormir e conseguir me alimentar”. Lú “Não pagar passagem [...] recebo pelo governo...”. Guilherme “dormir porque não tenho mais falta de ar”. Dora “Me alimentar...”.Pipi “... nada [...] me sinto doente, a maquina me faz lembrar disso”Naudinho.. “Não da [...] para comparar minha vida esta bem melhor”. Maria “... O ânimo [...] Hoje gosto de sair arrumado”. Cristiano “... ser independente...” Tatu “ Alimento-me melhor”. Simone</p>	<p>ATENDE AS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS</p> <p>AUTO-ESTIMA CONFIANÇA SEGURANÇA ALIMENTAÇÃO ESPERANÇA ELEMINAÇÃO</p>
	<p><b>DIFÍCIL</b></p>	<p>“... compromisso [...] de diálise três vezes por semana”. Ingrata “... conviver com a nova rotina”. Lú “Usar menos o braço da fístula...”. Guilherme “... andar [...] não tenho equilíbrio”. Dora “... prende agente um pouco...”. Pipi “... não consigo emprego”. Naudinho “... meu sonho era enxergar vocês”. Maria “Sair da cama muito cedo...” Cristiano “... levantar cedo para dialisar...”. Tatu “... o aparecimento da Hepatite C...” Simone.</p>	<p>NECESSIDADE DE ADAPTAÇÃO AO NOVO ESTILO DE VIDA</p>

Fonte: Instrumento de coleta de dados

Nas respostas sobre o que tem sido fácil ou difícil no tratamento de hemodiálise, foi mostrado satisfatório devido ao resgate das necessidades humanas básicas e insatisfatório com relação à adaptação ao tratamento.

A hemodiálise traz possibilidades de atender algumas necessidades humanas básicas afetadas, mas por outro lado, implica na dificuldade de adaptação ao estilo de vida, pois estar ligado, dependente à uma máquina parece ser marcante, uma representação de um corpo doente, o que de certa forma poderá contribuir para o comprometimento da qualidade de vida também.

Aqui termina o processo de exaustividade decorrente da análise dos resultados produzidos quanto estabelecemos o contato com os resultados nos deixando invadir por eles, que Bardin(122) diz ser “flutuante quando a leitura vai se tornando mais precisa(...)”.

Definido o corpus que foram as entrevistas onde trabalhamos todos os elementos (temas) dado pelos clientes como resposta a nossas questões, não deixando de fora nenhuma informação, pois elas eram de nosso interesse e que “ justificam no plano do rigor”(123).

## **5. A EXPLORAÇÃO DO MATERIAL**

Ela aconteceu quando fomos colocando nos quadros “como uma conclusão da pré-análise, fase da análise propriamente dita e que nos é mais que a aplicação sistemática das decisões tomadas”.

Iniciamos nos quadros a operação de decodificação, decomposição ou enumeração em função da regra escolhida- exaustividade.

## **6. TRATAMENTO DOS RESULTADOS OBITIDOS E NTERPRETADOS**

Neste instante buscamos nas unidades destacadas nos quadros, retiradas dos dados brutos dos “falantes” e validos, mas não submetemos a provas estatísticas, como nos orienta Bardin(127).

No entanto, como os resultados a nossa disposição e que consideramos significativos, fizemos inferências e interpretações sobre o que era esperado e o que era inesperado.

Considerando estas possibilidades, é imprescindível registrar que em algumas unidades de significação apresentadas pelos clientes renais identificamos conflitos entre as orientações dadas no tratamento conservador relacionadas à individualidade de cada um.

Assim, é proporcionada a narrativa dos participantes uma imposição ao “cuidado”, pela equipe interdisciplinar, em contradição com o desejo de viver, apresentando no cotidiano de cuidar em saúde, regras pré estabelecidas do modelo biomédico.

Durante as entrevistas, alguns clientes descreveram suas trajetórias com relação aos sinais e sintomas que já viviam antes mesmo de descobrir de fato que eram portadores de DRC.

Eventos independentes da questão apresentado na entrevista, pelos depoentes e o pesquisador não interferiram na construção das respostas, visto que os discursos relacionados com a experiência de ter sido submetido ao tratamento conservador e a de estar no tratamento dialítico-hemodiálise foram imprescindíveis para a pesquisa não sofrendo modificações pelo local do tratamento oferecido.

### **6.1. A Codificação**

Essa fase corresponde a uma transformação do que já encontramos que é por recorte e aproximações segundo Bardin (129);

“A codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregado em unidades(que estão nos quadros) o que permitirá a descrição das características pertinentes ao conteúdo” e que compreende 3 escolhas como:

1. Recorte- escolha das unidades que estão nos quadros;
2. Enumeração- escolhemos regra de contagem;
3. Classificação e agregação- escolha das categorias.

Diante da unidade de registro destacados no quadro, e definidas por Bardin(130/131) como: Unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento do conteúdo a considerar como unidade de base e pode ser de natureza e de dimensões muito variadas.

“Destacamos a frase que respondia ou não a questão como unidade significante”.

### **6.2. A Categorização**

A categorização em Bardim (145) é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento re-agrupamento segundo gênero ( analogia), com os critérios previamente definidos. São rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro na análise de conteúdo) e podem ser semântico (categorias temáticas) que é o que fizemos e pode ser

ainda sintática( os verbos, os adjetivos) e a léxica( classificação das palavras seguindo o seu sentido(...)).

Neste momento empregamos o processo por “caixa” quando decidimos definir repartir os elementos que foram encontrados como mensagens dos clientes com nefropatias e responderam sobre viver antes e depois de iniciar o tratamento em hemodiálise.

Assim, escolhemos caixas para colocar conteúdos pertinentes a cada uma delas que se justificam a partir da questão e da resposta:

**6.2.1. Caixa nº. 1: Como era ser doente antes de iniciar HD ( Q.III)**

**6.2.2. Caixa nº. 2: Como e estar em tratamento dialítico (Q. IV e V)**

**6.2.2. Caixa nº. 3: Porque a opção pela hemodiálise e que motivos, explicações, facilidades e dificuldades (QUADROS II, III, IV ,V e VI).**

Os elementos- unidade de registros selecionada dentro de cada gaveta deu origem a CATEGORIAS:

- **VIVER A VIDA ANTES DO TRATAMENTO**, com **O CORPO** que desagrada e os sinais e os sintomas da **DOENÇA**; a realidade da doença renal crônica.
- O **(DES) CONFORTO** na transição do **TRATAMENTO CONSERVADOR** para a **HEMODIÁLISE**: Implicações para o **CORPO** com a doença: impressões e enfrentamentos.

## **7. ANALISE DA DISCUSSÃO**

As categorias surgidas no estudo

Após diversas leituras ora geral ora detalhada durante todo o processo de organização e análise do que havíamos produzido, chegamos as categorias que tem fortes marcas às respostas do que foi perguntado aos clientes que centrasse no VIVER antes e depois do início do tratamento de hemodiálise.

Todas as entrevistas foram utilizadas independentes da saturação dos dados. Optou-se como técnica de interpretação a convergência dos relatos, após leitura e releitura para que emergisse das respostas às categorias, baseadas na análise temática de conteúdo descrita por Bardin (1977, p. 42), como:

“Um conjunto de técnicas da comunicação visando obter indicadores quantitativos ou não por procedimentos

sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens e obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” dos clientes. Feito isto as categorias a seguir serão analisadas a luz de referencial teórico pertinente a cada uma delas.

### 7.1. Categoria 1

- **VIVER A VIDA ANTES DO TRATAMENTO**, com **O CORPO** que desagrada e os sinais e os sintomas da **DOENÇA**; a realidade da doença renal crônica.  
(Q.III)

Esta categoria diz respeito a pergunta do questionário quando foi solicitado aos clientes que relatassem como viviam antes de saber do diagnóstico da DRC e que precisavam de Tratamento Conservador ou de diálise. Emergiu as respostas da seguinte categoria embasada nas declarações, destacadas a seguir. O ponto central é VIVER com as complicações da DRC que se explicam assim:

*“... vivia bem, porém inchado, [...] com um gosto amargo horrível na boca...”. Pipi*  
*“Já vivia com algumas complicações como inchaço, fraqueza [...] o que comia vomitava...” Ingrata*  
*“Sempre tive pressão alta tinha muito cansaço...” Tatu*  
*“Não dava muita importância para minha família, para a vida”. Simone*

È possível ver que edema, vômito, hipertensão, gosto amargo na boca e perda de peso são sintomas clássicos da DRC que em quase todas as falas são relatadas. Portanto é a categoria que fala da doença, mesmo que dentre os 10 respondentes, 3 tenham relatado que viviam bem.

O viver bem declarado por esses clientes junto às complicações advindas da doença prevaleceu em seis respostas. Somente uma pessoa destacou que não dava muita importância à relação estabelecida, no caso, com os familiares, o que é relevante, tendo em vista a valoração da subjetividade.

Segundo Carvalho apud Mello Filho (2000) diante da evolução da doença que é :

Caracterizada por um depauperamento físico progressivo, destacamos a perda da função urinária, condição que faz parte da vida da grande maioria dos pacientes renais crônicos. Vinculada a uma região corporal que, sem dúvida nenhuma, é alvo de intensos investimentos afetivos, depositária de inúmeras fantasias, encerra simbolismos diversos. Sua perda significa a perda de um objeto corporal cujo luto supomos de difícil realização, a qual pode ser vivida como uma castração, talvez não no sentido edípico do termo, mas como uma falta ou morte desse objeto.

A angustia decorrente da possibilidade real ou imaginária da morte e do “viver” uma sobrevida passam a constituir o eixo central da existência desses pacientes, engendrando importantes mudanças nas relações que mantêm consigo mesmo, com seus corpos e com os outros. A ameaçada perda

de vínculos com a família e com os mais próximos está sempre presente.

Com relação aos conceitos de doença e saúde, de acordo com uma visão holística transdisciplinar, saúde não é a ausência de doenças, mas uma capacidade de nos autocuidarmos para superar algum tipo de desequilíbrio. A doença, então, faz parte da saúde, pois sem ela o novo equilíbrio não pode ser alcançado; a doença é, portanto, “um meio não intencional” de resolver problemas de saúde. Saúde é também, um movimento interno de auto-organização, através do qual nos mantemos equilibrados, podendo transcender a nós mesmos para alcançar novos estágios de desenvolvimento. (VICINI, 2002).

Saúde é uma expressão de vida, um movimento que vai além da homeostase dos sistemas do organismo. Não é em si, uma categoria, mas é a expressão de um indivíduo sobre o sentido da sua própria existência. Nesse sentido, o significado atribuído pela pessoa atravessa o processo do adoecimento e da própria morte.

Viva como diversos movimentos de ser, existir é ter algo concreto ou subjetivo que pode ou não impulsionar a pessoa para o estado de bem estar que nos pode ser físico, mas social gregário, de pertencer a alguém, a alguma comunidade, um estado espiritual tão fortalecedor que a doença pode ser “apenas um detalhe”.

Os organismos vivos têm um potencial inerente para se superar a fim de criar novas estruturas e novos tipos de comportamento. (CAPRA, 1982).

Para alcançar o “bem-estar”, as pessoas tentam constantemente, modificar o meio em que vivem para satisfazerem suas necessidades, tornando-se mais ativo na construção de seu processo de saúde, diferente de quando estão impostas a um tratamento já protocolado onde a decisão do cliente é ofuscada.

Necessidades Humanas Básicas (NHB) bastante conhecidas e que tem orientado a enfermagem em suas decisões de cuidar. No entanto a implicação de cuidar olhando para as NHB tem privilegiado mais as questões da doença do que da saúde e tem deixado a enfermagem numa encruzilhada entre saúde e doença.

A enfermidade merece destaque no processo saúde-doença, pois o *modus vivendis* das pessoas diferenciam-se pelas prioridades de vida com seus respectivos valores. Existem clientes com doenças crônicas que se consideram sadios, outros “aparentando saúde”, vivenciam problemas de ordem pessoal, tendo tamanha relevância que arruína o seu bem-estar.

Enquanto a doença é uma condição de uma determinada parte do corpo, afetada por um evento que o prejudica, a enfermidade está relacionada à totalidade do ser humano. Uma pessoa pode

estar enferma mesmo sem apresentar qualquer doença.  
(VICINI, 2002, p.65)

Mas esta categoria fala de mal estar de um corpo que é proibido de beber água, de se alimentar, que vive sob o terror do proibido, da aparência que não gosta e do desconforto em viver.

Estar “inchada”, edemaciada é estar gorda, baixa sua auto estima o que a faz se sentir infeliz.

Necessidades Humanas tão antigas quanto à necessidade de viver e ter saúde e que exigem de nós posições tão antigas e ao mesmo tempo atuais antigo. HENDERSON(1981 p 11)diz que a enfermeira deve unir esforços para criar um conjunto de atividades que conduzem um indivíduo saudável e que “ a função peculiar do enfermeiro é dar assistência ao indivíduo doente ou sadio no desempenho de atividades que contribuem para manter a saúde ou para recuperá-la ( ou ter uma morte serena)”.

Diz ainda que nossa atenção é para as necessidades fundamentais do ser humano e sua inter-relação com a Enfermagem Básica, sempre voltada para as funções básicas do corpo como respiração, eliminações, alimentação e os cuidados de enfermagem estão mais para atender o corpo com desvio de saúde.

Os doentes nesta categoria ao responder que não vivem bem quando destacam sintomas que fazem seu corpo inchar, sentir gosto ruim, ter hematúria são complicações próprias da doença que retém água e toxinas no corpo.

Sentir gosto ruim, amargo na boca é algo que nos preocupa como enfermeiras pois sabemos que isso só melhora quando essas toxinas são retiradas do corpo através dos tratamentos instituídos.

O cliente portador DRC teve seu modus vivendi alterado e conseqüentemente seu sentido de bem estar, decorrente dos sinais e sintomas, embora não associasse os desconfortos vivenciados à doença. O corpo já sinalizava a perda que se instalava progressivamente.

Os doentes que se sentem desconfortáveis podem apresentar sintomas variados e exigem que cuide deles.

Cuidar deles exige trabalho interdisciplinar, para encarar a saúde e a doença com sabedoria no modelo curativista, o conhecimento às pessoas a quem é prestado o cuidado recebe importância singular, pois é centrado na doença refletindo no tratamento individualizado de cada cliente. Provavelmente este “não se sentir bem” está na condição de que o TC é uma atividade de controle, de restrições: não comer, não beber e continuar

inchado e com o gosto ruim na boca, cansada, com dor na barriga, vômitos, falta de ar é algo que precisa mudar.

Segundo. (TAVARES; 1994 p. 89);

Evolução tecnológica e científica baseada no conhecimento biomédico deu grandes saltos e contribuiu inegavelmente à atenção e ao controle dos riscos de doenças.

[...] saúde e doença em sentido absoluto não existem. Ambas em uma totalidade, de um processo, a prova disso é que não se consegue definir uma sem falar na outra.

Adoecer traz diversas implicações para eles, no trabalho, na família e na sociedade.

Para eles recursos financeiros são fundamentais;

Para Souto (2003 p.37).

O trabalho envolvendo a limitação social é entendido como todo esforço que o homem, no exercício de sua capacidade física e mental executa para atingir seus objetivos em consonância com os aspectos éticos. Todo homem tem direito ao trabalho digno, a fim de realizar-se e garantir sua subsistência, assim como daqueles por quem é responsável, mas, em contrapartida, o trabalhador só consegue realizar suas atividades laborais se possuir condições físicas, mentais e sociais articuladas aos fatores intrínsecos do trabalho como realização completa da jornada de trabalho, o que muitas vezes para o paciente renal crônico estas condições não são possíveis.

Verifica-se que o trabalho também interfere na vida do indivíduo, já que é muito difícil manter vínculo empregatício formal, tanto pela rotina do tratamento, como pelas limitações físicas advindas com o problema renal. Tal situação provoca uma diminuição da auto-estima dos indivíduos que passam a ser dependentes financeiramente e precisam, na maioria das vezes, do auxílio de um familiar ou pessoa próxima. A responsabilidade em manter a família é transferida para outra pessoa.

Os indivíduos são limitados após o início do tratamento hemodialítico, favorecendo o sedentarismo e a deficiência funcional, fatores que se refletem na vida diária do paciente (MARTINS & CESARINO, 2005).

Campos (2002) afirmam que os vínculos informais acomodam melhores esses pacientes, pois podem escolher a atividade que melhor se adapta tendo que se conformar com suas limitações e estado geral e, principalmente, horários e períodos mais flexíveis para o seu desenvolvimento de seu tratamento.

O indivíduo que atinge um nível de adaptação em uma jornada freqüente, uma rotina incessante resulta em uma monotonia, sendo difícil aceitar o fato de ter que retornar em breve

para uma nova sessão e assim por diante, contribuindo para o sentimento de desesperança e invalidez.

Aposentadoria por invalidez é o benefício concedido ao segurado da Previdência Social atingido pelo risco social incapacidade total e definitiva para o trabalho. Uma vez cumprida, quando for o caso, a carência exigida, será devida ao segurado que, estando ou não em gozo de auxílio-doença, for considerado incapaz e insusceptível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência, e ser-lhe-á paga enquanto permanecer nesta condição.

Auxílio-doença é o benefício concedido ao segurado da Previdência Social atingido pelo risco social doença. Tem direito a esse benefício o segurado impedido de trabalhar por mais de 15 dias consecutivo, por motivo de doença ou acidente.

O contribuinte individual (empresário, profissionais liberais, e outros), desde que requeira o benefício receberá da Previdência Social todo o período da doença ou do acidente.

O segurado deverá se submeter a perícia médica da Previdência Social, e, ficando comprovada a incapacidade receberá o benefício.

Nesse contexto, de acordo com a individualidade de cada cliente, há uma necessidade do profissional de saúde elaborar ações direcionadas a aceitação da DRC, tendo em vista a saúde como bem estar. A utilização de linguagem adequada, atividade e procedimentos que priorizem a estrutura sócio-econômico e cultural são estratégias relevantes.

O medo e a ansiedade podem levar à negação da doença pelo cliente; a negação é um tipo de comportamento que faz com que essa pessoa ignore os sintomas ou minimize a sua importância. A raiva, a agressividade, o mau humor e a depressão constituem comportamentos que, se não forem trabalhados adequadamente dificultam o sentido do bem estar, no tratamento adotado. (LIMA, 2004)

## 7.2. Categoria 2

- O **(DES) CONFORTO** na transição do **TRATAMENTO CONSERVADOR** para a **HEMODIÁLISE**: Implicações para o corpo com a doença, impressões e infrentamentos na vida do cliente renal. (Q. III, IV, V e VI)

A limitação de nossas ações de enfermagem na relação entre cuidar e confortar por entender que, quando estamos cuidando de nossos clientes deixamos muitas vezes de considerá-los em sua totalidade ao direcionar nossa assistência apenas para satisfazer as necessidades biológicas, muitas vezes, desconsiderando seus desejos e sua espiritualidade,

como dimensões a serem também consideradas numa proposta de cuidados confortantes, que penso: o cliente e a enfermeira serão capazes de dimensioná-los por estarem, na condição de receptor e oferecedor do mesmo. Elas acreditam que tudo pode melhorar no plano de intercâmbio de idéias (Silva 2008).

Para alguns autores, a palavra *conforto* designa e relaciona ao cuidado de enfermagem, sentimentos e emoções e tudo aquilo que está adequado e adaptado, na assistência aos clientes, que consola e traz prazer, que é ajustado e apropriado, ou, que é ainda convenientemente oportuno (Schmid, 2005).

A falta de delimitação do conforto poderá resultar em um conceito incompleto de cuidado de enfermagem, tendo em vista que tal conceito estará também sujeito às condições físicas, fisiológicas, psicológicas, espirituais, sócio-econômicas etc., permitindo que as ações (des) confortantes provoquem respostas adversas que só o cliente que vive a experiência poderá relatar (Silva et AL 2008).

Assim sendo, só podemos explicar o significado e o sentido de *conforto* articulando essa palavra e o conceito de cuidado de enfermagem a um contexto *cultural* e, é claro, tendo-se alguma experiência do que implica o desconforto. A simples delimitação dos aspectos físicos e fisiológicos do conforto, portanto, - (sinais observáveis, mensuráveis e tecnicamente manipuláveis), já favorece, por si, a proposição do cuidado de enfermagem, mesmo que abordado especificamente em ambiente hospitalar, onde se executa o plano assistencial, ou em outras situações externas, onde enfermeiras e clientes se encontram.

Esta categoria trata da mudança de tratamento do cliente renal, do conservador para a hemodiálise. Ir para a máquina significou para o doente ficar bem, sem edema, sem gosto amargo na boca, mais magra e mais bonita. Estar na máquina com que sintam um bem estar, que para nós, mesmo que os sintomas tenham sumido é inesperado.

O inesperado surpreende-nos. É que nos instalamos de maneira segura em nossas teorias e idéias, e estas não têm estrutura para acolher o novo. Entretanto, o novo brota sem parar. Não podemos jamais prever como se apresentará, mas deve-se esperar sua chegada, ou seja, esperar o inesperado. (MORIN, 2001)

Como o bem-estar é subjetivo e vai depender da cultura e forma de encarar os problemas da vida, o estado de adoecimento pode ser visto por alguns como uma oportunidade de rever a vida e a forma de viver, um momento de reflexão e pode até representar ganhos qualitativos posteriormente. Para outros, o estado de morbidez pode representar o fim, levar a processos de depressão e arruinar o ritmo considerado normal e saudável da vida agitada. Logo, a doença possui influência do aspecto biológico, espiritual,

social, psicológico e do acesso aos recursos essenciais que promovem a manutenção da saúde e bem-estar. A doença ganha voz pelo sujeito que sente, pensa e constata.

Por incrível que pareça sair do tratamento conservador para a hemodiálise é para eles uma experiência positiva quando nós da saúde temos a intenção de retardar maior tempo possível a sua chegada na HD.

Se sentir bem é uma situação que deve ser mantido e para isso exige um trabalho interdisciplinar porque envolve a própria doença, envolve manter físico e emocionalmente bem.

Esse trabalho interdisciplinar na condição de manter a saúde e o bem estar mesmo com nefropatia.

Para promover a saúde devem-se considerar as desigualdades históricas sociais, entre gêneros, brancos e negros, com relação à renda, acesso à educação e à saúde.

A comparação dos sinais e sintomas apresentados pelos doentes nos faz associar que o tratamento na hemodiálise trouxe, segundo os clientes da pesquisa, sensação de bem estar com relação ao corpo.

Alguma forma controlando esse problema (o controle expressaria algum tipo de equilíbrio), ter uma percepção de bem estar. Há, portanto e certamente, pessoas saudáveis, mas não no sentido de que estariam isentas de doenças. A saúde é um estado subjetivo: o que é saudável ou doentio, normal ou anormal é definido de forma diferente de uma cultura para outra. (VICINI, 2002).

Mesmo se sentindo bem para o cliente acometido por nefropatia grave, o governo não exige prazo mínimo de contribuição devendo, ser comprovada à qualidade de segurado. Estar bem para eles envolve a liberação de poder comer e beber, com restrição mínima.

O alimento para muitas pessoas é grande fonte de prazer, um mundo complexo de satisfação tanto fisiológica quanto emocional, que guarda grande parte das lembranças de nossa infância.

O paladar é um sentido íntimo, porque não podemos sentir gosto à distância. E esse gosto tem a composição individual de cada indivíduo.

Os adultos possuem cerca de 10.000 papilas gustativas, agrupadas por temas (salgado, amargo, doce, azedo), em vários pontos da boca. A maior parte do paladar não acontece no centro da língua, pois existem ainda papilas gustativas incidentais no palato, na faringe e nas amígdalas. Com a ponta da língua sentimos os gostos doces; os amargos, com a parte de trás; os azedos, com as laterais; e os salgados com toda a superfície, mas principalmente com a parte frontal.

O limiar do reino para a amargura é a parte mais inferior, pois as papilas para o gosto amargo ficam localizadas no final da língua; essas papilas servem também como última defesa contra um perigo, fazendo-nos engasgar e, assim, evitando que uma substância qualquer desça para a garganta. (ACKERMAN, 1992).

Estar bem envolve, além da alimentação, uma questão de estética do corpo, de perder emoções negativas, como afirmam:

“... estou magrinha [...] não tenho mais medo de comer.” Maria  
 “... estou mais bonita [...] A fistula não me incomoda”. Dora  
 “... mais magro, apareceram espinhas nas costas e na minha testa...”. Naudinho  
 “... a fistula deixa o braço feio [...] meu corpo como mulher ficou pouco desenvolvido...”. Simone

O Ser Humano como ser estético, é permanentemente atraído pelo belo. O homem é o único ser vivo capaz de experienciar emoções estéticas e compreender o belo. Em virtude dessa característica peculiarmente humana, ele se enfeita, cria a moda e faz objetos sem qualquer finalidade utilitária, mas somente para se deleitar e se contentar.

O homem não é somente um apreciador do belo e das coisas belas. Ele pode criar inventar e renovar o belo por meio da arte, que nada mais é do que a maneira intuitiva segundo a qual apreende a natureza, a realidade concreta e existencial que o cerca.

Estética é a área da filosofia que estuda racionalmente o belo - aquilo que desperta a emoção estética por meio da contemplação - e o sentimento que ele suscita nos homens. A palavra estética vem do grego *aesthesis*, que significa conhecimento sensorial ou sensibilidade, e foi adotada pelo filósofo alemão Alexander Baumgarten (1714-1762) para nomear o estudo das obras de arte como criação da sensibilidade, tendo por finalidade o belo.

Embora a expressão "estética" tenha uso recente para designar essa área filosófica, ela já era abordada sob outros nomes desde a Antiguidade. Entre os gregos usava-se frequentemente o termo *poética* (*poesis*) - criação, fabricação -, que era aplicado à poesia e a outras artes. Aos poucos, a estética passou a abranger toda a reflexão filosófica que tem por objeto as artes em geral ou uma arte específica. Engloba tanto o estudo dos objetos artísticos quanto os efeitos que estes provocam no observador, abrangendo os valores artísticos e a questão do gosto.

Contemporaneamente, sob uma perspectiva fenomenológica, não existe mais a idéia de um único valor estético (o belo) a partir do qual julgamos todas as obras de arte. Cada objeto artístico estabelece seu próprio tipo de beleza, ou seja, o tipo de valor pelo qual será julgado. Os objetos artísticos são belos porque são autênticos segundo seu modo de ser

singular, sensível, carregando significados que só podem ser percebidos por meio da experiência estética.

*Esta categoria traz embutidos os diversos motivos da escolha pelo tratamento de HD cujas falas apresentadas são controversas:*

“Nada [...] não deu tempo para obter melhoras...”. Ingrata

“Agendamento automático...”. Lú

“... reagendar as consultas com mais facilidades [...] não tive esclarecimento [...] que se não me tratasse chegaria à diálise”. Guilherme

“Não sei dizer [...] falarem [...] o que realmente é a diálise”. Dora

“... que mostrasse a realidade da nossa saúde”. Pipi

“... bom hoje eu voltaria atrás”. Naudinho

“Liberar mais a comida e o sal, porque eles proíbem tudo”. Maria

“Liberaria mais [...] porque comer sem o sal é muito ruim”. Cristiano

“Complicado, eu mudaria tudo porque só com a diálise que melhorei...”. Tatu

“É importante [...] liberar mais um pouquinho as restrições”. Simone

Também incluir a exigência da explicação de VIVER, onde duas frases foram destacadas e cada uma delas com suas explicações:

1) “É tudo, é poder viver mesmo com os problemas...”. Ingrata

“*Estar bem...*”. Lú

“*Viver com harmonia...*”. Guilherme

“... *é tudo, é viver apesar de tudo...*” Dora.

“*É tudo [...] é um presente*”. Pipi

“... *querer viver...*”. Naudinho

“*É tudo abaixo de Deus...*”. Maria

“... *a vida é tudo é estar bem com si mesmo...*”. Cristiano

“*Poder conversar com os amigos...*”. Tatu

*“... estar bem comigo mesma”. Simone*

2)“Muito serio com suas conseqüências trágicas relacionadas com a morte, se não se cuidar”.

Pipi

*“Sou obrigada a encarar porque não adianta fugir...” Ingrata*

*“A gente passa o que Deus nos dá, a gente não escolhe...” Lú.*

*“Uma catástrofe...” Guilherme*

*“É chato...” Dora*

*“Saber que pode morrer...” Naudinho*

*“... não sinto que sou doente...” Maria*

*“... não é a mesma coisa de quando não se tem uma doença”. Cristiano*

*“É uma doença ruim...” Tatu*

*“É uma doença ruim [...] não somos nada.”. Simone*

Por fim os sujeitos da pesquisa disseram o que esperam e desejam do tratamento de hemodiálise, a qual é a realidade e esperança para o futuro

## 8. QUADRO XII – VIVER NA ESPERANÇA DO FUTURO.

O QUE ESPERAM DO TRATAMENTO DA HEMODIÁLISE	UNIDADE DE REGISTRO	O QUE DESEJAM DO TRATAMENTO DA HEMODIÁLISE	UNIDADE DE REGISTRO
	“Recuperar o rim ou ir para o transplante.” Ingrata		“Poder tomar água, suco a vontade”. Ingrata
	“Espero ficar boa”. Lú		“Espero que apareça um rim para mim”. Lú
	Prolongar um pouquinho mais a vida, porque sei que não tem jeito. Terei que fazer esse tratamento para não morrer”. Guilherme		“Manter-me bem, pelo menos por mais tempo”. Guilherme
	“ficar bem”. Dora		“Sair dele para o Transplante”. Dora
	“Que me de sustentação para sobreviver”. Pipi		“A cura”. Pipi
	“Ficar bem até o transplante”.Naudinho		“Ficar bom sem o transplante”. Naudinho
	“Manter-me bem”. Maria		“Não voltar ao que era antes. Estou muito bem depois que iniciei o tratamento”. Maria
	“Estar bem”.Cristiano		“Manter-me bem para ter oportunidade para o transplante”. Cristiano
	“Ficar bem e não passar mal”. Tatu		“Melhorar dos rins, tenho esperança que meus rins voltem a funcionar”. Tatu
“Me manter bem”. Simone	“Ficar bem até o transplante”. Simone		

Fonte: Instrumento de coleta de dados

A máquina, embora possa estar relacionada à idéia de doença e restrições, é ela que ao mesmo tempo mantém viva as esperanças dos clientes renais crônicos.

## 9.Considerações Finais

Nas considerações pensamos no delinear dos significados e enfrentamentos dos clientes renais crônicos, junto à prática de enfermagem em nefrologia, entre o tratamento conservador e a hemodiálise com base nas categorias emergentes a partir das respostas de 10 (dez) clientes em tratamento hemodialítico provenientes do tratamento conservador, valendo lembrar que alcançamos com essa pesquisa, os seguintes objetivos traçados: descrever o significado do tratamento conservador e da hemodiálise para o cliente renal crônico, identificar os critérios utilizados pela equipe junto ao cliente para mantê-lo no tratamento conservador, analisar as implicações desse tratamento conservador na qualidade de vida dos clientes renais crônicos, determinar quais são os fatores decorrentes do tratamento conservador ou da HD, que possam ser impeditivos ou facilitadores no desejo da manutenção da vida a partir das informações dos clientes.

Sabe-se como foi apontado por Valladares (1984) que a uremia, além de possuir um caráter crônico, tem como opção de tratamento um procedimento que por si próprio produz inabilitação, seja pela rotina imposta, seja pelas intercorrências físicas.

A totalidade dos pacientes entrevistados se sente beneficiada por ter a alternativa da hemodiálise para prolongar suas vidas e até simboliza a máquina como a própria vida, porém, a minoria dos pacientes vivencia uma situação ambígua, ou seja, ao mesmo tempo em que representa a máquina de diálise como algo vital, que “salva”, simboliza-a também como um objeto persecutório e destruidor. Essa ambigüidade inferida na forma como enunciam simultaneamente uma proposição e, imediatamente, o seu contrário, revela bem o conflito que vivenciam.

A máquina está aí no lugar da vida, mas, ao mesmo tempo, da morte. Essa duplicidade de posições confirma a advertência de Freud (1919) quando fala do ‘Estranho’, o ‘duplo’, como aquele que aponta para a imortalidade, mas, ao mesmo tempo, atesta a morte.

Em primeiro lugar podemos afirmar que pacientes expostos ao impacto de um diagnóstico de uremia e de um tratamento pelo rim artificial apresentam sofrimentos psíquicos que se manifestam sob a forma de depressão, angústia, e uma espécie de aniquilamento dos desejos, que sinalizam para um nível empobrecido de vida.

David Le Breton, ao falar sobre o paradigma organicista da medicina moderna no texto ‘A Síndrome de Frankenstein’ (1993), diz: “os problemas éticos levantados hoje no interior da medicina são os lapsos de uma terapêutica centrada no corpo, na doença, e não no homem”. (p.59).

Assim, nossa reflexão é essencialmente de natureza ética e remete à problemática da subjetividade, pois a vida implica algo mais do que apenas a sobrevivência do organismo.

Porém, grande parte da população estudada, recolhe-se da vida, empobrecendo sua existência. E aí podemos questionar: por que causas poderão esses pacientes lutar, criar, viver? A falta de metas, de projetos de vida, expressa nas frases de parte substancial da população abordada, evidencia a ausência de uma causa que sustente o desejo.

Assim, concluímos sobre a impossibilidade de se fazer aí uso de um discurso totalizante e universal, pois isso pressuporia a existência de um sujeito universal. Enfatizamos a palavra de Freud (1930[1929]) quando diz que “não existe uma regra de ouro que se aplique a todos: todo homem tem de descobrir por si mesmo de que modo específico ele pode ser salvo”. (p.103).

O que podemos, enquanto enfermeiros, arriscar dizer é que parece imprescindível aos pacientes entrevistados a busca do prazer possível, investindo na vida, operando com as limitações e com as faltas, pela via do desejo.

Considerando outro aspecto central do nosso estudo, qual seja o da relação do paciente com o rim artificial, ou melhor, dizendo, com a máquina, constatamos a existência de uma relação ambígua e conflitada com esta, portanto, produtora de tensão, medos e mal estar.

Na abordagem metodológica, o objeto proposto, assim como os objetivos foram atendidos, pois favoreceu com que os sujeitos respondentes da investigação expusessem livremente suas repostas acerca do assunto.

O referencial teórico nos ajudou com relação à definição das vertentes, uma sobre a DRC que pode ser definida como a perda da função renal gradual e irreversível, isto leva ao desequilíbrio da homeostasia e faz com que o cliente necessite de tratamento dialítico. (SMELTZER e BARE, 2002), a outra e identificar o tratamento precoce da doença renal permitindo o retardo de sua progressão, impedindo o aparecimento de complicações da uremia, incluindo a doença cardiovascular (TC). Mesmo naqueles que evoluíram para a fase avançada da doença renal, haverá tempo suficiente para o preparo adequado para a terapia renal substitutiva (TRS), incluindo o transplante renal, com menos morbidade e mortalidade e melhor qualidade de vida dessa população.(BREGMAN, 2007).

É imprescindível saber que cada um em particular na sua diferença de SER e não na igualdade de ser um doente renal, de só pensar no rim, saber o que ele quer, o que deseja, que necessidades tem e esperar o tempo de cada um de conviver com a notícia, enquanto ele se acostuma, a enfermagem vai arquitetando cuidados isentos de riscos físicos e emocionais de

como protegê-las não só de exposições corporais mas de riscos nas relações interpessoais, participar com elas das experiências vividas antes, durante e depois da notícia.

Na verdade a hemodiálise traz possibilidades de atender algumas necessidades humanas básicas afetadas, mas por outro lado, implica na dificuldade de adaptação ao estilo de vida, dependente à uma máquina representando um corpo doente, o que de certa forma poderá contribuir para o comprometimento da qualidade de vida também.

É pertinente ressaltar que o objeto de estudo desta pesquisa emergiu de situações vividas por clientes renais crônicos que passaram pelos tratamentos (TC) e (HD), com suas inquietações, indagações e objetivos diante da problemática focalizada.

No âmbito das contribuições deste trabalho existe, desde já, a pretensão de dar continuidade a este estudo, entendendo que poderá contribuir de subsídio para a sistematização de enfermagem desde o tratamento pré dialítico (TC) que é quando nós enfermeiros nos deparamos a primeira vez com o cliente vulnerável às questões de saúde e o desejo de viver.

Vejo que a prática de enfermagem na assistência ao cliente renal crônica será de forma mais individualizada mesmo sabendo da sintomatologia da doença, traremos para a prática profissional a experiência de quem vive na pele o processo de adoecimento, dando-o a oportunidade de conhecer a doença além da informação que já a tem.

Após essa experiência com apenas dez respondentes, penso que será exemplar se aumentarmos este número compartilhando com outros serviços.

Diante dos resultados, da consequência do envolvimento com o tema e o referencial teórico visando o desejo de viver dos clientes renais crônicos, podem-se elaborar projetos visando as Necessidades Humanas Básicas, incluindo a problemática como a falta de programa pelo governo, proporcionando ao enfermeiro nefrologista maior autonomia.

## 9- REFERÊNCIAS

ACKERMAN, Diane. Uma História Natural dos Sentidos. Editora Bertrand Brasil, S.A, 1992, RJ.

AMERICAN NURSES ASSOCIATION: Guiderlines for Nurses in Clinical and Other Research, Kansas City. Mo, 1975 ANA

ATKINSON, Leslie D.; MURRAY, Mary Ellen. Fundamentos de Enfermagem: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Edição revisada : Edições 70, 2008, RJ.

BARROS, Elvino et. al. Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento. 2. ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 1999.

BARROS, Bregman. Nefrologia no Consultório. Porto Alegre. Editora Artmed, 2007.

BEVILACQUA J Let al. Protocolo para DPAC 2 ed. São Paulo: Baxter Hospitalar Ltda. 2001.

BIRDWHISTELL, R.L. Kinesics and context: essays on body motion communication. 4.ed. Philadelphia: UPP (University of Pensylvania Press), 1985.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/96. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. Brasília, v.4, n.2, Suplemento, 1996.

BRETON, D. L. A Síndrome de Frankenstein. In Sant´Anna, D. B. (org.) Políticas do Corpo. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

BRUNNER, L S et al. Tratado de Enfermagem Medico Cirúrgica. 9 ed v 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

CAIRO, Cristina. Linguagem do Corpo , v.I, 2008

CAPRA, Fritjof. O ponto de Mutação, 1982./ Álvaro Cabral.

DAUGIRDAS J T ET al. Manual de Diálise. 3 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

FERMI M R V. Manual de Diálise para Enfermagem. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

FIGUEIREDO, Nébia, Machado, William C. Alvea, O corpo e a Saúde- condutas clínicas de cuidar,da Ed. Águia Domoro, RJ, 2008.

FRANSCISCO, M. Diário de Um Tumor Cerebral - As Fases ou Estágios Psicológicos dos Doentes Incuráveis descritos por Kübler-Ross ; Disponível em:  
[http://glioma.blogspot.com/2006\\_02\\_01\\_archive](http://glioma.blogspot.com/2006_02_01_archive) Acessado em 23 de Julho de 2009.

- FIGUEIREDO, Nébia M<sup>a</sup> Almeida de [et. Al]: TRATADO PRÁTICO DE ENFERMAGEM, 2<sup>a</sup> edição, editora Yendis, 2009
- FREUD, S. Os Instintos e suas Vicissitudes. In Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XIV, traduzida do original de 1915. O 'Estranho'. Ibidem, v. XVII 1919.
- FROMM, Erich- Amor à Vida (1986).
- HENDERSON, Virgínia – Princípios Básicos sobre Cuidados de Enfermagem ICN – Conselho Internacional de Enfermeiras/ Associação Brasileira de Enfermagem 1981, tradução de Anita Alvarenga, Enf<sup>a</sup> da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública.
- HORTA, W. A. HORTA, Processos de Enfermagem São Paulo: EPU, 1979.
- KUBLER, Ross. E. Sobre a Morte e o Morrer. São Paulo: Martins Fontes, 1979.
- LIMA, Eurinilce Xavier de, Iraci dos Santos, Atualização de Enfermagem em Nefrologia, SOBEN. Rio de Janeiro: [s.n.], 2004
- LOBIONDO-VOOD, Geri e Harber, Judith – Pesquisa em Enfermagem , Métodos, Avaliação Crítica e Utilização, 4<sup>a</sup> edição , RJ Guanabara Voogam, 2001, Tradução Ivone Evangelista Cabral.
- LUIZ, Daniel e Gadelho, Silvio (Rf) Nietzsche e Deluize – O que pode o corpo. Coleções outros diálogos. RJ. Relume Dumera 2002.
- MELLO FILHO, Júlio de. Grupo e Corpo: Psicoterapia de Grupo com Pacientes Somáticos/ Júlio de Mello Filho...[et al.]. – Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- MARIANI, E. FORTES, R. Abordagem preventiva da doença renal crônica. In: LIMA, Eurinilce Xavier de; SANTOS, Iraci dos (org.). Atualização de Enfermagem em Nefrologia. Rio de Janeiro Ed. Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia, Anna Nery, 2004.
- MATURANA, Humberto: A Arvore do Conhecimento, Editora Palas Athena , 2007.
- MEREILLO, Marta Maria. A consulta de enfermagem no cenário do sistema de assistência de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. et al. Sistema de Assistência de Enfermagem: Evolução e Tendências. São Paulo: Ícone, 2001.
- MENDES, M/ Brandão de Souza e Nóbrega, Teresinha P. da – O corpo natureza e cultura: Contribuição para educação – Revista Brasileira da Educação – 2004, 27(2:125-137).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Normas para pesquisa envolvendo seres humanos, 2<sup>a</sup> edição, 2003
- MORAN, Edgar, A Cabeça Bem Feita, Rio de janeiro, Editora Bertrand Brasil 2000.
- MORAN, Edgar. Os Sete Saberes Necessários à educação do futuro. Editora Cortez – UNESCO, 2001

MORSCH, Cássia Maria et. al. Epidemiologia da insuficiência renal crônica. In: LIMA, Eurinilce Xavier de SANTOS, Iraci dos (org.). Atualização de Enfermagem em Nefrologia. Rio de Janeiro Ed. Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia, Anna Nery, 2004.

PETRUCCCELLI, José Luis. A cor denominada. Rio de Janeiro: IBGE, 2001.

RIELLA, Carlos Miguel, Cristina Martins. Nutrição e o Rim. Editora Guanabara, 2001

RIELLA M C ET al. Princípios de Nefrologia e Distúrbios hidroeletrólfticos. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

ROMÃO JÚNIOR, João Egídio; BARATA, Ruy Antônio. Pronunciamento da Sociedade Brasileira de Nefrologia, no Senado Federal. Brasília, em 04/06/2003. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/Noticias10063.htm> Acessado em: 02/05/08.

ROMÃO JUNIOR, João Egídio, Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação: Disponível em: <http://www.sbn.org.br> Acessado: 27/07/2008

SESSA J H N. O Cliente e o Programa de Dialise Peritoneal Ambulatorial Continua Significado de Participação, Fundamentado em Alfred Shultz; [Dissertação mestrado em enfermagem]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade do Rio de Janeiro. 2001.

SIMON, David M. D; Energia vital 7 segredos par potencializar corpo, mente e alma, ed Campus, R.J, 2001, traduções de Maria Clara D.B.W.Fernandes.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. V.1.9.ed. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan S.A., 2006.

SETZER, Valdemar W. Informação, Conhecimento e Competência Universidade de São Paulo. Os Meios Eletrônicos e a Educação: Uma Visão alternativa. São Paulo: Editora Escrituras, Coleção Ensaio Transversais Vol. 10, 2001.)

Silva, Carlos Roberto Lyra; O Conceito de Conforto na Perspectiva de Clientes e de Enfermeiras em Unidades de Internação Hospitalar – Rio de Janeiro: UFRJ. EEAN, 2008.

Valladares, H. M. A. (1984). Unidade de diálise – a idealização de uma tarefa conjunta. *Boletim de Psiquiatria*, 17: 123-129.

VELLOSO, Rosana Laura Martins. Efeitos da hemodiálise no campo subjetivo dos pacientes renais crônicos. Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br>>. Acesso em: 20 de ago 2008

WUNENBURGER, Jean – Jaques – Arquipélago imaginário do corpo virtual - Alea 2006; 08 (2:193-204).

WESTPHALEN, Mary E. A.; CARRARO, Telma Elisa. Metodologia para a Assistência de Enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB, 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO  
 Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS  
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado

**APÊNDICE I – Roteiro de entrevista**

Caracterização do cliente:

- Pseudônimo: \_\_\_\_\_
- Raça: \_\_\_\_\_ Doença de Base: \_\_\_\_\_
- Idade: \_\_\_\_\_ Renda em Salário Mínimo: \_\_\_\_\_
- Idade: \_\_\_\_ Sexo: M [ ] F [ ] Estado Civil: Cas. [ ] Solt. [ ] Viu(a) [ ] Desq. [ ] Div. [ ]  
 Outros [ ] Religião: \_\_\_\_\_
- Reside com: \_\_\_\_\_
- Trabalho: Sim [ ] Não [ ] \_\_\_\_\_
- Ocupação fora do horário de trabalho: \_\_\_\_\_
- O que espera do tratamento? \_\_\_\_\_
- O que deseja do tratamento? \_\_\_\_\_
1. Como vivia antes de saber que precisava ficar no Tratamento Conservador ou na Hemodiálise? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
2. Como vive agora, o que faz, o que sente e o que mudou em sua vida? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
3. Qual é a idéia que tem sobre seu corpo, escolhendo dez palavras ou frases para explicar como? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
4. Se tivesse que escolher ou optar por um tratamento, qual escolheria e por que?  
 TC [ ] HD [ ] Justifique: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
5. Depois que começou o tratamento de HD o que tem sido fácil ou difícil de se fazer?  
 Fácil: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Difícil: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
6. O que é para você o Tratamento conservador, e se pude-se sugerir mudanças quais seriam neste tratamento? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
7. O tratamento conservador é bom, ruim ou não sabe explicar? Bom [ ] Ruim [ ] Não sabe [ ]  
 Explique: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
8. A HD é boa, ruim ou não sabe explicar? Boa [ ] Ruim [ ] Não sabe [ ] Explique: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
9. Você poderia destacar dez palavras para explicar a vida? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
10. Você poderia destacar palavras para explicar o que é ter problema renal?  
 \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado

**APÊNDICE II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Prezado Cliente:

Sou mestranda do Programa de Pós – Graduação em Enfermagem – Mestrado da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada - ENTRE O TRATAMENTO CONSERVADOR E A HEMODIÁLISE: Significados e enfrentamentos dos clientes renais crônicos - Implicações para a prática de enfermagem em nefrologia.

Para viabilizar a pesquisa optou-se pela entrevista como instrumento de produção de dados, que será transcrita na íntegra e novamente apresentada ao relator para confirmação.

Esclareço que a sua decisão de concordar ou não em participar deste estudo como entrevistado, não irá influenciar de forma nenhuma no atendimento.

É importante que, ao participar, você saiba que nos comprometemos a atender à Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos no que se refere a:

- Garantir sigilo que assegure a privacidade dos participantes quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa;
- Dar liberdade ao participante de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo. Além disso, é importante destacar que, esse consentimento autoriza os pesquisadores no que se refere à divulgação dos resultados parciais e/ou totais do estudo em eventos científicos, sem divulgar os participantes.

Gostaria de ressaltar que não haverá riscos, desconfortos e nem gastos de qualquer natureza. Você poderá solicitar esclarecimento quando sentir necessidade. Para afirmar a sua compreensão a esse convite e contando com sua participação é que preciso de sua assinatura, no Consentimento Livre e Informado.

Agradeço desde já a atenção dispensada,

Mônica Martins Guimarães Guerra  
Pesquisador

Eu, \_\_\_\_\_ declaro estar ciente da finalidade da pesquisa intitulada ENTRE O TRATAMENTO CONSERVADOR E A HEMODIÁLISE: Significados e enfrentamentos dos clientes renais crônicos - Implicações para a prática de enfermagem em nefrologia.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

Assinatura do entrevistado:

\_\_\_\_\_ RG.

Nº \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador:

\_\_\_\_\_ RG. Nº

\_\_\_\_\_

## ANEXO I – COMPROVANTE DE ENVIO DE ARTIGO

**Revista de Enfermagem**  
UFPE On Line

ISSN: 1981-8963

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
Ajuda do sistema

**USUÁRIO**  
Usuário Logado: monicaguerra  

- Perfil
- Sair do sistema

**AUTOR**  
Submissões  

- Ativo (1)
- Arquivar (0)
- Nova Submissão

IDIOMA

PÁGINA INICIAL SOBRE PÁGINA DO USUÁRIO PESQUISA ATUAL ARQUIVOS

NOTÍCIAS RESUMOS DE TESES

Página inicial > Usuário > Autor > **Submissões Ativas**

**Submissões Ativas**

ATIVO ARQUIVAR

ID	MM-DD	ENVIAR	SEC	AUTORES	TÍTULO	SITUAÇÃO
647	26/08	ARTO	guerra		CONSULTA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE PORTADOR DA DOENÇA...	Aguardando designação

CLIQUE AQUI PARA INICIAR O PROCESSO DE SUBMISSÃO

Figura 1.

**ANEXO II**

**ARTIGO ENVIADO A REVISTA REUOL**

Consulta de enfermagem ao cliente portador da doença renal crônica:  
tratamento de reabilitação frente à vida.

Consultation of nursing the client bearer of chronic renal disease:  
treatment of rehabilitation forward to life.

Consulta de enfermería del cliente portador de enfermedad renal crónica: tratamiento de  
rehabilitación adelante a la vida

Mônica Martins Guimarães Guerra

Mestranda da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

Enfermeira especialista em nefrologia, responsável pela enfermagem do Serviço de Nefrologia do Hospital das Clínicas de Teresópolis de Teresópolis – HCTCO, docente do Curso de Graduação de Enfermagem do Centro Universitário Serra dos Órgãos

E-mail: [guerramonica@oi.com.br](mailto:guerramonica@oi.com.br)

Endereço de Correspondência: Rua São Francisco, 1204, Bloco B2 Apto. 303.

Bairro de Fátima – Teresópolis - CEP: 25957-151 – Tel. (55) 21 2642 3246

Orientadora

Dra. Nébia Maria Almeida de Figueiredo

Doutora em Enfermagem

Direção e administração, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/DEF

Resumo

Objetivo: o objetivo desse relato de experiência é descrever a implantação do projeto da Consulta Enfermagem em Nefrologia ao cliente portador de Doença Renal Crônica, com abordagem Multiprofissional, no ambulatório do Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano (HCTCO), da Fundação Educacional Serra dos Órgãos.

Métodos: relato de experiência que se originou do desenvolvimento das etapas do projeto da Consulta de Enfermagem em Nefrologia, no tratamento ambulatorial de reabilitação do cliente portador da DRC. A autorização para a implantação do projeto veio após aprovação do Núcleo de Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação e anuência do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição. Os sujeitos desse projeto são as pessoas portadoras de doenças crônicas, que autorizaram sua participação por escrito referenciado por profissionais de saúde e serviços hospitalares (pós-alta), com sinais e sintomas da DRC e/ou alterações laboratoriais, nos parâmetros da uréia e da creatinina.

As orientações de saúde realizadas pelos docentes e graduandos a estes clientes seguem a dimensão de integração multiprofissional, por meio do estabelecimento do registro nos prontuários individuais e o intercâmbio dos casos atendidos. A coleta dos dados para avaliar a consulta de enfermagem realizada tem sido feita, a partir de janeiro de 2008, até maio/2009, por meio de um instrumento com as seguintes variáveis dos sujeitos: sexo, idade (em anos), profissão, município (localidade—rural ou urbano), origem (serviço) e doença de base. Os dados colhidos são tratados junto ao Núcleo de Vigilância Hospitalar – FESO – HCTCO, tendo em vista a construção de indicadores de saúde. A análise dos dados busca delinear o perfil do atendimento do cliente portador de DRC, neste ambulatório, tendo por meta, ações futuras que indiquem a prevenção dos agravos das doenças crônicas.

Resultados: utilizando os indicadores de saúde os quais analisam o impacto dos resultados da amostra com a epidemiologia da DRC, obtivemos os seguintes dados: dos 311 atendimentos

realizados no período de janeiro de 2008 a maio de 2009, 203 clientes declararam ser do sexo feminino e 108 do sexo masculino; a doença de base seguiu a epidemiologia da DRC, afirmando que é Hipertensão Arterial e o *Diabetes Mellitus*. No que se refere à profissão, predominou as declarações de 75 pessoas aposentadas, 70 pessoas domésticas e 25 produtores rurais. Os demais, 141 clientes, declararam serem do lar e profissionais liberais. Com relação ao serviço de origem do encaminhamento do cliente ao ambulatório, destacaram-se os ambulatórios de clínica médica e de urologia.

Conclusão: este trabalho interdisciplinar vem consolidando-se como um cenário de integração entre a instituição e a comunidade do município, gerando também interesses para realização de trabalhos científicos. A troca conceitual do tratamento conservador, com foco na doença renal pela visão da reabilitação desse cliente, tendo em vista a saúde como bem-estar tem sido um desafio na equipe. A transição da valorização da pessoa e não mais do rim com lesão vem sendo um exercício cotidiano visto a predominância do modelo biomédico, na formação em saúde. Constata-se consideravelmente a participação do cliente no tratamento que passa pelo ambulatório, contrário do cliente que não passa pelo mesmo e que chega a diálise pela porta da emergência, já com risco de morte.

Descritores: Consulta de Enfermagem, DRC, Tratamento Conservador

Summary

Purpose: the purpose of this report is to describe with a multi-professional approach, the implementation of the nephrology nursing consultation service project for Chronic Kidney Disease (CKD) patients, at the Hospital das Clinicas Teresópolis Costantino Ottaviano (HCTCO), Educational Foundation Serra dos Organs.

Methods: report of the experience that originated the implementation of the consultation project stages for Nephrology Nursing in outpatient treatment for the rehabilitation of patients with CKD. The authorization for the implementation of the project came after approval from the Center for Research, Extension and Graduate Studies and consent of the Ethics in Research of the Institution. The subjects of this project are people with chronic diseases, who authorized their participation in writing, were referred to by health professionals and hospital services (post-discharge), with signs and symptoms of CKD and / or urea and creatinine laboratory abnormalities. The health guidelines carried out by teachers and students for these patients, follow a multi-professional integration through the establishment of individual records and the exchange of cases treated. The data collected to evaluate nursing consultations has been made, from January 2008 until May 2009, with the following variables on the patients: Sex, Age (in years), Occupation, County (location-rural or urban), Source (service), Underlying disease. The data collected is analyzed at the Center for Monitoring Hospital - FESO - HCTCO, with a goal to building health indicators. The analysis seeks to outline the profile of the CKD patient in this clinic, with the goals of future actions that indicate the prevention of chronic diseases.

Results: using the health indicators which analyze the impact of sample results to the epidemiology of CKD, we obtained the following data: of 311 consultations from January 2008 to May 2009, 203 patients reported being female and 108 male, the disease followed the basic epidemiology of CKD, saying it was Hypertension and Diabetes Mellitus. The reported

professions were dominated by 75 retired people, 70 domestic workers and 25 farmers. The remaining 141 patients claimed to be home makers and working professionals. With respect to the origin of the routing client to the clinic, has highlighted the outpatient clinic and urology.

Conclusion: this interdisciplinary work has been consolidating itself as an integration scenario between the institution and the community of the municipality, also generating interest for use in scientific papers. The concepts of conservative treatment, with a focus on kidney disease and with a vision for the rehabilitation, health and well being of these patients has been a challenge for the team. The transition from a patient with a kidney injury to their recovery has been a daily exercise since the predominance of the biomedical model in health education. There is considerable patient participation in the outpatient treatment through the clinic, with their only other choice to be emergency room dialysis, with a greater the risk of death.

Descriptors: Nursing Consultation, DRC, Conservative Treatment

Resumen

Propósito: el propósito de este informe es describir la aplicación del proyecto de Nefrología de enfermería Servicio de Consulta de Enfermedad Renal Crónica compañía con el enfoque multidisciplinario en la consulta externa del Hospital Universitario de Teresópolis Costantino Ottaviano (HCTCO), Fundación Educacional Serra dos órgaos.

Métodos: relato de experiencia que se originó el desarrollo de las fases del proyecto de la consulta de Nefrología de Enfermería en el tratamiento ambulatorio de rehabilitación de los pacientes portadores de la República Democrática del Congo. La autorización para el despliegue del proyecto se produjo después de la aprobación del Centro de Investigación, Extensión y Postgrado y el consentimiento de la Ética en la Investigación de la institución. Los temas de este proyecto son las personas con enfermedades crónicas, que autorizó su participación en el escrito mencionado por los profesionales de la salud y servicios hospitalarios (post-alta), con signos y síntomas de la enfermedad renal crónica y / o anomalías de laboratorio, los parámetros de urea y creatinina.

Directrices para la salud llevadas a cabo por profesores y estudiantes a estos clientes siguen el multi-integración de la escala, por el que se establece el registro en los historiales médicos individuales y el intercambio de los casos tratados. La recopilación de datos para evaluar la visita a la enfermera se ha hecho, desde enero de 2008 hasta Mayo/2009 a través de un instrumento con las siguientes variables de los temas: el sexo, la edad (en años), la ocupación, del condado (la ubicación rural o urbana), origen (servicio) y la enfermedad subyacente. Los datos recogidos son tratados en el Centro de Monitoreo Hospital - FESO - HCTCO , con miras a la construcción de indicadores de salud. El análisis trata de mapa el perfil del servicio al cliente del paciente con insuficiencia renal crónica en esta clínica, con el objetivo, las acciones futuras que indican que la prevención de enfermedades crónicas.

Resultados: uso de los indicadores de salud que analizan el impacto de los resultados de la muestra a la epidemiología de la enfermedad renal crónica, se obtuvieron los siguientes datos: las 311 llamadas realizadas desde enero 2008 hasta mayo 2009, 203 clientes han señalado los cuales eran mujeres y 108 masculino, la enfermedad, seguida de la epidemiología básica de ERC, diciendo que era la hipertensión y la *Diabetes Mellitus*. Con respecto a la profesión, dominó las declaraciones de 75 jubilados, 70 personas y 25 agricultores nacionales. El resto, 141 clientes, afirmó ser el hogar y profesionales. Con respecto al origen de transporte del cliente a la clínica, ha puesto de relieve la consulta externa y urología.

Conclusión : este trabajo interdisciplinario se ha venido consolidando como un escenario de integración entre la institución y la comunidad de la ciudad, también la generación de interés para la realización de trabajos científicos. El concepto de cambio de tratamiento conservador, con un enfoque en la enfermedad renal para la rehabilitación de la visión para este cliente, con miras a la salud y el bienestar ha sido un desafío en el equipo. La transición de la recuperación de la persona y no con la lesión renal ha sido un ejercicio diario desde el predominio del modelo biomédico en la educación de la salud.

Existe una considerable participación del cliente en el tratamiento a través de la clínica, a diferencia de la del cliente que no pasa a través de ella y llegar a la diálisis en la puerta de emergencia desde la muerte.

Descriptores: Consulta de Enfermería, DRC, Tratamiento conservador

Introdução

Em março de 2006 foi implantado um projeto, após aprovação em Programa de Iniciação Científica, Pesquisa e Extensão, do UNIFESO (Centro Universitário Serra dos Órgãos), da Consulta de Enfermagem, com abordagem Multiprofissional em Nefrologia, ao cliente portador de Doença Renal Crônica (DRC), no ambulatório do hospital de ensino, da Instituição.

A assistência realizada na consulta multiprofissional ao cliente com DRC é constituída por um médico nefrologista, uma nutricionista, duas enfermeiras (uma especialista em nefrologia e a outra com mestrado em enfermagem) e a cada semestre, dois graduandos do Estágio Supervisionado de Enfermagem e dois graduandos do Curso de Medicina e um residente da clínica médica.

A Consulta de Enfermagem ao cliente portador de DRC vem ampliando-se na integração multidisciplinar e acadêmica, no que tange ao objeto inicial deste projeto, que era o tratamento conservador pré-dialítico, centrado na função renal. Atualmente considera-se às necessidades desses clientes, como determinantes para o tratamento de reabilitação frente à vida, ao seu modo de viver e não só o rim adoecido.

Segundo o estado da arte sobre a Consulta de Enfermagem em Nefrologia com a equipe multidisciplinar, não foi encontrada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) pesquisa sobre esta prática, embora existam ensaios neste sentido, em alguns estados brasileiros, anunciados em Congressos de Nefrologia.

A DRC caracteriza-se pela perda gradual da função dos néfrons, causada pela inflamação da membrana glomerular, cujos sintomas são: proteinúria, hematúria, hipertensão, retenção de fluidos e edema. De acordo com a hipótese de Bricker essa perda é gradual porque enquanto uns néfrons são destruídos pela doença outros néfrons de reserva passam a funcionar, havendo uma hipertrofia dos néfrons restantes, na tentativa de manter a

homeostase. A doença renal tem muitas vezes, uma evolução de longa duração e pode ser controlada através de tratamento conservador.<sup>1</sup>

Esse tratamento conservador é denominado, neste projeto como a “reabilitação” desse cliente frente ao seu *modus vivendis* e se considera a relação dialógica com os profissionais, a tônica da assistência. Entende-se que é necessária uma análise, após orientações para saúde, do cliente portador da doença renal crônica, do estilo de vida praticado individualmente, na decisão de manter-se neste ambulatório ou dirigir-se ao tratamento dialítico.

Como não pensar no estilo de vida desse cliente, para o entendimento da formação de hábitos, com as possibilidades do corpo, que no momento que adoece direciona mudanças, nem sempre aceitas, já que até aquele momento se viveu desta forma (com o antigo hábito) e “bem”, como declaram os clientes, em sua grande maioria.

Neste sentido, o cuidado realizado pelos profissionais e graduandos caracteriza-se por diversas intervenções terapêuticas junto ao cliente que possui desejos e ao mesmo tempo, a partir da DRC, novas necessidades surgem em seu corpo. Esse conflito tem na assistência o objetivo da adaptação individual às restrições do tratamento, ou seja, o acolhimento às possibilidades de cada sujeito.

Diante dessas situações vividas na consulta de enfermagem com os clientes questões vêm à mente das enfermeiras, tais como: como era a vida deste cliente, anteriormente à doença? O que ele declara ter mudado com o diagnóstico da DRC? Como conciliar os hábitos e desejos com as restrições do tratamento? As orientações para o cuidado atendem aos aspectos do desejo deste cliente?

Essas reflexões possibilitam uma atitude do cuidado, em que o cliente é o centro motor do tratamento e envolve mudanças no pensar e agir das enfermeiras, na busca de superar “condutas engessadas”, centradas somente na doença.

Além disso, esse atendimento pela equipe de saúde, num exercício de uma linha de cuidado é relevante em dois aspectos: para a formação do graduando de enfermagem e medicina e frente ao movimento para a mudança do perfil epidemiológico brasileiro da DRC.

Existe uma elevação progressiva da morbidade por Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (DANT), que inclui a Doença Renal Crônica. Das 2.467.812 pessoas que apresentaram Hipertensão Arterial (HA) e/ou *Diabetes mellitus* (DM), desse grupo, 175.227 clientes desenvolveram a Doença Renal Crônica (DRC).<sup>2</sup> Frente a esta magnitude, a DRC é considerada um problema de saúde pública.

#### Objetivo

Portanto, o objetivo desse relato de experiência é descrever a implantação do projeto da Consulta Enfermagem em Nefrologia ao cliente portador de Doença Renal Crônica, com abordagem Multiprofissional, no ambulatório do Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano (HCTCO), da Fundação Educacional Serra dos Órgãos.

#### Caminhos Percorridos

Esse relato de experiência originou-se do desenvolvimento das etapas do projeto da Consulta de Enfermagem em Nefrologia, no tratamento ambulatorial de reabilitação do cliente portador da DRC.

A autorização para a implantação do projeto veio após aprovação do Núcleo de Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação e anuência do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição. Os passos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS)<sup>3</sup> foram seguidos nos princípios da autonomia dos sujeitos, não maleficência, beneficência e justiça.

O ambulatório do Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano (HCTCO) onde é realizada a Consulta de enfermagem em Nefrologia com consultórios

individualizados e recursos materiais, tais como: balanças, armários, macas, esfigmomanômetros, glicosímetros, entre outros.

Os sujeitos desse projeto são as pessoas portadoras de doenças crônicas, que autorizaram sua participação por escrito referenciado por enfermeiros, médicos de Unidade Básica de Saúde (UBS), outros profissionais, médico especialista (endocrinologista, cardiologista, etc.) e serviços hospitalares (pós-alta), com sinais e sintomas da DRC e/ou alterações laboratoriais, nos parâmetros da uréia e da creatinina.

A dinâmica dessa Consulta de Enfermagem estabelece uma avaliação ampla do cliente portador da DRC, com a criação de um espaço para a relação dialógica, de troca, voltada à orientação em saúde acompanhada dos seguintes procedimentos técnicos: encaminhamento para vacinação específica; monitorização clínica (verificação de sinais vitais, glicemia capilar, registro e avaliação de peso e altura, realização de exame físico, entre outros); atendimento familiar, além de direcionar o cuidado emocional que possibilita ao cliente uma parceria necessária ao seu acompanhamento.

As orientações de saúde realizadas pelos docentes e graduandos a estes clientes seguem a dimensão de integração multiprofissional, por meio do estabelecimento do registro nos prontuários individuais e o intercâmbio dos casos atendidos.

A coleta dos dados para avaliar a consulta de enfermagem realizada tem sido feita, a partir de janeiro de 2008, até maio/2009, por meio de um instrumento com as seguintes variáveis dos sujeitos: sexo, idade (em anos), profissão, município (localidade–rural ou urbano), origem (serviço) e doença de base. Os dados colhidos são tratados junto ao Núcleo de Vigilância Hospitalar – FESO – HCTCO, tendo em vista a construção de indicadores de saúde.

Os indicadores de saúde incorporam em uma única figura diferentes aspectos. São requisitos para sua construção: disponibilidade de dados; simplicidade técnica para um

manejo rápido e facilidade de compreensão; uniformidade de critérios para aferição; capacidade de síntese do investigador, para analisar o impacto dos resultados colhidos na amostra na epidemiologia confrontados à luz do contexto estudado.<sup>4</sup>

A análise dos dados busca delinear o perfil do atendimento do cliente portador de DRC, neste ambulatório, tendo por meta, ações futuras que indiquem a prevenção dos agravos das doenças crônicas.

#### Desenvolvimento do projeto

Percebe-se que o tratamento ao paciente renal crônico, repercute diretamente em sua qualidade de vida que sofre mudanças significativas em sua vida diária, necessitando, conseqüentemente, de um suporte especial da equipe multiprofissional para que esse período de transição se torne menos problemático<sup>5</sup>, pois o sentimento de inadequação perante um corpo, cujo funcionamento depende de uma máquina, altera a imagem corporal<sup>6</sup>.

A Consulta de Enfermagem tem por finalidade a identificação dos problemas de saúde-doença e o cuidado de enfermagem e, além disso, visa contribuir para a promoção, proteção, recuperação ou reabilitação<sup>9</sup>, especificamente em nefrologia enfoca a reabilitação do cliente portador de DRC.

Esse cuidado de enfermagem, com relação à reabilitação abrange as seguintes diretrizes: educação em saúde; dieta adequada às restrições da doença, monitorização permanente de sinais e sintomas; uso regular dos medicamentos prescritos e exercícios físicos adequados às limitações de cada cliente.

Com relação a essas diretrizes, há que se considerar que não existe um Programa do Ministério da Saúde que contemple ações preventivas da DRC, advindas de uma política direcionada a esta questão. O que existe, é um projeto “PREVINA-SE”, pela Sociedade

Brasileira de Nefrologia e a intervenção do Governo Brasileiro, no que tange à alta complexidade, do cliente em tratamento dialítico.

#### Indicadores do ambulatório de nefrologia: consulta de enfermagem

Dos 311 atendimentos realizados no período de janeiro de 2008 a maio de 2009, 203 clientes declararam ser do sexo feminino e 108 do sexo masculino. Com relação à idade (em anos), construiu-se uma tabela com a caracterização de faixas etárias, a seguir:

Tabela I: Distribuição do número dos clientes portadores de DRC atendidos no ambulatório de nefrologia e percentual, na variável idade, classificados por faixa etária, no período de janeiro/2008 a maio/2009. Teresópolis, junho/2009.

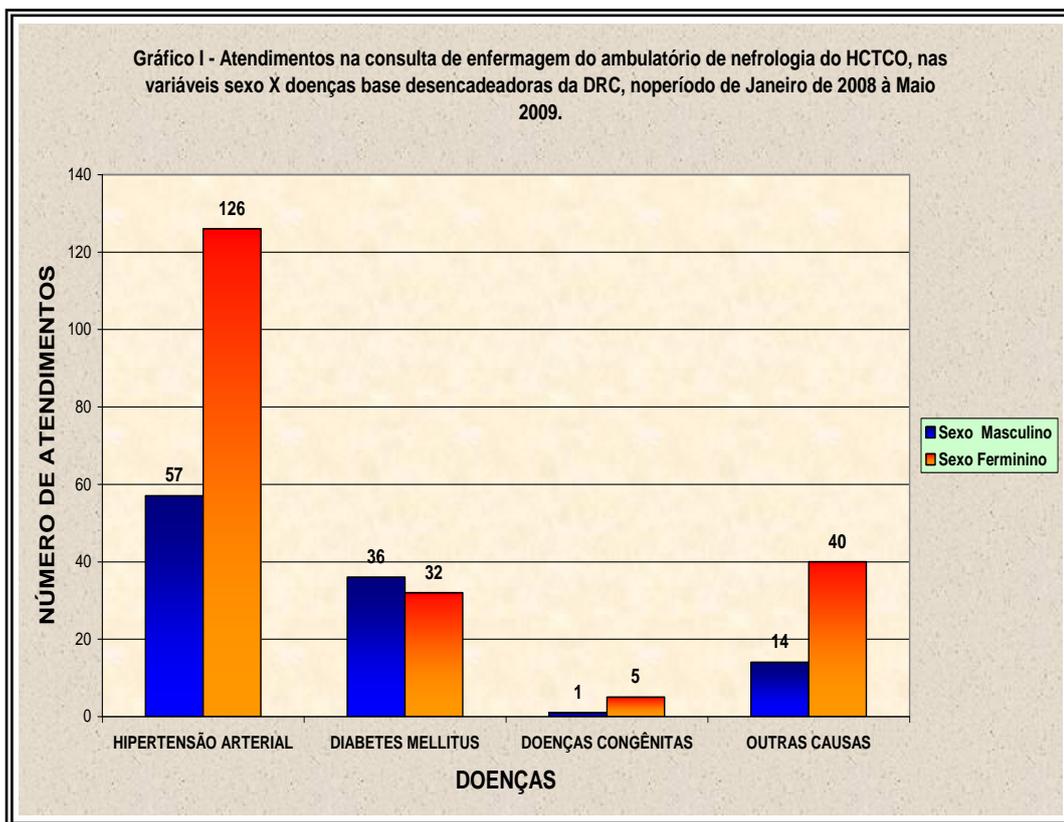
Classificação da faixa etária (em anos)	Nº. De atendimentos ambulatoriais	%
14 – 24 – Jovem	17	5,46
25 – 44 – Adulto	64	20,57
45 – 59 – Pré-Idoso	96	30,86
A partir de - Idoso	134	43,08

*Fonte: Indicadores do Ambulatório de Nefrologia – Consulta de Enfermagem.*

O envelhecimento é considerado um fenômeno mundial, devido a uma série de fatores conjugados, entre os quais o melhor controle das doenças transmissíveis, o rápido e eficiente diagnóstico pelos métodos de imagem, os tratamentos mais eficazes, a conscientização da necessidade de uma alimentação mais saudável e um melhor condicionamento físico e mental, têm favorecido o aumento da expectativa de vida das populações. Esses dados, associados à

redução das taxas de mortalidade e fertilidade, têm proporcionado aumento quantitativo e proporcional de idosos na sociedade.

No Brasil, existe um processo evolutivo caracterizado por uma progressiva queda da mortalidade em todas as faixas etárias, e um conseqüente aumento da expectativa de vida da população. Atualmente, a expectativa média de vida da população ao nascer é de 69 anos para os homens e 72 para as mulheres. A análise do crescimento populacional de diferentes faixas etárias mostra que o grupo de idosos, com 60 anos ou mais, é o que mais está crescendo no país. De 1980 a 2000, o contingente entre 0-14 anos teve um aumento de 14 %, enquanto o grupo de pessoas idosas cresceu 107%<sup>10</sup>.



Fonte: Indicadores do Ambulatório de Nefrologia – Consulta de Enfermagem.

A doença de base do cliente que produziu a DRC, nesse estudo, seguiu a epidemiologia da DRC<sup>6</sup>, afirmando que a Hipertensão Arterial e o *Diabetes Mellitus* são as doenças crônicas que mais comprometem a função renal.

No que se refere à profissão, diversas atividades laborais surgiram e predominou as declarações de 75 pessoas aposentadas, 70 pessoas domésticas e 25 produtores rurais. Os demais, 141 clientes, declararam serem do lar e profissionais liberais.

A investigação sobre o município de procedência, focada na localidade—rural ou urbana, constatou-se que a localidade urbana em Teresópolis prevalece, embora os clientes das localidades rurais devam ser monitorados devido à exposição a pesticidas, tão comum nesta região.

Com relação ao serviço de origem do encaminhamento do cliente ao ambulatório, destacaram-se os ambulatórios de clínica médica e de urologia. Mas tivemos também encaminhamentos da endocrinologia, ginecologia, cardiologia, PSF, reumatologia, clínica cirúrgica, pronto atendimento e pós alta hospitalar.

#### Considerações finais

A implantação deste projeto no ambulatório do hospital de ensino vem consolidando-se como um cenário de integração entre a instituição e a comunidade do município.

Além disto, o exercício proporcionado ao graduando com relação ao atendimento supervisionado na consulta de enfermagem vem gerando interesse para a realização de trabalhos científicos.

A construção dos indicadores de saúde neste ambulatório, após dois anos de implantação do projeto, surgiu da necessidade de avaliação quantitativa da produção realizada. Essa análise vem possibilitando recursos para a equipe de saúde no direcionamento das ações básicas, tendo por meta às prevalências epidemiológicas.

A troca conceitual do tratamento conservador, com foco na doença renal pela visão da reabilitação desse cliente, tendo em vista a saúde como bem-estar tem sido um desafio na

equipe. A transição da valorização da pessoa e não mais do rim com lesão vem sendo um exercício cotidiano visto a predominância do modelo biomédico, na formação em saúde.

Com o entendimento de saúde como um *continuum*, a referência e a contra-referência são requisitos fundamentais na comunicação entre os níveis primários, secundários, terciários e quaternários. Esse projeto esboça essa comunicação, mas ainda não está incorporado à rede de saúde local. Pode-se justificar isto, talvez pela falta de um Programa do Ministério da Saúde que regule esses níveis, no que tange a DRC.

Constata-se consideravelmente a participação do cliente no tratamento que passa pelo ambulatório, contrário do cliente que não passa pelo mesmo e que chega a diálise pela porta da emergência, já com risco de morte.

## Referências

- 1 - LIMA, Eurinilce Xavier. Atenção de Enfermagem em nefrologia clínica cirúrgica e o cuidar dialógico de enfermagem em transplante renal. In: SANTOS, Iraci dos et al Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.
- 2 - BRASIL. Ministério da Saúde. Anais do Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde: Brasília 20 a 22 de setembro de 2005. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- 3 – CNS. Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 196/96, de 16/10/1996; Acesso em 21/08/2009, Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_96.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm).
- 4 - VERMELHO LL, LEAL AJC, KALE PL. Indicadores de Saúde. In: Medronho R.A. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu, 2002.
- 5 - Rocha , Maria Leopoldino da. et AL. Início do Tratamento Hemodialítico:Qualidade de Vida , Sentimentos e Dificuldades, In Sheila dos Santos Vieira , Sheyla de Oliveira Braga, Vanessa de Brito Poveda,Elizabeth Hoffman Sanchez, Revista Enfermagem UFPE. 2009;
- 6 - Rocha , Maria Leopoldino da. et AL. Início do Tratamento Hemodialítico:Qualidade de Vida , Sentimentos e Dificuldades, In Sheila dos Santos Vieira , Sheyla de Oliveira Braga, Vanessa de Brito Poveda,Elizabeth Hoffman Sanchez, Revista Enfermagem UFPE. 2009;
- 7- Cesarino CB, Casagrande LDR. Pacientes com insuficiência renal crônica tratamento hemodialítico: Atividade educativa do enfermeiro. Rev Latino-Am Enferm Ribeirão Preto. 1998 oct;
- 8 - Velloso RLM. Efeitos da hemodiálise no campo subjetivo dos pacientes renais crônicos. PEPSIC – periódicos eletrônicos em psicologia [periódico na Internet]. 2001. 3: Acesso em 21/08/2009, Disponível em: Disponível em:

<http://pepsic.bvspsi.org.br/pdf/cogito/v3/v3a09.pdf>

9- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. PEREIRA MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

10 – BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Coordenação Geral de Ações Técnicas. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)