

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
COORDENAÇÃO DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

GILVANICE DE SOUSA PACHECO

**O ENSINO DO AUTOCUIDADO JUNTO A CLIENTES COM DOENÇA
RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO CONSERVADOR: Estudo
epidemiológico e sociopoético**

Rio de Janeiro

2005

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
COORDENAÇÃO DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

GILVANICE DE SOUSA PACHECO

**O ENSINO DO AUTOCUIDADO JUNTO A CLIENTES COM DOENÇA
RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO CONSERVADOR: Estudo
epidemiológico e sociopoético**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da
Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do
Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do
título de Mestre em Enfermagem.**

Orientadora: Dr^a. Iraci dos Santos

Co-orientadora: Dr^a. Rachel Bregman

**Rio de Janeiro
2005**

**Dissertação defendida em 10/11/2005 e aprovada pela
banca examinadora constituída pelos professores:**

BANCA EXAMINADORA

Dr^a. Iraci dos Santos - Presidente
Prof^a. Titular da FENF/UERJ

Dr. Jacques Gauthier - 1º Examinador
Pesquisador bolsista da FAPESB vinculado à UFBA

Dr. Octávio Muniz da Costa Vargens - 2º Examinador
Prof. Adjunto da FENF/UERJ

Dr^a. Silvia Tereza Carvalho de Araújo - Suplente
Prof^a. Adjunta da EEAN-UFRJ.
Chefe do Dep. Enf. Médico-Cirúrgica da EEAN/UFRJ

Dr^a. Rachel Bregman - Suplente
Chefe do Ambulatório de Uremia do HUPE/UERJ.

Dr^a. Marialda Moreira Christoffel - Suplente
Prof^a. Adjunta da FENF/UERJ

DEDICATÓRIA

A meus pais:

Arnor Juvenal de Sousa e Maria Eunice Gomes de Sousa, obrigada pelo compromisso com a minha educação, pelo colo, pelo amor, por estarem sempre presentes em minha vida, dando-me força e apoio. Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

A Deus, esse Ser grandioso, que me iluminou e me conduziu ao meu sonho tão desejado, permitindo assim mais uma vitória na minha vida.

Ao meu esposo Jairo, que sempre esteve ao meu lado me apoiando, incentivando e cuidando de mim, principalmente no percurso deste trabalho.

À Profª. Iraci, uma pessoa especialíssima a quem serei grata sempre. Obrigada pelas palavras de conforto, pelas oportunidades, por sua atenção e incentivo, por ter acreditado em mim desde o primeiro momento, por ter conduzido este trabalho com tanta sabedoria e, além de tudo, por ter me presenteado com a sociopoética.

À Gilvania, minha irmã querida, mesmo de longe, acompanhou passo a passo esta caminhada, obrigada pelo carinho e atenção .

Aos meus amigos Vera, Estela e Wagner, por sempre se fazerem presentes, até mesmo nos momentos mais difíceis.

Ao Prof. Octávio e à Profª. Silvia Tereza, pelas contribuições durante o desenvolvimento deste trabalho, desde a apresentação do projeto até este momento tão esperado e tão feliz.

À Drª. Rachel Bregman, pela parceria com o ambulatório de uremia do HUPE/UERJ para desenvolver este trabalho.

À Inês, por ter me recebido no ambulatório de uremia com muita atenção e de forma muito acolhedora. Não esquecerei do gesto muito nobre.

Ao Renan, pela atenção e paciência sempre.

Ao Jailson, pela atenção e apoio técnico.

Ao grupo pesquisador e demais clientes, pela enriquecedora convivência e troca de experiências durante o desenvolvimento desta *pesquisa*.

À CAPES pelo apoio financeiro que muito contribuiu para a realização desta *pesquisa*.

“Muitos erros e equívocos comete a liderança ao não levar em conta esta coisa tão real, que é a visão do mundo que o povo tenha ou esteja tendo. Visão do mundo em que se vão encontrar explícitos e implícitos os seus anseios, as suas dúvidas, a sua esperança, a sua forma de ver a liderança, a sua percepção de si mesmo e do opressor, as suas crenças religiosas, quase sempre sincréticas, o seu fatalismo, a sua reação rebelde. E tudo isto, como já afirmamos, não pode ser encarado separadamente, porque, em interação, se encontra compondo uma totalidade”

(FREIRE, 2003, p. 182).

RESUMO

PACHECO, G. de S. O ensino do autocuidado junto a clientes com doença renal crônica em tratamento conservador: estudo epidemiológico e sociopoético, 2005.184p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. Orientadora: Iraci dos Santos; Co-orientadora: Rachel Bregman.

Os clientes com doença renal crônica (DRC) sofrem mudanças em seu cotidiano tais como dieta, controle de líquidos, perda nas relações sociais e baixa auto-imagem, que geram estresse e conflitos, interferindo na sua adesão ao tratamento. Para minimizar esta situação, desenvolveu-se, para essas pessoas, um programa educativo visando esclarecer sobre a doença renal e importância do autocuidado e tratamento conservador na fase pré-diálise. Isso porque, se não orientadas e acompanhadas previamente, elas ingressarão de forma abrupta em uma das terapias dialíticas em condições clínicas inadequadas. Sendo este um dos fatores responsáveis pelo aumento dos custos ao sistema de saúde e do trabalho de enfermagem especializada e, sobretudo, desconforto, sofrimento e desgaste sofrido pelo cliente. Pressupondo que o ensino do autocuidado ao cliente com doença renal crônica favorece sua adesão ao tratamento conservador, desenvolveu-se esta pesquisa com os seguintes objetivos: avaliar, por meio de pré e pós-avaliação, a competência e o déficit que o indivíduo possui para desenvolver seu autocuidado visando a promoção de qualidade de vida com a DRC; desenvolver um curso sobre o autocuidado, junto aos clientes, identificando seus interesses e temas geradores de dúvidas sobre a DRC, considerando sua visão de mundo e implementar o ensino do autocuidado através da sociopoética como prática educativa. Foram implementados os métodos quantitativo e o qualitativo. No quantitativo, destacam-se epidemiológico, para

caracterizar os sujeitos do estudo; descritivo epidemiológico, para identificar o perfil social, econômico e epidemiológico desses clientes e suas expectativas sobre o tratamento bem como déficit e competência para se autocuidar. Nesse método, foram utilizadas duas técnicas: a entrevista com 51 clientes, através de formulário estruturado, tendo como campo de pesquisa o ambulatório de uremia do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (HUPE / UERJ); a técnica de pesquisa documental nos prontuários dos clientes, por meio de ficha protocolo, visou à identificação das variáveis: atributos individuais; socioeconômicas e epidemiológicas. O método qualitativo foi desenvolvido através da sociopoética (GAUTHIER, 1999), como prática educativa, e aplicação da teoria da ação dialógica de Freire (2003), com um grupo pesquisador, formado por 12 clientes, para desenvolver o curso de autocuidado no qual utilizaram-se as técnicas do banal e do cotidiano (BARBIER, 2002). O pesquisar / educar desenvolveu-se na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ), de outubro 2004 a junho de 2005. Nos resultados, evidenciou-se, na pré-avaliação dos clientes, o déficit do conhecimento, sobretudo quanto às conseqüências da hipertensão arterial e diabetes, no âmbito da doença renal, seus limites na escolha e adesão das terapêuticas médica, nutricional e de enfermagem, fatores estes que dificultam a prática do autocuidado. O desenvolvimento do curso com o grupo pesquisador elucidou o potencial do grupo para o autocuidado, comprovado pela satisfação dos mesmos durante a participação das dinâmicas de sensibilidade e interesse nos assuntos sobre a doença renal e o autocuidado abordados, além da predominância de acertos das questões formuladas, em pós-avaliação, possibilitados pela sociopoética, por ser um modelo de acolhimento, o qual permitiu-lhes exercer seu direito de cidadania. Concluiu-se que, na fase pré-diálise, as dúvidas quanto à doença renal crônica já permeiam a vida dos

clientes e desencadeiam sentimentos que interferem na adesão ao tratamento e comprometem sua qualidade de vida. Portanto, esse achado reforça a importância da abordagem educativa dos clientes em pré-diálise, objetivando o ensino do autocuidado, com esclarecimentos sobre a DRC e principalmente investindo-se para demonstrar o potencial para realizar o autocuidado existente em cada cliente, e que utilizá-lo só depende deles próprios. O processo educativo considerou que a compreensão e aceitação do autocuidado, por parte da pessoa, seria possibilitada pela ação cultural e dialógica da sociopoética, também como método de pesquisa e a prática de cuidar. Fato que leva à reflexão sobre o imperativo de se buscar entender o cotidiano do cliente e seus modos de conviver com a DRC.

Palavras-chave: Autocuidado, insuficiência renal crônica, tratamento conservador, educação em saúde.

ABSTRACT

PACHECO, G. de S. Teaching self care for the chronic renal disease patients under conservative treatment: epidemiologic and sociopoetic study, 2005.184p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. Orientadora: Iraci dos Santos; Co-orientadora: Rachel Bregman.

Patients with chronic renal disease (CRD) stand daily changes in their diet, at liquid control, in social relationships, and in self esteem. These factors mean stressful conflicts that may interfere the adhesion to an adequate treatment. An educative program was developed focusing the reduction of the impact of those changes, including explanations about the renal disease and the importance of self care and the conservative treatment at the pre-dialytic phase. This approach avoids the subtle inclusion of unprepared patients into dialytic therapy and, therefore, reduces the costs of the healthcare system. Furthermore, the specialized nurses have a more effective activity, preventing discomfort, suffering and consumption. This research is based on the principle that self care education favors adhesion to conservative treatment, focused on evaluation and quality of life assessment of individual capability of selfcare, using pre and post evaluation questionnaires. The tool developed for this purpose was a self care training course, using sociopoetics as an educative approach, focused on the patients' personal interests and doubts about CRD. A quantitative method was applied for assessment of study subjects, while a descriptive epidemiologic study identified their social and economic aspects, expectancy on treatment results, and capability of practicing self care. A structured form was applied in 51 patients of Uremia Ambulatory of the Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (HUPE / UERJ),

and a retrospective analysis of the patients files was performed for the identification of individual socioeconomics and epidemiologic characteristics. A qualitative method was developed using the sociopoetic approach as an educative practice (GAUTHIER 1999) combined to the dialogic action of Freire (2003), into a self care assessment course with a commonplace and everyday technique (BARBIER, 2002). The researcher (educator) studied at Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ) between October 2004 and June 2005. The pre course evaluation assessment evidenced the lack of knowledge about the consequences of hypertension and diabetes in renal disabilities, the treatment choices and the adhesion to clinical decisions, nutritional and specialized nursing aspects. As the self care course was administered, the studied group developed individual capabilities, responded worthily to the sensibility dynamics, and demonstrated interest in discussed topics. At the post course questions, a higher number of right answers through the sociopoetics approach, as a welcome model, permitted to preserve their citizenship rights. The evidences of this results show that patients with chronic renal disease may experience many doubts at the pre dialytic phase, and feelings generated at this time interfere at treatment adhesion and impairment of quality of life. Therefore, this research reinforce the importance of an effective educative approach, focusing self care assessment, including explanations of the CRD, and investing in the development of individual capabilities. The educative process promoted individual comprehension and acceptance of self care, by cultural action, dialogic and sociopoetics as a research method and a practice of care. This work reinforces the need to comprehend the everyday reality of the patient and individual ways of living with the CRD.

Key words: self care, chronic renal disease, conservative treatment, health care education.

LISTA DE TABELAS

MARCO REFERENCIAL

Tabela 1. Incidência da DRC (por milhão de habitantes). Estados Unidos, 2004.....	32
Tabela 2. Prevalência da DRC. Estados Unidos, 2004.....	33
Tabela 3. Estagiamento e classificação da doença renal crônica. Brasil, 2004.....	35

RESULTADOS DA PRÉ-AVALIAÇÃO

Tabela 1. Distribuição dos clientes por sexo e faixa etária. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	59
Tabela 2. Distribuição dos clientes por escolaridade e etnia. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	60
Tabela 3. Distribuição dos clientes por renda familiar. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	61
Tabela 4. Distribuição dos clientes por etiologia da doença renal crônica. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	62
Tabela 5. Distribuição dos clientes segundo o estágio da doença renal crônica. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	63

Tabela 6. Alterações informadas pelo médico mediante exames dos clientes Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	65
Tabela 7. Complicações da hipertensão arterial sistêmica (HAS), segundo informações dos clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	66
Tabela 8. Principais sintomas da HAS referidas pelos clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	67
Tabela 9. Medidas de pressão arterial (PA) consideradas como normais pelos clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	68
Tabela 10. Hábitos de vida indicados para manter PA normal, conforme respostas dos clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	70
Tabela 11. Crença na cura da HAS de acordo com a opinião dos clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	70
Tabela 12. Importância do exercício físico para a saúde, conforme respostas dos clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	72
Tabela 13. Distribuição dos clientes por prática de exercícios físicos. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	72
Tabela 14. Modalidades de exercícios físicos realizados pelos clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	72

Tabela 15. Periodicidade dos exercícios praticados pelos clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	72
Tabela 16. Tipo de doença ocasionada devido ao não controle do nível glicêmico, segundo os clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	74
Tabela 17. Valores de glicemia em jejum ideais conforme informações dos clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	75
Tabela 18. Hábitos de vida indicados para o controle glicêmico, conforme respostas pelos clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	77
Tabela 19. Crença na cura do diabetes mellitus (DM) segundo os clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	77
Tabela 20. Ocorrência de anemia em pessoas com DRC de acordo com as respostas dos clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	80
Tabela 21. Possibilidade de comprometimento ósseo ocasionado pela DRC, conforme os clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	81
Tabela 22. Comprometimento renal pela HAS segundo os clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	83
Tabela 23. Comprometimento renal pelo DM segundo os clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	83

Tabela 24. Conhecimento dos clientes acerca das funções dos rins. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	85
Tabela 25. Caracterização da DRC conforme opinião dos clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	86

RESULTADOS DO CÔMPUTO GERAL DO CONHECIMENTO INICIAL DOS CLIENTES SOBRE DRC E COMPLICAÇÕES

Tabela 1. Ocorrência de anemia em pessoas com DRC de acordo com as respostas dos clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	87
Tabela 2. Possibilidade de comprometimento ósseo ocasionada pela DRC conforme os clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	87
Tabela 3. Comprometimento renal pela HAS segundo os clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	88
Tabela 4. Comprometimento renal pelo DM segundo os clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	88
Tabela 5. Conhecimento dos clientes acerca das funções dos rins. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	89
Tabela 6. Caracterização da DRC conforme opinião dos clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	90

RESULTADOS DA PÓS-AVALIAÇÃO

Tabela 1. Conhecimento do grupo pesquisador sobre as complicações da hipertensão arterial sistêmica (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	91
Tabela 2. Conhecimento do grupo pesquisador sobre as medidas de pressão arterial (PA) consideradas como normais (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	92
Tabela 3. Conhecimento do grupo pesquisador sobre os hábitos de vida indicados para manter PA normal (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	92
Tabela 4. Crença na cura HAS de acordo com a opinião do grupo pesquisador (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	93
Tabela 5. Importância do exercício físico para a saúde conforme o grupo pesquisador (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	93
Tabela 6. Distribuição dos clientes do grupo pesquisador quanto à prática de exercícios físicos (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	94
Tabela 7. Modalidades de exercícios físicos realizados pelo grupo pesquisador (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	94

Tabela 8. Periodicidade dos exercícios praticados pelo grupo pesquisador (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	95
Tabela 9. Tipo de doença ocasionada devido ao não controle do nível glicêmico, segundo o grupo pesquisador (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	96
Tabela 10. Valores de glicemia em jejum ideais conforme informações do grupo pesquisador (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	96
Tabela 11. Hábitos de vida indicados para o controle glicêmico conforme respostas do grupo pesquisador (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	97
Tabela 12. Crença na cura do diabetes mellitus (DM) segundo o grupo pesquisador (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	98
Tabela 13. Ocorrência de anemia em pessoas com DRC de acordo com as respostas do grupo pesquisador (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	99
Tabela 14. Possibilidade de comprometimento ósseo ocasionado pela DRC conforme o grupo pesquisador (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	99

Tabela 15. Comprometimento renal pela HAS segundo o grupo pesquisador (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	100
Tabela 16. Comprometimento renal pelo DM segundo o grupo pesquisador (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	100
Tabela 17. Conhecimento do grupo pesquisador acerca das funções dos rins (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	100
Tabela 18. Caracterização da DRC conforme opinião do grupo pesquisador (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	101

LISTA DE QUADROS

RESULTADOS DA PRÉ-AVALIAÇÃO

Quadro 1. Distribuição percentual do consumo de alimentos pelos clientes, segundo o estágio da doença renal. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	64
Quadro 2. Complicações da dislipidemia informadas pelos clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	74
Quadro 3. Complicações ocasionadas pelo não controle do DM conforme opinião dos clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	78

RESULTADOS DA PÓS-AVALIAÇÃO

Quadro 1. Complicações da dislipidemia informadas pelo grupo pesquisador (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	95
Quadro 2. Complicações ocasionadas pelo não controle do DM conforme opinião grupo pesquisador (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.....	98

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Como descobriu que estava com DRC?.....	103
Gráfico 2. Atividades de Lazer.....	114
Gráfico 3. Hábitos de higiene corporal e cuidados com a auto-imagem.....	116
Gráfico 4. Crença na cura da hipertensão arterial (Sim).....	117
Gráfico 5. Crença na cura da hipertensão arterial (Não).....	118
Gráfico 6. Crença na cura do diabetes mellitus (Sim).....	119
Gráfico 7. Crença na cura do diabetes mellitus (Não).....	120

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. A descoberta da doença renal crônica: sentimentos e desafios.....	112
Figuras 2A e 2B. Material didático.....	127
Figuras 3A, 3B e 3C. Prática artística da oficina sociopoética.....	132
Figuras 3D, 3E. Prática artística sociopoética – modelagem dos rins.....	133
Figura 4. Material didático representando o glomérulo.....	134
Figuras 5A, 5B, 5C. Momento de confraternização do grupo pesquisador.....	135
Figuras 6A, 6B. Dinâmica de sensibilização (barquinho).....	137
Figuras 7A e 7B. Dinâmica de sensibilização (caixa de presentes).....	139
Figuras 8A e 8B. Dinâmica de sensibilização (cesto imaginário).....	141

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	xii
LISTA DE QUADROS.....	xix
LISTA DE GRÁFICOS.....	xx
LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	xxi
CAPÍTULO 1 IMPLICAÇÕES DA PESQUISADORA.....	25
1.1 Objeto de estudo e objetivos.....	28
CAPÍTULO 2 MARCO REFERENCIAL.....	31
2.1 Recorrência temática.....	31
2.1.1 Estágios e classificação da doença renal crônica.....	34
2.1.2 Aspectos do controle da doença renal crônica e intervenções de enfermagem.....	36
2.1.3 Implicações sócio-político-econômicas.....	39
CAPÍTULO 3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	43
3.1 Método Quantitativo.....	43
3.2 Método Qualitativo.....	45
3.2.1 Conhecendo a sociopoética.....	45
3.3 Aspectos éticos da pesquisa.....	52
3.4 Sujeitos do estudo e campo da pesquisa.....	53
3.5 Produção de dados.....	54
3.5.1 Desenvolvimento do ensino do autocuidado.....	56

CAPÍTULO 4 RESULTADOS.....	58
4.1 Resultados do método quantitativo (dados objetivos da pré-avaliação).....	58
4.1.1 Perfil sócio-demográfico dos sujeitos da pesquisa.....	58
4.1.2 Perfil epidemiológico dos sujeitos.....	61
4.1.3 Mudança no estilo de vida após o diagnóstico de DRC.....	63
4.1.4 Conhecimento dos sujeitos sobre HAS e DM.....	65
4.1.5 Conhecimento dos sujeitos sobre hábitos de saúde e bem-estar.....	71
4.1.6 Conhecimento dos sujeitos sobre complicações em DRC.....	73
4.1.7 Conhecimento dos sujeitos sobre função renal.....	83
4.1.8 Cômputo geral do conhecimento inicial dos clientes sobre DRC e complicações...	86
4.2 Dados objetivos da pós-avaliação.....	90
4.3 Dados subjetivos da pré-avaliação.....	101
4.3.1 Situações do descobrimento da doença e formas de diagnóstico.....	101
4.3.2 A descoberta da doença renal crônica: sentimentos e desafios.....	103
4.3.3 Principais atividades de lazer.....	113
4.3.4 Hábitos de higiene corporal importantes para o bem-estar.....	114
4.3.5 Crença na cura da hipertensão arterial e do diabetes mellitus.....	116
CAPÍTULO 5 ENSINANDO O AUTOCUIDADO COM A SOCIOPOÉTICA.....	124
5.1 Resultados da aplicação da sociopoética como prática educativa: ensino do autocuidado.....	125
CAPÍTULO 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	147
REFERÊNCIAS	153
ANEXO A. TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	160

APÊNDICE A. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..	161
APÊNDICE B. FORMULÁRIO (PRÉ-AVALIAÇÃO).....	163
APÊNDICE C. FICHA PROTOCOLO.....	168
APÊNDICE D. PLANO DE CURSO.....	169
APÊNDICE E. QUADROS (DADOS SUBJETIVOS).....	170

CAPÍTULO 1. IMPLICAÇÕES DA PESQUISADORA

O meu primeiro contato com o cliente com doença renal crônica foi durante a residência em enfermagem clínico-cirúrgica no Hospital Universitário Presidente Dutra, em São Luís do Maranhão, em 2001, pelo treinamento em serviço na Seção de Nefrologia. Nos primeiros dias, senti um impacto diante de tantas máquinas em que o sangue do cliente, em hemodiálise, era filtrado, mas com o passar dos meses aprendi a manusear a máquina e passei a entender que mesmo sendo este um procedimento tão invasivo, salvava a vida daquelas pessoas.

Entretanto, o que mais me chamava a atenção era o cliente e o quanto precisava do cuidado da enfermagem e como os profissionais desempenhavam um trabalho humanizado junto a ele. Eram clientes sofridos, a maioria apresentando baixa auto-estima, com emoções constantemente abaladas e de baixo nível socioeconômico, visto que às vezes alguns clientes não compareciam à sessão de diálise por falta de condições financeiras para o transporte, enquanto outros necessitavam da ajuda de terceiros (incluindo a equipe) ao final da sessão para o transporte de volta para casa.

Toda aquela convivência sensibilizou-me profundamente. A proximidade com os clientes e o meu desejo de estar junto a eles durante a sessão de hemodiálise, ouvindo seus desabafos, segurando sua mão dizendo uma palavra de conforto, ou às vezes não dizendo nada, apenas ouvindo. Estabeleci muitos laços com os clientes e com toda a equipe.

Muitas vezes presenciei atitudes agressivas dos clientes, porém sabia que não eram propositais e sim um sentimento de revolta por depender da máquina para viver e também da equipe de enfermagem para assisti-los durante as sessões. Percebi que muitos não aderiam à

orientação para lavar o braço da fístula antes da punção, além de não seguir a dieta, posto que ocasionalmente chegavam com excesso de peso, sendo necessário sessão dialítica adicional. Um outro aspecto importante é que buscavam atendimento em uma fase tardia, com quadro urêmico instalado e em estado crítico.

Ao término da residência fui convidada para trabalhar como enfermeira supervisora no Serviço de Nefrologia, cargo ocupado durante oito meses, e após este período fui aprovada em concurso público federal para este hospital. No entanto, solicitei exoneração do cargo, vindo para o Rio de Janeiro em busca do mestrado na linha do cuidar em enfermagem no processo saúde / doença, pois sentia a necessidade de fundamentar o cuidar que eu praticava, além do desejo de aprendizado técnico-científico para capacitar-me a desenvolver uma enfermagem qualificada e humanizada.

No Rio de Janeiro, assumi o cargo de enfermeira supervisora em uma clínica de hemodiálise. Observei que também aqui os clientes sofriam com a falta de informações, pois chegavam para a primeira diálise e não tinham conhecimento sobre sua doença. Muitos perguntavam quando deixariam de fazer diálise ou que doença os levaram àquela situação já que “não sentiam nada nos rins”. Quanto à fistula arteriovenosa, pensavam que havia um aparelho dentro do seu braço, e não tinham noção da importância de lavar o braço da fístula antes da diálise. Questionavam por que precisavam de hemodiálise se a diurese ainda estava presente. A situação vivida anteriormente se repetia e me questionava se não havia uma maneira de abordar aquelas pessoas antes que precisassem de uma terapia de substituição renal. Sentia o quanto elas mostravam-se ansiosas por desconhecerem sua situação. Foi então que surgiu o meu desejo de desenvolver um curso para os clientes com doença renal antes que eles iniciassem alguma terapia de substituição renal.

Buscando meu objetivo maior, fui aluna especial na disciplina Concepções Teóricas de Enfermagem, sendo aprovada posteriormente no concurso para o Mestrado em Enfermagem.

No Mestrado, tive a possibilidade de realizar o meu desejo de desenvolver essa atividade educativa utilizando a sociopoética, que favorece uma relação de cidadania, sensibilidade e solidariedade entre clientes e profissionais, permitindo que implementem seus conhecimentos sobre sua doença, sobre as terapias e direito de escolha da terapia de substituição renal.

Penso que o incentivo para escrever este trabalho parte da minha vivência no acompanhamento de clientes em terapia de substituição renal (hemodiálise). Nessa vivência, o que me causava estranhamento era a pouca informação deles a respeito de sua doença, fato que lhes gerava ansiedade e até desconfiança quanto ao resultado da terapia.

Desse modo, observei que o cliente iniciante em um programa de diálise é submetido a muitas mudanças em seu cotidiano, tais como cuidados com a dieta, controle da ingestão de líquidos, cuidados com a fístula artériovenosa, além da necessidade de seguir um programa terapêutico delimitado por uma escala para cujos dias aprazados é imprescindível seu comparecimento e adesão. Todas essas mudanças geram estresse e desencadeiam sentimentos de revolta e conflito nessas pessoas, as quais interferem na adesão à sua terapia.

Entende-se, então, a importância de se oferecer e desenvolver um programa de orientação e educação para que o cliente tenha consciência de sua doença renal, do autocuidado e escolha da terapia de substituição renal quando ainda se encontra na fase inicial da doença, acompanhado pelo tratamento conservador.

1.1 Objeto de estudo e objetivos

Com a implementação do programa de orientação e educação para o autocuidado pretende-se diminuir a ansiedade do cliente a respeito do seu tratamento, estimular seu interesse para o autocuidado e conseqüente maior adesão à terapia, com a intenção de torná-lo membro ativo do processo saúde-doença e responsável por sua qualidade de vida.

Nesse contexto, ressalta-se a concepção de promoção da saúde explicitada na Carta de Ottawa, adotada durante a primeira Conferência Internacional Sobre Promoção de Saúde, citada por Brienza et al. (2002). Esse documento define promoção de saúde como o processo de oferecer à população capacidade de implementar o controle sobre sua saúde e de melhorá-la, e ressalta que a promoção da saúde ajuda no desenvolvimento individual e social oferecendo informações, assegurando a educação para a saúde e aperfeiçoando atitudes indispensáveis à vida e dessa forma permitindo às pessoas aprenderem e terem controle sobre sua situação.

Nossa intenção, portanto, é propiciar as vantagens referidas, inclusive lembrando da afirmação de Lima (2004, p.311): “o cuidado prestado ao cliente em insuficiência renal irreversível na fase de tratamento conservador, estágio da doença que antecede a falência total do rim, é pouco discutido se comparada com o tratamento dialítico ou transplante renal”.

Do mesmo modo, ressalte-se o compromisso social do enfermeiro para com a sociedade que se concretiza na sua prática social interligada à técnico-científica, administrativa e de pesquisa, junto aos clientes em regime de internação ou não. Aqui destacamos esta prática lembrando a citação de Gauthier e Hirata apud Santos et al. (2001, p.

123): “o enfermeiro que educa para o autocuidado desenvolve um papel diretamente político ao facilitar a autonomia de grupos sociais (...)”.

Releva-se também que, além do compromisso ético e social, o enfermeiro, seguindo a razão de ser de sua profissão e por questões institucionais das organizações de saúde, é presença constante e perseverante junto aos clientes, daí que Cesarino e Casagrande (1998) acreditam que ele é quem desenvolve uma atuação mais próxima dos clientes e é o profissional mais indicado para planejar intervenções educativas junto a estes, no intuito de ajudá-los a reaprender a viver nessa realidade.

Neste trabalho, reforçamos que a atuação do enfermeiro como educador do cliente com doença renal crônica é indispensável, pois o mesmo é 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, ou seja, holisticamente dentro do complexo biopsicossocial.

Para desenvolver essa prática educativa, segundo Cesarino; Casagrande (1998), o enfermeiro necessita ter, além da fundamentação científica e da competência técnica, conhecimentos dos aspectos que levam em consideração os sentimentos, as necessidades e desejos dos clientes sob sua orientação. Assim, o papel do enfermeiro é de grande colaboração na tentativa de ajudá-los a adaptar-se a um novo estilo de vida.

Pensamos que o desempenho deste papel ressalta a responsabilidade do enfermeiro, como membro de uma equipe multidisciplinar, ao identificar os problemas de saúde do cliente com doença renal e tentando resolvê-los, junto com ele, mediante uma assistência de enfermagem que proporcione a esta pessoa uma melhor qualidade de vida (LIMA, 2004).

Ainda sobre a prática social e educativa, concordamos com a concepção de Freire (2003) de que “será a partir da situação presente, existencial, concreta, refletindo o conjunto de aspirações do povo, que poderemos organizar o conteúdo programático da educação ou da ação política”. É a partir desta concepção que temos como OBJETO DE ESTUDO: O ensino do autocuidado junto aos clientes com doença renal crônica (DRC) em tratamento conservador.

Neste trabalho, destacamos como OBJETIVOS para realizar orientações sobre autocuidado a pessoas com doença renal crônica que estão em acompanhamento ambulatorial:

Geral:

Promover a redução da ansiedade e elevação da auto-estima dos clientes com doença renal crônica, incentivando-os a assumirem seus direitos de cidadãos e assim favorecendo sua adesão ao tratamento e conseqüente qualidade de vida.

Operacionais:

- 1) Delinear o perfil dos clientes em tratamento conservador delimitando suas características individuais e situação quanto à doença renal crônica;
- 2) Avaliar, por meio de pré e pós-avaliação, a competência e o déficit do cliente para o autocuidado e seus sentimentos quanto à doença renal crônica visando a promoção de sua qualidade de sobrevivência;
- 3) Desenvolver um plano de ensino sobre o autocuidado junto aos clientes, identificando seus interesses e temas geradores de dúvidas sobre a doença renal crônica e esclarecendo-os sobre os mesmos, considerando sua visão de mundo através da sociopoética como prática educativa.

CAPÍTULO 2. MARCO REFERENCIAL

2.1 Recorrência temática

A doença renal crônica (DRC) é definida como a presença da lesão renal, associada ou não à diminuição da filtração glomerular $FG < 60 \text{ml/min/1,73m}^2$ por um período ≥ 3 meses (K/DOQI, 2002). Consiste em uma deterioração progressiva e irreversível da função renal, em que a capacidade do rim para manter o equilíbrio metabólico e hidroeletrólítico falha, resultando em uremia ou azotemia - retenção de uréia e outras substâncias nitrogenadas no sangue (SMELTZER e BARE, 2002).

De acordo com Lima (2004), a doença renal crônica tem, muitas vezes, uma evolução de longa duração e pode ser controlada por meio de tratamento conservador, ou seja, dieta, controle da ingestão de líquidos e medicamentos.

Conforme Smeltzer e Bare (2002), a insuficiência renal crônica pode ser causada por doenças sistêmicas, como o diabetes melito; hipertensão; glomerulonefrite crônica; pielonefrite crônica; obstrução do trato urinário; doenças hereditárias, como a doença do rim policístico; distúrbios vasculares; infecções; medicamentos; ou agentes tóxicos (chumbo, cádmio, mercúrio e cromo).

Segundo Zatz (2002), uma das explicações para prolongada evolução da doença renal crônica repousa sobre uma propriedade fundamental do parênquima renal: embora os rins sejam indispensáveis à sobrevivência do organismo, sua capacidade funcional é vastamente superior ao mínimo necessário a esse fim. Isto permite que os seres humanos possam manter-se vivos com 10% ou menos de sua função renal normal. A manutenção de níveis funcionais

apropriados deve-se a uma outra propriedade básica do parênquima renal: os néfrons remanescentes são capazes de adaptar-se à nova condição biológica, multiplicando em várias vezes seu ritmo de trabalho.

A doença renal crônica constitui hoje um importante problema de saúde pública. Segundo dados da United States Renal Data System (USRDS). As taxas de incidência continuam a aumentar em todo o mundo, com as maiores taxas observadas nos Estados Unidos, Taiwan, Qatar e Japão, e as menores taxas ocorrendo em Bangladesh e Rússia (Tabela1). De modo semelhante, houve um aumento progressivo da prevalência, com índices mais elevados em Japão, Taiwan e Estados Unidos, e menores em Paquistão e Bangladesh (Tabela 2).

Tabela 1. Incidência de DRC (por milhão de habitantes). Estados Unidos, 2004.

PAÍS	1998	1999	2000	2001
Estados Unidos	313	328	332	336
Taiwan	288	322	337	331
Qatar	—	246	234	272
Japão	234	240	252	252
Bangladesh	6	5	6	6
Rússia	20	20	15	15

Fonte: United States Renal Data System, 2004.

Tabela 2. Prevalência da DRC. Estados Unidos, 2004.

PAIS	1998	1999	2000	2001
Japão	186.251	183.870	199.732	209.036
Taiwan	27.343	30.497	32.052	31.876
Estados Unidos	338.339	357.523	376.064	392.023
Paquistão	—	—	—	6.400
Bangladesh	5.239	5.922	6.746	7.537

Fonte: United States Renal Data System, 2004.

No Brasil, de acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia, o número de pacientes mantidos em programa de diálise tem aumentado progressivamente. Em 1999, 42.695 pacientes eram mantidos em tratamento dialítico. No mais recente censo (2003/2004), este número já alcançou 59.153 pacientes.

Nos Estados Unidos, conforme dados doUSRDS, as principais causas de insuficiência renal crônica são o diabetes mellitus e a hipertensão arterial constituindo 45,2% e 27,2% dos casos em 2002, respectivamente.

Mezzano, Amair e Wagner (2004) estimam que haverá 300 milhões de diabéticos no mundo no ano 2025, e um terço deles com risco de apresentar doença renal e insuficiência renal.

Conforme Barros (1997), no Brasil os dados referentes a nefropatia crônica em diabéticos são escassos e as casuísticas, de modo geral, são regionalizadas.

Segundo Sesso (2000), dados do inquérito epidemiológico em unidades de diálise de 1999 evidenciam prevalência de diabetes Mellitus em 17%.

Romão Jr (2004) cita que a incidência de novos pacientes cresce aproximadamente 8% ao ano, e o gasto com o programa de diálise e transplante renal no Brasil situa-se em torno de 1,4 bilhões de reais ao ano.

2.1.1 Estágios e classificação da doença renal crônica

De acordo com Romão Jr (2004), a doença renal crônica é dividida em seis estágios funcionais de acordo com o grau de função renal do paciente (Tabela 3). Estes estágios são:

- Fase de função renal normal sem lesão renal. Inclui pessoas que compõem grupos de risco para desenvolvimento de doença renal crônica, como, por exemplo, hipertensos, diabéticos, familiares de hipertensos, diabéticos e portadores de DRC, e que ainda não desenvolveram lesão renal.
- Fase de lesão com função renal normal. Corresponde às fases iniciais de lesão renal com filtração glomerular preservada, com taxa de filtração glomerular acima de 90 ml / min / 1,73 m².
- Fase de insuficiência renal funcional ou leve. Corresponde à fase inicial da perda da função renal, na qual os níveis de uréia e creatinina plasmáticos ainda são normais, sinais ou sintomas de insuficiência renal estão ausentes e apenas métodos acurados de avaliação da função do rim, como métodos de depuração, irão detectar tais anormalidades. Compreende ritmo de filtração glomerular entre 60 e 89 ml / min / 1,73 m².
- Fase de insuficiência renal laboratorial ou moderada. Nesta fase, os pacientes podem apresentar os sinais e sintomas da uremia de maneira discreta, entretanto o paciente mantém-se clinicamente bem. Na maioria das vezes, apresenta somente sinais e

sintomas ligados à causa básica (lupus, hipertensão arterial, diabetes mellitus, infecções urinárias, e outros). Níveis elevados de uréia e de creatinina plasmáticos estão quase sempre presentes. Corresponde a uma faixa de ritmo de filtração glomerular compreendido entre 30 e 59 ml/min/1,73m².

- Fase de insuficiência renal clínica ou severa. O paciente já apresenta sinais e sintomas característicos de uremia. Entre estes a anemia, a hipertensão arterial, o edema, a fraqueza, o mal-estar e os sintomas digestivos são os mais precoces e comuns. Corresponde à faixa de ritmo de filtração glomerular entre 15 a 29 ml/min/1,73 m².
- Fase terminal de insuficiência renal crônica. Corresponde à faixa de função renal na qual os rins perderam o controle do meio interno, tornando-se este bastante alterado para ser incompatível com a vida. Nesta fase, o paciente encontra-se intensamente sintomático. Suas opções terapêuticas são os métodos de depuração artificial do sangue (diálise peritoneal ou hemodiálise) ou o transplante renal. Compreende um ritmo de filtração glomerular inferior a 15 ml/min/1,73m².

Tabela 3. Estagiamento e classificação da doença renal crônica. Brasil, 2004.

Estágio	Filtração Glomerular (ml/min)	Grau de Insuficiência Renal
0	> 90	Grupos de Risco para DRC Ausência de Lesão Renal
1	> 90	Lesão Renal com Função Renal Normal
2	60 – 89	DRC Leve ou Funcional
3	30 – 59	DRC Moderada ou Laboratorial
4	15-29	DRC Severa ou Clínica
5	< 15	DRC Terminal ou Dialítica

Fonte: Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2004.

DRC=doença renal crônica.

De acordo com Pecoits-Filho (2004), a estimativa da filtração glomerular (FG) representa uma ótima maneira de mensurar a função renal, e uma FG reduzida é considerada um bom índice da função renal, e deve ser usada no estadiamento da doença renal crônica (DRC). Uma queda na FG precede o aparecimento de sintomas de falência renal em todas as formas de doença renal progressiva. Dessa maneira, ao se monitorizar mudanças na FG estima-se o ritmo de perda da função renal. A FG não pode ser medida de forma direta, porém se uma substância tem sua concentração estável no plasma, é livremente filtrada no glomérulo renal, não é secretada, reabsorvida, metabolizada ou sintetizada pelo rim, a sua concentração filtrada é igual a sua quantidade excretada na urina. Estimativas da FG através da depuração de creatinina com urina de 24 horas e a creatinina sérica foram as formas mais usadas nos últimos anos para estimar a FG, entretanto mais recentemente, equações usadas para estimar a FG a partir da creatinina sérica têm sido utilizadas. A mais comumente utilizada é a equação de Cockcroft-Gault: $FG \text{ (ml/min)} = (140 - \text{idade}) \times \text{peso} \times (0,85 \text{ se mulher}) / 72 \times \text{Creat}$

2.1.2 Aspectos do controle da doença renal crônica e intervenções de enfermagem

Nielsen et al. (1997) afirmam que o declínio da FG deve ser estimado para avaliar o efeito de intervenções para retardar a progressão e prever o intervalo até a necessidade de se iniciar a terapia de substituição renal. A taxa de declínio da FG está associada à doença de base, com evolução mais rápida nos casos de nefropatia diabética, doenças glomerulares, doença renal policística e doença renal no rim transplantado, além de relacionar-se com fatores modificáveis, de progressão mais rápida, incluindo maior proteinúria, hipoalbuminemia, hipertensão arterial, controle glicêmico ineficaz e tabagismo.

Chobanian et al.(2003) alertam para a investigação e tratamento precoce de pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica além de familiares de doentes nefropatas crônicos, haja vista que a hipertensão arterial e o diabetes são as principais causas de doença renal crônica e, se adequadamente tratadas, a DRC pode ser prevenida ou seu aparecimento postergado.

Segundo Gross et al. (2000), níveis glicêmicos em jejum entre 110 e 126 mg/dl são considerados alterados (tolerância à glicose diminuída) e níveis de jejum maiores ou iguais a 126 mg/dl ou níveis glicêmicos 2 horas após administração de glicose maiores que 200 mg/dl ou maiores ou igual a 200 mg/dl em amostra casual indicam diabetes mellitus.

Dados mais recentes do The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus apud Mariani e Fortes (2004, p. 88) classificam como pré-diabetes glicemias de jejum entre 110 e 110 mg/dl. Conforme Smeltzer; Bare (2002), as pessoas com diabetes possuem uma possibilidade de 20 a 40% de desenvolver doença renal.

Segundo Ritz e Tarng (2001) as estratégias mais importantes para minimizar o número de pacientes diabéticos com doença renal crônica incluem a prevenção de diabetes (principalmente tipo 2), controle glicêmico para prevenir o início do envolvimento renal e tratamento anti-hipertensivo rigoroso para evitar a progressão da nefropatia.

Resultados do estudo DCCT (2000) indicam valores desejados de glicemia de jejum entre 80 e 120 mg/dl e HbA1c (hemoglobina glicosilada) menor que 7%.

De acordo com os critérios diagnósticos das IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2002, considera-se hipertensão arterial valores de pressão sistólica igual ou superior a 140 mmHg ou de pressão diastólica igual ou superior a 90 mmHg.

Chobanian et al.(2003), no Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, consideram indivíduos com pressão sistólica de 120 a 139 mmHg ou pressão diastólica de 80 a 89 mmHg como pré-hipertensos, os quais requerem modificações no estilo de vida.

Bregman (2004) relata que o controle adequado da pressão arterial retarda a progressão da DRC. Nos clientes com nefropatia não diabética, que apresentarem proteinúria maior que 1g/24 horas, a pressão arterial deve se manter menor que 125/75 mmHg. Estes pacientes devem ser tratados com inibidor de enzima de conversão de angiotensina II (IECA) como primeira escolha, podendo associar antagonista de receptor de angiotensina II (ARA II) para melhor controle da pressão arterial e/ou proteinúria. Nos clientes acometidos por DRC apresentando proteinúria menor que 1g/24 horas, a pressão arterial deve se manter menor que 135/85 mmHg. O tratamento medicamentoso é semelhante.

Mariani e Fortes (2004) sugerem as seguintes intervenções de enfermagem no controle da hipertensão arterial:

1. Admitir o cliente; Coletar o histórico e obter os dados clínicos mais relevantes;
2. Aferir a pressão arterial;
3. Investigar sobre fatores de risco e hábitos de vida;
4. Orientar sobre a doença e uso de medicamentos prescritos: guarda e conservação, horários de administração, cuidados e precauções, efeitos adversos;
5. Auxiliar o cliente nas modificações de seu estilo de vida: desestimular o tabagismo; encorajar a implementação de atividade física e redução de peso, se necessário;
6. Reforçar as orientações nutricionais quanto ao controle de colesterol, ingestão de gorduras, sal e líquidos;

7. Capacitar o cliente na técnica da medida e monitorização da pressão arterial;
8. Estimular o cliente a verbalizar suas preocupações e inquietudes relacionadas à doença e ao tratamento;
9. Orientar o cliente quanto ao autocuidado;
10. Estabelecer uma relação cliente-enfermeiro que favoreça a adesão do cliente ao tratamento;
11. Referenciar o cliente e família a grupos de apoio (Ex.: Liga de Hipertensão).

2.1.3 Implicações sócio-político-econômicas.

Diante deste cenário, somos concorde com Mariani e Fortes (2004) que podemos identificar problemas epidemiológicos constatados pelo aumento da incidência da doença renal crônica. Problemas políticos e econômicos devido à carência de programas preventivos sustentados no Brasil, assim como de ambulatórios para tratamento conservador, dessa forma contribuindo para custos elevados com diálise de urgência por encaminhamento tardio ou falta de conhecimento da doença por parte da população. Assim também como problemas educacionais devido ao desconhecimento da população a respeito da doença renal , ocasionando a não adesão ao tratamento e em conseqüência ingressam em uma terapia de substituição renal em condições clínicas inadequadas.

Mariani e Fortes (2004) enfatizam que a DRC é multifatorial, dessa forma torna-se necessário um atendimento por uma equipe multiprofissional, composta por médico nefrologista, enfermeiro nefrologista, assistente social e psicólogo, para um atendimento integral ao cliente, onde este deve ser abordado com uma linguagem acessível para facilitar o

entendimento de sua doença e adesão ao tratamento, além de recomendações para enfrentar as mudanças ocorridas pela doença, ajudando-o a alcançar o bem-estar.

Mezzano, Amair e Wagner (2004) relatam que a equipe decidirá o tipo e forma de registros que levará à criação e implementação de protocolos de tratamento assim como o controle estatístico prestado e seus resultados.

Vários trabalhos têm sido realizados para avaliar os benefícios da abordagem educativa na fase de tratamento conservador. Klang, Björvell e Clyne (1999) avaliaram os efeitos de um programa de educação para um grupo de 28 clientes com uremia. Esse programa consistia de quatro sessões onde eram abordados os seguintes temas: doença renal e orientações dietéticas, terapias de substituição renal, prática de exercícios físicos e possível impacto da doença renal crônica nas finanças, vida social e familiar. Em relação ao grupo controle, também composto por 28 clientes, um maior número de clientes incluídos no grupo de estudo relataram estar aptos a escolher a modalidade de diálise e adquiriram maior entendimento de sua doença e seu tratamento.

Resultados da pesquisa de White et al. (2002) sugerem que o atendimento na pré-diálise é um preditor de melhora na qualidade de vida nos primeiros seis meses de início da diálise. Os benefícios não se limitam apenas a medidas objetivas de saúde do paciente, tais como redução da hospitalização e melhor perfil bioquímico ao início do tratamento dialítico, bem como medidas subjetivas de saúde do paciente. Estes autores afirmam que informação e educação devem ser parte integral do tratamento.

Segundo Miller et al. citado por Klang, Björvell e Clyne (1999), pacientes com doença renal crônica têm sido identificados como um grupo de pacientes que necessitam de educação específica, haja vista que são submetidos a vários regimes de tratamento durante a

progressão de sua doença e necessitam aprender a enfrentar os sintomas e alterações físicas e psicossociais.

Nilton e Shayman apud Klang, Björvell e Clyne (1999) relatam que a falta de entendimento e conhecimento podem ser fatores principais que contribuem para ansiedade e pouco ajuste. Além disso, a oportunidade para aumentar o ajuste fisiológico e psicológico dos pacientes na transição para a diálise é uma importante razão para a educação na fase pré-dialítica (GRUNKE e KING, 1994).

Amair e Wagner (2004) afirmam que a referência precoce do cliente com doença renal crônica para um serviço especializado é fundamental, pois permite lentificar a progressão da doença renal por meio de tratamentos adequados, como: início de terapia antihipertensiva com inibidores da ECA, rigoroso controle glicêmico nos casos de diabetes mellitus, dieta adequada indicada pelo nutricionista e adoção de hábitos saudáveis de vida. Além disso, permite prevenir as complicações da uremia, tais como desnutrição, anemia, desidratação, hipertensão grave, descompensação diabética, osteodistrofia renal, desequilíbrios hidroeletrólíticos e ácido básico.

Todos os cuidados citados acima adotados no tratamento conservador ou fase pré-dialítica visam assegurar a melhor qualidade de vida para o paciente, permitindo o prolongamento desta fase, ou seja, que o cliente não necessite de uma terapia de substituição renal, por um período que pode ser entre seis meses e cinco anos, de acordo com Amair e Wagner (2004, p. 4). E durante o tratamento conservador este cliente é informado sobre sua doença, adoção de hábitos saudáveis de vida e tipos de terapias dialíticas que lhe permite escolher a que mais se adequa ao seu estilo de vida, além da programação em tempo adequado do acesso dialítico (fístula arteriovenosa ou cateter peritoneal), imunização antes de iniciar o

período dialítico. “Os pacientes que não tem recebido uma adequada atenção, antes de iniciar a diálise, tem maiores possibilidades de desenvolver as complicações da doença de base que originou a insuficiência renal crônica” (op. cit. p. 5).

Ressalte-se, então, o compromisso do enfermeiro, como membro da equipe multiprofissional, por meio de sua função educativa junto a estes clientes com doença renal que estejam em tratamento conservador, considerando-os como cidadãos, ajudando-os no seu desenvolvimento individual e social, oferecendo informações sobre sua doença, tipos de terapias de substituição renal, assegurando educação para o autocuidado e preparando-os para o controle das diversas manifestações clínicas que configuram a doença renal. Dessa maneira, a proposta educativa para o autocuidado visando a qualidade de vida desses clientes tem como eixo condutor educar para a totalidade, partindo da totalidade do ser humano.

CAPÍTULO 3. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 Método Quantitativo

Foram escolhidos os métodos: quantitativo epidemiológico, para caracterizar os sujeitos do estudo (51 clientes com doença renal crônica, em tratamento conservador, acompanhados pela equipe de saúde, no ambulatório de uremia do HUPE/UERJ); descritivo epidemiológico, para identificar o perfil social, econômico e epidemiológico dos clientes e suas expectativas sobre o tratamento e competência para se autocuidar. A opção pelo método epidemiológico tem apoio em Pereira (1995) e Almeida Filho (1992) quanto à sua destinação ao estudo de fatos que se relacionam à compreensão de fatores determinantes para evolução do processo saúde / doença e a própria conceituação de epidemiologia referente à distribuição das enfermidades e seus determinantes na população

Nesta investigação, esse método descritivo foi escolhido por seu modo particular denominado por Almeida Filho (1992) de raciocínio epidemiológico, que se caracteriza em respectivas estratégias de pesquisa, técnicas de produção, tratamentos estatísticos e análises dos dados.

Sendo assim, para implementação do método epidemiológico descritivo foram utilizadas as técnicas de pesquisa: observação indireta através da entrevista orientada por formulário estruturando o instrumento de coleta de dados (APÊNDICE B) com questões objetivas e subjetivas; e a técnica de análise retrospectiva documental em prontuário de clientes, utilizando uma ficha protocolo (APÊNDICE C).

Foram selecionadas como variáveis do estudo epidemiológico: mudança do estilo de vida após diagnóstico da doença renal crônica (DRC), conhecimento acerca da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus (inclusive a crença na cura destas patologias), tipo de alimentos consumidos, conhecimento acerca das complicações da dislipidemia, modalidade de exercício físico praticada, atividade de lazer desenvolvida, hábitos de higiene corporal, conhecimento acerca das funções dos rins, da anemia e doença óssea associadas à DRC.

Para complementação deste estudo, realizou-se a técnica de pesquisa documental observando-se indiretamente nos prontuários dos clientes, por meio de ficha protocolo, conforme já referido. Para tanto, foram selecionadas as seguintes variáveis referentes aos atributos individuais: idade, sexo, raça, nível de escolaridade, renda familiar; e também as variáveis referentes à situação do cliente, no processo saúde/doença: valor da creatinina sérica e peso dos clientes para estagiamento da DRC, diagnóstico de base da doença renal.

Quanto ao tratamento dos dados obtidos na entrevista e pesquisa documental, através do formulário e da ficha protocolo, ressalte-se que estes foram tabulados pelo programa Microsoft Excel® sendo representados, no capítulo de resultados, em tabelas, quadros e gráficos e descritos em linguagem numérica. A quantificação dos dados produzidos deu-se por meio de tratamento estatístico utilizando-se a frequência absoluta e percentual e, por tratar-se de uma pequena amostra, empregou-se as medidas de tendência central: média, mediana e desvio padrão.

3.2 Método Qualitativo

O método qualitativo foi desenvolvido através da sociopoética criada por Gauthier (1999), aplicando-se a teoria da ação dialógica de Freire (2003) num grupo pesquisador, formado por 12 clientes, como estratégia para desenvolver o curso para o ensino do autocuidado. O pesquisar / educar desenvolveu-se no espaço físico da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ), de outubro de 2004 a junho 2005. Para entendimento de como se aplicou a sociopoética em sua modalidade de prática educativa, descreve-se, em seguida, seus princípios filosóficos e fundamentais.

3.2.1 Conhecendo a Sociopoética

O método sociopoético foi criado pelo filósofo e pedagogo Jacques Gauthier, baseado nas suas experiências, principalmente no movimento sindical de luta do povo indígena Kanak, da Nova Caledônia, no Pacífico, lutando pela sua independência contra o colonialismo francês e instituindo escolas com pedagogias próprias que permitiam a integração dos saberes culturais e os conhecimentos científicos tornando a criança responsável pela construção do saber (SANTOS, GAUTHIER, PETIT e FIGUEIREDO, 2005).

Optou-se pela sociopoética porque a mesma, segundo Gauthier e Santos (1995), é uma abordagem no conhecimento do ser humano como ser político e social que promove um processo de criação / desestabilização no grupo e nas pessoas, permitindo-lhes liberar coisas escondidas e recalçadas. Assim, considera-se nesta investigação que, com a sociopoética, o

saber sobre autocuidado para clientes com doença renal crônica será reconstruído coletivamente, entre profissionais e clientes, tornando-se para estes um educar mutual.

Concorda-se com Figueroa citado por Padilha et al. (2004) quando recomenda a educação para a saúde visando auxiliar o cliente / a família na compreensão do significado de uma condição crônica de saúde e a necessidade de uma reeducação em seus hábitos de vida.

Acredita-se que essa abordagem se adequa a tais pessoas porque favorecerá dentro do grupo a liberação de seus sentimentos, suas angústias, anseios e curiosidades a respeito de sua doença e possivelmente o tipo de terapia de substituição renal (hemodiálise ou diálise peritoneal) a que serão submetidos posteriormente. Da mesma forma, por meio da sóciopoética, elas poderão expressar sua espiritualidade que, conforme Gauthier e Santos (1995), consiste no entendimento que todo ser humano deve ter sobre o conhecimento adquirido do seu interior, da consciência de si, da sua cultura familiar, dos seus ancestrais e social.

Esse conhecimento dos clientes, portanto, não deve ser apenas criticado, mas apreciado e avaliado. Por outro lado, o conhecimento dos profissionais de saúde, no caso do enfermeiro, deve ser compreendido para ser aceito pelo cliente e não imposto sob a justificativa de pretensas necessidades profissionais e/ou institucionais, conforme se afirma .

Santos, Gauthier, Figueiredo e Petit (2005) concebem que a pesquisa sóciopoética é um método de construção coletiva do conhecimento que tem como proposição básica que todos os saberes são iguais em direito. Em concordância com esses autores, Gauthier (1999 p.13) afirma que a sóciopoética permite o ensino/aprendizagem que visa analisar de forma crítica a realidade social, ao desvelar o inconsciente de classe, de grupo, de gênero, de cultura, de faixa etária, que atravessa os sujeitos e o grupo.

Segundo Santos, Gauthier, Figueiredo e Petit (2005), na pesquisa sociopoética existem dois determinantes, os quais são o dispositivo do grupo-pesquisador e o paradigma estético que orientam os cinco princípios a serem seguidos simultaneamente pelos pesquisadores em sociopoética:

A instituição do dispositivo grupo-pesquisador. Gauthier e Santos (1995) destacam duas características significantes da sociopoética, as quais são: a utilização de métodos poéticos ligados à arte e à criatividade e a conseqüente produção de uma “poesia crítica”. Estes autores pautam-se nessas duas características e reafirmam, mais ainda, a importância do educar mutual que ocorre no grupo de pesquisa denominado “grupo-pesquisador”.

A instituição do dispositivo grupo-pesquisador é realizada a partir do diálogo entre os sujeitos deste grupo, no qual o conhecimento é gerado cooperativamente de forma coletiva. Neste caso, explica Gauthier (2004, p.1) “todo o grupo constitui-se num grupo- sujeito, autor da pesquisa ou da ação educativa, ele é instituinte, ou seja, institui o processo mesmo de pesquisa e/ou aprendizagem (tema, objetivos, análises, e interpretações...)”. O pesquisador é somente facilitador desse processo, responsável por conduzir o relaxamento inicial, que promove a fluidez corporal e mental; pelo cumprimento do cronograma, pela utilização de técnicas artísticas ou poéticas de produção de dados.

Favorecer a participação das culturas de resistência na leitura dos dados da pesquisa. Este princípio nos permite entendermos que a sociopoética favorece o estabelecimento da humildade em que os saberes, experiências, práticas e teorias se misturam sem confrontos, se completam e se permutam entre os sujeitos do grupo-pesquisador e o facilitador. Então, Gauthier (1999, p. 35) considera a sociopoética como transcultural e multireferencial, pois o grupo é formado por saberes acadêmicos provenientes do facilitador e

saberes populares e de valores culturais diversificados, provenientes dos sujeitos do grupo-pesquisador, onde busca-se alcançar as linhas de fuga, os desejos, as relações de poder, as singularidades que percorrem o grupo, muitas vezes criadas no próprio processo de pesquisa, ocasionando uma miscigenação. “O importante, hoje, é criar redes de produção de saberes, ao interligarmos essas culturas, sem termos medo de possíveis miscigenações estranhas, desconfortáveis” (GAUTHIER, 2004, p. 1).

Considerar a globalidade do corpo como forma de conhecimentos. Para explicar este terceiro princípio utilizaremos uma citação de Gauthier (2004, p. 1) na qual o autor deixa fluir a sua espiritualidade:

O corpo... o corpo aprende e sabe muitas coisas, fazendo, agindo, sofrendo, gozando... Geralmente, esses saberes são meio-escondidos, inconscientes, seja por serem óbvios e não valorizados (saberes do trabalho manual, da convivência comunitária), seja por serem reprimidos pelas forças de controle social (...). Existem também saberes felizes do corpo dançando, sambando, forrando que ritmam a vida cotidiana na alegria compartilhada.

Entendemos que pesquisar com todo o corpo consiste em considerar a totalidade do ser humano que tem braço, perna, coração cabeça, emoções, enfim, é um conjunto que não se separa, portanto, ao pesquisarmos junto aos clientes com doença renal crônica, não consideramos que apenas seus rins estão doentes, mas a sua mente, a sua vida, o todo deste cliente, e o enfermeiro deve agir com sensibilidade para ativar o núcleo saudável que existe dentro desse cliente colaborando para o seu bem-estar.

A importância do uso de técnicas artísticas de produção de dados. A utilização das técnicas artísticas estimulam a expressão do imaginário, responsável por carregar nossas aceitações e cumplicidades com os poderes hegemônicos, as repressões instituídas, as

ideologias dominantes (GAUTHIER, 1999, p. 53). Esse autor nos indica a importância do relaxamento que deve anteceder a pesquisa no intuito de se conseguir “abaixar o nível de controle consciente das pessoas, a fim de que se expressem os saberes enterrados e imersos, os ventos raros, as lavas congeladas pela história coletiva e individual”, mas vivos. “Sendo este bem fugaz revelado, é só analisar, experimentar, discutir, criticar, potencializar” (GAUTHIER, 2004, p. 2)

Santos et al. (2004) relatam que por várias vezes observaram que não são expressos os mesmos conteúdos durante uma entrevista e por meio de uma técnica artística, por isso recomendam a utilização de técnicas variadas de produção de dados, para que seja possível descobrir a expressão das pessoas relacionada a outros aspectos, outras realidades.

Interrogação, pelo grupo-pesquisador, do sentido político, ético e espiritual, ou seja, humano, da pesquisa e da construção do conhecimento. Este princípio nos faz perceber que o aspecto político e ético está presente na pesquisa, pois está presente nas relações de poder e de saber entre os sujeitos do grupo-pesquisador e a sociedade. O que nos remete à importância de entendermos que existe uma correlação entre a situação social do grupo-pesquisador e o domínio externo agindo no íntimo de cada sujeito, devemos atentar para este ponto nos momentos de avaliação com o grupo, pois o resultado pode orientar a pesquisa em caminhos imprevisíveis (SANTOS et al., 2004).

Com este princípio ressalta-se a importância do pesquisar-juntos resultando em um educar recíproco, baseado na teoria de Freire, de maneira dialógica, pois, para Gauthier (1999, p. 65), “ensinar é pesquisar; e pesquisar sociopoeticamente é ensinar”.

Para Gauthier e Santos (1999, p.76), o saber da enfermagem pode ser uma construção coletiva quando “a pesquisadora, associada ao seu grupo de pesquisa, escolhe trabalhar com

técnicas grupais”, as quais favorecem a ampliação do sujeito permitindo a expressão do seu imaginário, onde estão os saberes adormecidos, e então tornar a pesquisa interessante para todos, valorizando suas experiências. Acreditamos que construindo a pesquisa juntos todos compartilharão de uma sensação de prazer de se sentirem capazes e úteis por verem um trabalho que tem a contribuição de cada um.

É importante ressaltar que o pesquisador também propõe suas análises e interpretações, mas não como verdades definitivas e sim para serem dialogadas junto às análises e interpretações dos demais membros do grupo-pesquisador (GAUTHIER, 2004, p.1).

Recomendam Santos et al. (2004) que na sociopoética a análise e interpretação das respostas e explicações obtidas será realizada por meio de um quadro demonstrativo que apresentará a lógica das escolhas que correspondem a estes lugares. Esta análise compreende quatro momentos ou estudos, os quais são:

- 1) Um momento chamado de “viril”/classificatório, o qual é a análise das oposições alternativas, escolhas;
- 2) Um momento chamado de “mulheril”/transversal, no qual destaca-se nos dados produzidos, nas falas dos co-pesquisadores, as ligações, as ambigüidades e as convergências;
- 3) Um momento chamado de “filosófico”, no sentido de uma interpretação a partir dos grandes da história filosófica, na cultura ocidental;
- 4) Um momento chamado de “infantil”/surrealista (pensando em como as crianças invadem todos os lugares que aos adultos pode lhes parecer proibido): cada participante do grupo pode ter escolhido o mesmo tema em diversos lugares.

Ressaltamos que Santos e Gauthier (1999) alertam sobre os cuidados para análise sociopoética:

A) Inexiste neutralidade científica, pois o pesquisador deve analisar com todas implicações institucional, estrutural/profissional e existencial;

B) Inicia-se a análise por um esvaziamento do espírito, o que possibilita “descrever”, segundo determinados estudos, o pensamento do grupo desde suas escolhas, continuidades, ambigüidades (transversal), escolhas diferenciadas, oposições, dicotomias alternativas (classificatória), ligações, disseminação de temas, coincidências (surrealistas), o sentido da existência; a relação entre alguns temas filosóficos a exemplo de teoria e prática, poder e saber, vida e morte (estudo filosófico);

C) Recordar que as estruturas do pensamento individual e do grupo, assim descobertas, independe de referencial teórico “a priori”. Elas surgem “a posteriori” como um produto da observação do pesquisador relativo às respostas do grupo em cada lugar geomítico;

D) Compreender o fato de que a produção desta lógica do pensamento vai estar filtrada pelas “verdades” inconscientes do pesquisador;

E) Atentar, durante a avaliação, para a possibilidade de o grupo se fechar no seu narcisismo, em sua particularidade. Lembrar que o imaginário grupal é atravessado, como referem Gauthier e Santos (1996), “pelo imaginário social e político global, historicamente produzido (lutas e sonhos das classes, raças, sexos, gerações...)”.

3.3 Aspectos éticos da pesquisa

Iniciou-se o desenvolvimento da pesquisa após avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto (ANEXO A), o qual considerou o projeto (Nº 999-CEP/ HUPE) dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos conforme Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o consentimento livre e esclarecido.

Realizou-se convite verbal aos sujeitos explicando-se sobre a dinâmica do curso a ser utilizada como estratégia de pesquisa, os objetivos da investigação, bem como seus riscos e benefícios. Esclareceu-se que a participação era espontânea, com garantia do sigilo quanto à identificação dos participantes (em gravação de fitas cassete ou fotografias) sendo os clientes orientados quanto à possibilidade de interromper a sua participação em qualquer momento. Após aceitação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisa (APÊNDICE A) e concordaram também que suas falas gravadas e fotografias das dinâmicas do curso fossem utilizadas para compor o relatório da dissertação.

Ressalte-se que a introdução no campo da pesquisa (ambulatório de uremia do HUPE/UERJ) foi acordada com a chefe da área médica, desse ambulatório, que já desenvolve um projeto institucional de pesquisa sobre a temática tratamento conservador. Portanto, para implementar esta investigação, a pesquisadora participou junto com sua orientadora de dissertação de uma reunião com a chefe do ambulatório, a fim de explicitar os objetivos, interesses e modalidade de pesquisa a ser desenvolvida junto aos clientes, centrada no ensino do autocuidado.

Considerando o interesse da equipe de saúde desse campo em institucionalizar a educação à saúde, por parte das enfermeiras do HUPE/UERJ, para os clientes com doença renal, em tratamento conservador, estabeleceu-se uma parceria entre a equipe de saúde do ambulatório citado e o Programa de Mestrado em Enfermagem da UERJ, nas pessoas de orientadora e orientanda de pesquisa desse programa. Para concretizar essa parceria, a chefe do ambulatório de uremia passou a atuar como co-orientadora da presente dissertação de mestrado.

No sentido de conhecer os clientes e o funcionamento do ambulatório, a pesquisadora passou a freqüentar reuniões com a equipe de saúde nas quais eram abordados assuntos sobre o tratamento conservador e também assistiu a algumas consultas realizadas com os clientes, a fim de facilitar sua abordagem a eles e estabelecer um vínculo institucional.

Destaca-se que esta estratégia de introdução no campo da pesquisa favoreceu o entrosamento com a equipe de saúde e clientes, demonstrando-se o genuíno interesse da pesquisadora não só com a pesquisa a ser desenvolvida com a intencionalidade de alcançar o título de mestre, mas sim com o ensino do autocuidado devido aos clientes do ambulatório.

3.4 Sujeitos do estudo e campo da pesquisa

Estima-se que o ambulatório de uremia do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (HUPE/UERJ) atende em média 250 clientes. Dessa população, foram convidados e aceitaram participar da pesquisa 51 pessoas, constituindo-se portanto uma amostra intencional de população.

A técnica de entrevista e a análise documental em prontuários (APÊNDICES B e C) foram realizadas com os 51 clientes com DRC, acompanhados nesse ambulatório, no período de outubro de 2004 a junho de 2005.

3.5 Produção de dados

As entrevistas com os sujeitos foram realizadas no horário normal de atendimento no ambulatório, procedendo-se a abordagem da pesquisadora logo após as consultas institucionais. Fato que lhe permitiu não somente produzir dados de pesquisa, mas interagir com os clientes, inclusive de uma forma educativa interessada em seu bem-estar.

Inicialmente, foi oferecido um curso (APÊNDICE D) para os clientes com doença renal acompanhados no ambulatório de uremia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). A pesquisadora propôs, então, para incentivação das pessoas, um plano de curso em que foram abordados alguns aspectos importantes acerca da doença renal crônica que serviram como um dispositivo.

Tal dispositivo teve a intenção de despertar temas geradores para o desenvolvimento de outros assuntos ligados a situações de saúde por elas enfrentadas, além de estabelecer um vínculo com os clientes, possibilitando que exteriorizassem, no momento dos encontros, o que realmente desejavam saber.

Conforme referido, iniciou-se o curso após a aprovação da comissão de ética do campo da pesquisa, no período de outubro de 2004 a junho de 2005. A estratégia de investigação foi composta pelo curso que também incluiu: dinâmicas de grupo, aplicação de

formulário de pré-avaliação e pós-avaliação. A aplicação do formulário de análise documental realizou-se no ambulatório de uremia. Tendo a investigação a duração de nove meses.

Pressupondo que a compreensão e aceitação do autocuidado, por parte do cliente, seria possibilitada pela ação cultural e dialógica da sociopoética como prática educativa, desenvolveu-se, também, estratégias políticas, já citadas (entrevistas com a chefe do ambulatório de uremia do HUPE / UERJ, participação nas reuniões da equipe do ambulatório) e cuidativas, tais como acolhimento e escuta sensível dos clientes, conforme recomenda Barbier (2002), na abordagem para as entrevistas e convite para participação do curso a fim de introdução e aceitação da pesquisadora no campo da pesquisa. As estratégias utilizadas facilitaram a formação de um grupo, aqui considerado como de ensino / aprendizagem, proposto Santos (2005), para o autocuidado com as pessoas.

As entrevistas com 39 clientes foram realizadas em uma sala do ambulatório de nutrição, após a consulta médica, antes ou após a consulta com a nutricionista, de forma que não gerasse ansiedade pela espera ou atraso na consulta. Cada entrevista teve duração de 45 minutos, em média. Procurou-se garantir a confiabilidade das informações, mantendo-se a fidelidade dos dados obtidos. Para isso, procurou-se registrar fielmente as declarações dos clientes, das questões objetivas e questões subjetivas (APÊNDICE E). Ressalte-se que 12 clientes responderam à pré e pós-avaliação, respectivamente antes (ao se iniciar o ensino do autocuidado) e após o desenvolvimento do curso.

3.5.1 Desenvolvimento do Ensino do Autocuidado

Desenvolveu-se o curso com três grupos compostos por quatro clientes, os quais estavam agendados previamente para os encontros, sendo realizado quatro encontros com cada grupo. Os encontros foram realizados às sextas-feiras, no horário entre 09:00h e 12:00h e aos sábados, turno matutino entre 09:00h e 12:00h e turno vespertino entre 13:00h e 16:00h, conforme disponibilidade dos participantes, portanto, com duração de três horas, em uma sala disponibilizada na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/ UERJ).

O intervalo para os encontros foi de um a dois meses. O maior intervalo entre os encontros deveu-se à solicitação dos próprios clientes em virtude de complicações associadas a sua doença, realização de exames ou motivos de caráter pessoal. Durante cada encontro havia intervalo de 15 minutos, sendo oferecido um lanche aos participantes. A abordagem educativa envolveu um total de 12 sujeitos com doença renal, os quais constituíram o grupo de ensino / aprendizagem, sendo importante enfatizar que os familiares e/ou acompanhantes desses clientes também foram convidados para compor o grupo citado. Para facilitar o comparecimento aos encontros, forneceu-se transporte para dez clientes; dois possuíam “passe livre”.

No curso, conforme referido, foi aplicado o instrumento de pré e pós-avaliação (APÊNDICE B) na intenção de perceber a demanda de saber (competência e déficit – um objetivo dessa pesquisa) sobre o autocuidado, ou seja, o que os clientes sabem sobre sua doença e que medidas utilizam para o enfrentamento de suas limitações, controle da doença e

ações de autocuidado, e no final o que conseguiram absorver adequando as informações conforme o estilo de vida de cada um para alcançarem o bem-estar.

Conforme citado, os sujeitos da pesquisa autorizaram que os encontros fossem documentados por meio de fotografias e gravação de suas falas em fitas cassete. Importa ressaltar que a produção de dados da pesquisa incluiu o desenvolvimento de dinâmicas de grupo e práticas artísticas atendendo-se aos princípios da sociopoética, inclusive como prática educativa.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

Os resultados evidenciados foram divididos em duas partes. A primeira parte é constituída pelos resultados do método quantitativo, por meio do formulário de pré e pós-avaliação, os quais foram subdivididos em dados objetivos de pré-avaliação, dados objetivos de pós-avaliação e dados subjetivos de pré-avaliação. A segunda parte compreende a aplicação da sociopoética como prática educativa por meio do ensino do autocuidado.

4.1 Resultados do método quantitativo (Dados objetivos da pré-avaliação)

4.1.1 Perfil social dos sujeitos da pesquisa

Quanto ao perfil social constatou-se que dos 51 (100,0%) clientes com DRC, cujos prontuários foram analisados, a maioria é do sexo feminino (30 clientes). Sobreleva-se a concentração desse sexo na faixa etária entre 61 e 70 (36,67%) anos, enquanto que no sexo masculino evidenciou-se a distribuição da concentração etária na quinta e sexta décadas de vida (Tabela 1).

Segundo dados da United States Renal Data System (USRDS, 2002), em 2000, clientes com doença renal crônica (DRC) tinham uma idade mediana de 65 anos, sendo mais freqüente em homens (53,5%).

Drey et al. (2003) analisaram 1.076 casos de doença renal crônica entre 1992 e 1994. Nesse estudo, 74% dos pacientes apresentaram idade igual ou superior a 70 anos, sendo mais freqüente no sexo masculino (60%). A preponderância masculina aumentou com a idade.

Em nosso estudo houve maior percentual de clientes do sexo feminino. Isso provavelmente deve-se ao tamanho da amostra.

Tabela 1. Distribuição dos clientes por sexo e faixa etária. Ambulatório de uremia do HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

Faixa etária	F		M		Sub-Total	
	N	%	N	%	N	%
20 ---03	1	3,33	1	4,76	2	3,92
31 ---04	3	10,00	2	9,52	5	9,80
41 ---05	3	10,00	-	-	3	5,88
51 ---06	7	23,33	6	28,57	13	25,49
61 ---07	11	36,67	6	28,57	17	33,33
71 ---08	5	16,67	5	23,82	10	19,61
> 80	-	-	1	4,76	1	1,96
Total	30	100,00	21	100,00	51	100,00

Em relação à etnia dos sujeitos da pesquisa, predominou a branca com 23 (45,10%), seguindo-se 14 (27, 45%) pardos, 13 (25,49%) de etnia negra e 1 de etnia amarela. Encontrou-se, entre brancos, negros e pardos, 6 clientes analfabetos. Apenas 1 (11,11%) da etnia negra apresentava segundo grau completo, enquanto 8 (88,88%) dos que cursaram segundo grau completo eram brancos ou pardos, enquanto somente 2 de etnia branca possuíam nível superior completo (Tabela 2).

Conforme dados da USRDS (2002), no período de 1998 a 2000, ocorreram disparidades étnicas nas taxas de incidência de DRC, ajustadas para sexo e idade: homens brancos, 304/milhão de pessoas; homens negros, 1083/milhão de pessoas; para mulheres brancas 197/milhão de pessoas e mulheres negras 902/milhão de pessoas. Estes dados revelam que a etnia negra é mais acometida pela DRC, enquanto na presente casuística essa enfermidade prevalece na etnia branca.

A partir da Tabela 2, observa-se que a população em estudo tem nível de escolaridade baixo, fato que certamente também constitui um fator importante para a não adesão ao tratamento e entendimento da importância do autocuidado pelos clientes, levando-nos a ressaltar a importância de uma abordagem educativa para esclarecimentos acerca da doença e adoção de hábitos saudáveis, com uma linguagem acessível e forma dialógica, como estratégia para estimular a participação do cliente em seu tratamento e levando-o a entender seu estado e o direito de conhecer as formas de cuidar de si sem imposição ou dificuldades.

Tabela 2. Distribuição dos clientes por escolaridade e etnia. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

Etnia / Escolaridade	Amarela		Branca		Negra		Parda		Sub-Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Analfabeta	-	-	2	8,70	1	16,67	3	21,42	6	11,77
1º grau incompleto	-	-	7	30,43	7	38,89	4	28,58	18	35,29
1º grau completo	-	-	6	26,08	4	33,33	2	14,28	12	23,53
2º grau incompleto	-	-	2	8,70	-	-	1	7,14	3	5,89
2º grau completo	-	-	4	17,39	1	11,11	4	28,58	9	17,64
3º grau incompleto	1	100	-	-	-	-	-	-	1	1,96
3º grau completo	-	-	2	8,70	-	-	-	-	2	3,92
Total	1	100,00	23	100,00	13	100,00	14	100,00	51	100,00

Quanto à renda familiar, constatou-se que a maioria 28 (54,90%) dos clientes recebem entre 1 e 2 salários mínimos, enquanto apenas 2 (3,92%) recebem 5 salários (Tabela 3). Este achado é determinante de baixo poder aquisitivo. Tal fato influencia a compra de medicamentos não fornecidos pelo SUS e conseqüente não adesão ao tratamento que, além de favorecer o aparecimento das complicações, agilizam a progressão da DRC. Principalmente

levando-se em consideração que estes clientes, além da doença renal, apresentam doenças de base como hipertensão e diabetes, conforme será apresentado a seguir, as quais necessitam também de controle medicamentoso.

Tabela 3. Distribuição dos clientes por renda familiar. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

Renda familiar	N	%
Abaixo de 1 salário mínimo	1	1,96
De 1 a 2 salários mínimos	28	54,9
De 3 a 5 salários mínimos	20	39,22
Acima de 5 salários mínimos	2	3,92
Total	51	100,00

4.1.2 Perfil epidemiológico dos sujeitos

Com relação ao diagnóstico dos clientes, identificou-se em registros dos prontuários que nessa população em estudo 33 (64,7%) clientes tinham hipertensão, 10 (19,61%) clientes tinham hipertensão e diabetes, 1 (1,96%) cliente tinha somente diabetes e os demais apresentavam outras doenças de base como lupus eritematoso sistêmico (LES), nefropatia por HIV, doença renal policística, doença renal policística, glomerulonefrite membranosa e pielonefrite crônica bilateral (Tabela 4).

Não existem dados precisos sobre as principais causas de DRC no Brasil. De acordo com o Registro Latino-Americano de Diálise e Transplante, a principal causa de DRC no Brasil era a glomerulonefrite crônica (24%), seguida de hipertensão arterial (22%) e *diabetes mellitus* (15%) (MAZZUCHI et al., 1997). Dados do Registro Americano (USRDS, 2002)

indicam que nos Estados Unidos a principal causa de DRC terminal é o diabetes mellitus (43%), seguida de hipertensão arterial (26%) e glomerulonefrites (10%).

A incidência de DRC em hipertensos é de cerca de 156 casos por milhão, em estudo de 16 anos com 332.500 homens entre 35 e 57 anos. O risco de desenvolvimento de nefropatia é de cerca de 30% nos diabéticos tipo 1 e de 20% nos diabéticos tipo 2. No Brasil, entre 2.467.812 pacientes com hipertensão e/ou diabetes cadastrados no programa HiperDia do Ministério da Saúde, em 29 de março de 2004, a frequência de doenças renais foi de 6,63% (175.227 casos).

Tabela 4. Distribuição dos clientes por etiologia da doença renal crônica. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

Etiologia da DRC	N	%
HAS	33	64,7
D M	1	1,96
HAS e D M	10	19,61
Outros	7	13,73
Total	51	100,00

Conforme o estagiamento da DRC de acordo com a filtração glomerular (FG) estimada, evidenciou-se que ocorreu a predominância dos clientes que se encontravam no estágio 4, ou seja, apresentando perda importante da função renal ($FG < 30\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$) e indicando a proximidade de ingressar em uma terapia de substituição renal. Observou-se ainda que 2 clientes (3,92%) já estão no estágio 5 ou fase terminal da DRC, que corresponde a um ritmo de filtração glomerular inferior a $15\text{ ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$, (Tabela 5).

A filtração glomerular (FG) foi estimada a partir da creatinina sérica utilizando-se a fórmula de Cockcroft-Gault: $FG (\text{ml}/\text{min}) = (140 - \text{idade}) \times \text{peso} \times (0,85 \text{ se mulher}) / 72 \times \text{Creat}$ (PECOITS-FILHO, 2004).

De acordo com Pecoits-Filho (2004), a estimativa da filtração glomerular (FG) representa uma ótima maneira de mensurar a função renal, e uma FG reduzida é considerada um bom índice da função renal, e deve ser usada no estagiamento da doença renal crônica (DRC). Uma queda na FG precede o aparecimento de sintomas de falência renal em todas as formas de doença renal progressiva. Dessa maneira, ao se monitorizar mudanças na FG, estima-se o ritmo de perda da função renal.

Tabela 5. Distribuição dos clientes segundo o estágio da doença renal crônica. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

Estágio	Clientes	
	N	%
2	4	7,84
3	20	39,22
4	25	49,02
5	2	3,92
Total	51	100,00

4.1.3 Mudança no estilo de vida após o diagnóstico de DRC

Observa-se no Quadro 1 que os alimentos indicados e mais consumidos pelos clientes são: arroz, carne, frutas, verduras e legumes. Alerta-se que a dieta para os clientes com DRC em tratamento conservador é baseada no estágio da doença renal. A quantidade e preparação desta é orientada pela nutricionista, oferecendo-se uma lista de substituição de alimentos para ajudar ao cliente nas opções e motivação para segui-la.

Kopple et al. (1989) ressaltam que os indivíduos em fase avançada da DRC correm risco de desnutrição. Assim, sinais precoces de desnutrição, como a redução do peso corporal e declínio da concentração plasmática da creatinina, podem ser observados. Druml (1998)

confirma também a evidência de que o estado nutricional dos clientes em fase pré-diálise afeta os resultados de taxa de mortalidade após o início da diálise.

Na atualidade recomenda-se a dieta normoprotéica, até o estágio 5 da DRC, quando então a dieta passa a ser hipoprotéica. As demais orientações variam de acordo com cada indivíduo e por este motivo é necessário que haja uma nutricionista treinada responsável pela alimentação destes clientes.

Portanto, os objetivos do manejo nutricional na progressão da DRC pré-diálise são reduzir a toxicidade urêmica, retardar a progressão da doença e prevenir a desnutrição. (RIELLA e MARTINS, 2003).

Pacheco e Santos (2005) explicitam que a prescrição da dieta deve respeitar a cultura, as condições socioeconômicas e até religiosas dos clientes para favorecer a sua adesão às orientações. O desafio é trabalhar a restrição da dieta individualmente, pois, além de específica nas diferentes fases da doença renal, depende dos fatores citados.

Alimentos	Estágio 2	Estágio 3	Estágio 4	Estágio 5
			%	
Arroz	100	100	96	50
Feijão	100	85	80	100
Carne bovina	75	60	80	50
Frango	100	100	96	100
Peixe	100	85	88	100
Frutas	100	100	92	100
Verduras	100	100	92	100
Legumes	100	100	92	100
Macarrão	75	70	68	50
Farinha	50	55	36	50
Doces	50	40	64	-

Quadro 1. Distribuição percentual do consumo de alimentos pelos clientes, segundo o estágio da doença renal. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

Na Tabela 6, referente às respostas da pergunta sobre quais alterações foram informadas pelo médico quando o cliente fez exames de saúde, foi evidenciado que 45 (88,24%) clientes assinalaram doença nos rins, 38 (74,51%) clientes assinalaram HAS, 12 (23,53%) assinalaram diabetes e 10 (19,61%) cardiopatia. Sobreleva-se que alguns clientes apresentaram mais de um diagnóstico, fato que reflete a complexidade da doença renal, a qual vem associada principalmente com hipertensão arterial e diabetes, e estas, se não controladas, ocasionam complicações irreversíveis para o cliente.

Tabela 6. Alterações informadas pelo médico mediante exames dos clientes Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

Alterações	DR		HAS		DM		Cardiopatia	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	45	88,24	38	74,51	12	23,53	10	19,61
Não	6	11,76	13	25,49	39	76,47	41	80,39
Total	51	100,00	51	100,00	51	100,00	51	100,00

4.1.4 Conhecimento dos sujeitos sobre HAS e DM

A partir da Tabela 7, constata-se que 41 (80,39%) clientes responderam que a hipertensão compromete o coração, 41 (80,39%) clientes responderam que compromete os rins, 48 (94,12%) clientes responderam que pode causar derrame, nenhum cliente marcou a opção D (não acontece nada) e para a opção “outros” obtivemos as seguintes respostas: 1 (1,96%) perda da visão e 1 (1,96%) falta de ar.

Entende-se que, a partir desses resultados, grande parte dos clientes têm noção das complicações ocasionadas pelo não controle da HAS, e a complicação mais conhecida é o

AVC, comumente designada por “derrame”, entretanto percebe-se que 10 clientes desconhecem a doença renal como conseqüência da hipertensão.

A hipertensão arterial provoca uma agressão mecânica ao sistema cardiovascular e renal que refletem o alto risco que apresentam os clientes a desenvolver vasculopatias graves. Entre elas, as mais conhecidas pela população, por seu caráter dramático e por sua grande divulgação pela mídia, são as coronariopatias (exemplo:angina e infarto do miocárdio) e os acidentes vasculares cerebrais. Uma outra complicação igualmente deletéria é a hipertrofia cardíaca, conseqüência da maior quantidade de trabalho mecânico realizado pelo coração quando a pressão arterial está elevada, podendo ocasionar a insuficiência cardíaca. Outra complicação silenciosa é a doença renal crônica. Devido à exposição do tecido renal durante muitos anos a altas pressões de perfusão, leva uma parte dos clientes a desenvolver fibrose crônica do parênquima renal, causando então a perda irreversível da função desse órgão (HEIMANN, KRIEGEER e ZATZ, 2002; ALMEIDA e RODRIGUES, 2003).

Tabela 7. Complicações da hipertensão arterial sistêmica (HAS), segundo informações dos clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

Complicações da HAS	Cardiopatía		Doença renal		AVC	
	N	%	N	%	N	%
Sim	41	80,39	41	80,39	48	94,12
Não	10	19,61	10	19,61	3	5,88
Total	51	100,00	51	100,00	51	100,00

A análise da Tabela 8 indica que os principais sintomas citados pelos clientes quando estão com a pressão arterial alta são: tontura 12 (23,53%) clientes e cefaléia 11 (21,57%) clientes. Além destes sintomas apresentados na tabela, identificou-se outros sintomas

relatados de forma subjetiva por 11 clientes, os quais são: dor na nuca, visão turva, sensação de levitação, formigamento nas mãos, enjôo, sangramento pelo nariz, “agonia na cabeça”, “sangue fervendo no corpo” e “coração batendo no ouvido”. Portanto, deve-se ouvir com muita atenção a queixa do cliente quanto a esses sintomas, haja vista que pode indicar tanto que o cliente não está seguindo a dieta ou tomando os medicamentos ou mesmo a necessidade de adequação da dose da medicação, ou ainda que o cliente pode estar sofrendo problemas psicossociais (dificuldades financeiras, problemas familiares, negação da doença), os quais estão influenciando no controle da pressão arterial.

Almeida e Rodrigues (2003) consideram importante ressaltar que na maioria dos indivíduos a hipertensão arterial é absolutamente assintomática. Mesmo aqueles com comprometimento discreto dos órgãos-alvo não procuram o médico por não terem nenhum sintoma que os incomode. Por isso, esses clientes devem ser orientados também quanto à importância da monitorização da pressão arterial, que pode ser feita não só durante a consulta médica, mas em domicílio, em postos de saúde ou farmácia, desde que realizada por profissionais ou pessoas treinadas. Considera-se que dessa forma pode-se evitar complicações como AVC, infarto, insuficiência cardíaca e comprometimento da visão e progressão da doença renal.

Tabela 8. Principais sintomas da HAS referidas pelos clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

Sintomas	Tontura		Cefaléia	
	N	%	N	%
Sim	12	23,53	11	21,57
Não	39	76,47	40	78,43
Total	51	100,00	51	100,00

Em relação à pergunta sobre quais medidas de pressão arterial são consideradas como normais, a maioria dos clientes marcaram as opções A e/ou C, embora existisse uma opção que engloba medidas apresentadas por estas opções, ou seja, a letra D (<que 140 x 90 mmHg). Considera-se que a maioria está informada sobre a pressão ideal (Tabela 9).

De acordo com as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002), conceitua-se hipertensão arterial os valores de pressão sistólica igual ou superior a 140 mmHg ou de pressão diastólica igual ou superior a 90 mmHg.

Conforme relatado previamente, o controle adequado da pressão arterial retarda a progressão da DRC. Nos clientes com doença renal crônica a pressão arterial deve se manter <125/75 mmHg, se apresentarem proteinúria > 1g/24horas, e naqueles com proteinúria <1g/24horas, a pressão arterial deve se manter < 130/80 mmHg. (BREGMAN, 2004).

Tabela 9. Medidas de pressão arterial (PA) consideradas como normais pelos clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

PA (mmHg)	N	%
A (130 X 80)	14	27,45
A,C	1	1,96
C (120x80)	27	52,94
D (<que 140 X 90)	4	7,84
Não responderam	5	9,80
Total	51	100,00

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 10 referente à pergunta sobre o que fazer para manter a pressão arterial dentro do limite normal, 3 (5,88%) clientes responderam somente exercício físico, 49 (96,08%) clientes marcaram não comer sal, 43 (84,31%) assinalaram não comer gordura e 2 (3,92%) acharam correto a opção tomar remédio apenas quando a pressão estiver alta.

Segundo Pereira, Pascoal e Mion Júnior (2003), a hipertensão arterial é o fator de risco mais importante para a perda progressiva da função renal, antecipando o início do tratamento dialítico, por sua vez, o controle da hipertensão é a intervenção clínica mais importante em retardar a progressão para insuficiência renal crônica terminal.

O tratamento da hipertensão arterial sistêmica tem como principal objetivo melhorar a qualidade de vida dos clientes e diminuir o risco de complicações, e pode ser dividido em tratamento não-medicamentoso e medicamentoso. O primeiro baseia-se em modificações do estilo de vida e consiste em: redução da ingestão de sal, prática de exercícios físicos regulares, controle do estresse, abandono do tabagismo e eliminação ou redução do consumo de álcool (ALMEIDA e RODRIGUES, 2003; TAVARES, RIBEIRO e RODRIGUES, 2005).

Conforme afirma Bregman (2004), estes clientes devem ser tratados com inibidor da enzima de conversão da angiotensina II (IECA) como primeira escolha por sua ação renoprotetora adicional à redução da pressão arterial, podendo ser utilizado também o antagonista de receptor de angiotensina II (ARA II) para obtenção de melhor controle da pressão arterial e/ou proteinúria .

Considera-se relevante informar os clientes sobre os benefícios do uso contínuo dos medicamentos que, além da nefroproteção proporcionada pelo uso do inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA), controlam a hipertensão e previnem complicações como pico hipertensivo, AVC, infarto e outras, em decorrência de alguns acreditarem que só devem usar o medicamento quando a pressão arterial está elevada, fato comprovado por este estudo em que 3,92% dos clientes têm essa prática (Tabela 10). Esses clientes correm o risco de sofrer hipertensão por rebote ocasionada pela interrupção da terapia medicamentosa, além de favorecer a aceleração da DRC.

Para o sucesso do tratamento e manutenção do bem-estar é necessário o entendimento dos clientes sobre a importância da combinação de hábitos saudáveis e uso contínuo dos medicamentos.

Tabela 10. Hábitos de vida indicados para manter PA normal, conforme respostas dos clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

Hábitos de vida	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Só exercício físico	3	5,88	48	94,12	51	100,00
Não comer sal	49	96,08	2	3,92	51	100,00
Não comer gordura	43	84,31	8	15,69	51	100,00
Remédio só quando a pressão estiver alta	2	3,92	49	96,08	51	100,00

Quanto à cura da hipertensão arterial, 18 (35,29%) clientes responderam que acreditam e 33 (64,71%) clientes não acreditam (Tabela 11). Os motivos estão descritos na análise dos dados subjetivos (Quadro 5, APÊNDICE E).

Tabela 11. Crença na cura da HAS de acordo com a opinião dos clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

Cura da HAS	N	%
Sim	17	33,33
Não	33	64,71
Não respondeu	1	1,96
Total	51	100,00

4.1.5 Conhecimento dos sujeitos sobre hábitos de saúde e bem-estar

A resposta dos 51 clientes entrevistados foi unânime ao considerarem a prática de exercício físico importante para a sua saúde (Tabela 12), no entanto apenas 20 (39,22%) clientes praticam (Tabela 13), sendo que 14 (27,45%) clientes fazem caminhada, 3 (5,88%) exercitam-se na bicicleta e 2 (3,92%) realizam caminhada e bicicleta e 1 (1,96%) cliente pratica dança (Tabela 14). A Periodicidade varia de 2 a 6 vezes por semana e 9 clientes relataram a prática diária (Tabela 15).

A prática de exercício físico regular corresponde a uma das modificações do estilo de vida essencial para o controle da hipertensão arterial, diabetes e das dislipidemias, além de prevenir complicações e melhorar a auto-imagem e a auto-estima.

O exercício físico aeróbico ou isotônico regular é capaz de reduzir a pressão arterial, favorecer a perda de peso e /ou reduzir os fatores de risco cardiovascular. Tais exercícios (andar, correr, nadar, andar de bicicleta, futebol, dança e outros) devem ser realizados pelo menos três vezes por semana por um período mínimo de 40 minutos. Clientes com suspeita de doença coronária ou com idade superior a 50 anos devem ser, preliminarmente, submetidos a teste ergométrico. Caso contrário, devem apenas andar. Os exercícios chamados isométricos, ou seja, que desenvolvem grande força muscular sem movimentação dos membros (por exemplo, halteres) elevam a pressão sistólica e diastólica, e não são recomendados (ALMEIDA e RODRIGUES, 2003; BERLIN e COLDITZ, 1990).

No caso específico de clientes com DRC a presença de proteinúria pode ser um fator limitante para a realização de determinados exercícios, portanto, esses clientes devem ser avaliados individualmente quanto ao tipo de exercício que podem realizar.

Tabela 12. Importância do exercício físico para a saúde, conforme respostas dos clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

Importância	N	%
Sim	51	100,00
Não	-	-
Total	51	100,00

Tabela 13. Distribuição dos clientes por prática de exercícios físicos. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

Prática	N	%
Sim	20	39,22
Não	31	60,78
Total	51	100,00

Tabela 14. Modalidades de exercícios físicos realizados pelos clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

Modalidades	N	%
Caminhada	14	27,45
Bicicleta	3	5,88
Bicicleta e caminhada	2	3,92
Dança	1	1,96
Não praticam	31	60,78
Total	51	100,00

Tabela 15. Periodicidade dos exercícios praticados pelos clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

Periodicidade	N	%
2 vezes na semana	6	11,76
3 vezes na semana	3	5,88
4 vezes na semana	1	1,96
6 vezes na semana	1	1,96
Diariamente	9	17,65
Não praticam	31	60,78
Total	51	100,00

4.1.6 Conhecimento dos sujeitos sobre complicações em DRC

O Quadro 2 representa dados sobre uma questão subjetiva a respeito das possíveis complicações ocasionadas pela dislipidemia. Observou-se que a principal complicação citada por 16 clientes foi o aumento do colesterol, sete clientes falaram infarto, quatro clientes referiram-se à deficiência ou perda da função renal e 16 clientes não souberam responder.

Batista e Oliveira (2004) explicam que clientes com DRC apresentam um perfil lipídico tipicamente trombogênico, com elevações dos níveis de triglicérides e reduções do HDL-colesterol, e devem ser considerados como de alto risco para doença cardiovascular, ou seja, apresentam risco equivalente a indivíduos com insuficiência coronariana conhecida. As alterações do metabolismo lipídico na DRC podem ser observadas em fases iniciais do declínio da função renal (TFG < 60 ml/min).

Conforme Batista e Oliveira (2004), indivíduos com hipertrigliceridemia devem ser tratados com modificações do estilo de vida (dieta, abstinência alcoólica, tratamento de hiperglicemia, atividade física) e, caso não haja redução dos níveis até abaixo de 150mg/dl, a utilização de drogas hipolipemiantes se faz necessária, já o LDL-colesterol deve ser de 100mg/dl ou menos.

Complicações da dislipidemia	Frequência
Aumento do colesterol	16
Infarto	7
Deficiência ou perda da função renal	4
AVC	4
Entupimento das veias	4
Aumento da pressão arterial	3
Obesidade	2
Outros: morte, edema, diabetes e comprometimento dos glóbulos vermelhos	6
Não responderam	16

Quadro 2. Complicações da dislipidemia informadas pelos clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

De acordo com a análise da Tabela 16, sobre o tipo de doença ocasionada devido ao não controle do nível glicêmico, percebe-se que 41 (80,39%) clientes citaram o diabetes mellitus. No entanto, 10 (19,61%) clientes não sabiam sobre a patologia ocasionada pelo não controle glicêmico.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), o DM é uma síndrome decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas (GROSS, 2000).

Tabela 16. Tipo de doença ocasionada devido ao não controle do nível glicêmico, segundo os clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

Tipo de doença	N	%
Diabetes	41	80,39
Não responderam	9	17,65
Infarto	1	1,96
Total	51	100,00

A Tabela 17 refere-se às opções assinaladas pelos clientes sobre o nível de glicemia ideal em jejum. Dezesesseis (31,37%) clientes assinalaram a opção correta (opção B), 25 (49,02%) clientes não responderam e os demais assinalaram opções incorretas. Nota-se que predominou a clientela desinformada sobre o nível ideal da glicemia em jejum, considerada uma das medidas primordiais para o controle da glicemia, no entanto entre esses estão incluídos os clientes com e sem diabetes.

Consoante a SBD, a medida da glicose plasmática em jejum, pela sua praticidade, é o procedimento básico empregado para fazer o diagnóstico de DM. Níveis de glicemia maior que 110 mg/dl e menor que 126 mg/dl são categorizados como glicemia de jejum alterada e valor maior ou igual a 126 mg/dl é diagnóstico para diabetes mellitus.

Em clientes com nefropatia diabética, são desejáveis valores de glicemia de jejum entre 80 mg/dl e 120 mg/dl (BREGMAN, 2004). O controle rigoroso da glicemia é fundamental haja vista que Alaveras et al. (1997) consideram que o controle glicêmico em clientes com nefropatia clínica, associado a um controle dos níveis pressóricos, pode reduzir a perda de função renal.

Tabela 17. Valores de glicemia em jejum ideais conforme informações dos clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

Glicemia (mg/dl)	N	%
A (70-140)	9	17,65
B (80-120)	16	31,37
C (150-200)	1	1,96
Não responderam	25	49,02
Total	51	100,00

Conforme resultados da Tabela 18 referente aos cuidados que o cliente deve tomar para o controle do diabetes, detecta-se que predominou o número de acertos. Entretanto, o

número de opções incorretas, apesar de constituir um percentual menor, nos certifica de que os clientes precisam ser orientados sobre a importância da combinação de todos os cuidados para que o controle do diabetes seja eficiente.

O tratamento para o controle do DM inclui as seguintes estratégias: educação, modificações do estilo de vida que compreendem a suspensão do fumo, abandono da bebida alcoólica, realização de atividade física e reorganização dos hábitos alimentares e uso de medicamentos conforme orientação médica.

Gross et al. (2003) concebem que o bloqueio do sistema renina-angiotensina tem-se mostrado útil no tratamento da nefropatia diabética, prevenindo a evolução da microalbuminúria para a macroalbuminúria e a progressão da macroalbuminúria, assim como reduzindo a mortalidade em geral. Os inibidores da ECA estão indicados para o tratamento da nefropatia diabética (micro e macroalbuminúria) mesmo em indivíduos normotensos. Segundo Lewis et al. (1993), em clientes com nefropatia diabética clínica, os inibidores da ECA, além de diminuir os níveis de proteinúria (30%), também são capazes de reduzir a velocidade de declínio da TFG.

Tabela 18. Hábitos de vida indicados para o controle glicêmico, conforme respostas pelos clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

Hábitos de vida	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
verificar glicemia capilar diariamente	40	78,43	11	21,57	51	100,00
Usar medicamentos prescritos	47	92,16	4	7,84	51	100,00
Seguir dieta prescrita	46	90,20	5	9,80	51	100,00
Fazer exercícios regularmente	42	82,35	9	17,65	51	100,00
Comer doces todos os dias	-	-	51	100,00	51	100,00

Quanto à cura do DM, 15 (29,41%) clientes responderam que acreditam e 34 (66,67%) clientes não acreditam (Tabela 19). As justificativas assim como a discussão estão descritos na análise dos dados subjetivos (Quadro 6, APÊNDICE E).

Tabela 19. Crença na cura do diabetes mellitus (DM) segundo os clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

Cura do DM	N	%
Sim	15	29,41
Não	34	66,67
Não responderam	2	3,92
Total	51	100,00

As conseqüências do DM a longo prazo incluem danos, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins (nefropatia), olhos (retinopatia), nervos (neuropatia), coração e

vasos sanguíneos (micro e macroangiopatia). Essas complicações podem surgir precocemente caso não haja o controle da doença. O Quadro 3 indica que a complicação mais conhecida e citada por 18 clientes é o comprometimento ou perda da visão, em segundo lugar 11 clientes citaram a amputação de membros e / ou morte.

Complicações do DM	Frequência
Comprometimento ou perda da visão	18
Amputação de membros	11
Morte	11
Perda da função renal	6
Deficiência de cicatrização	6
Infarto	5
Hipoglicemia	3
Coma	3
AVC	2
Trombose	1
Emagrecimento	1
Não souberam responder	8

Quadro 3. Complicações ocasionadas pelo não controle do DM, conforme opinião dos clientes atendidos no ambulatório de uremia, outubro de 2004 a junho de 2005. Rio de Janeiro HUPE/UERJ.

Identificou-se que 38 (74,51%) clientes assinalaram associação da anemia e doença renal crônica e 38 (74,51%) clientes consideraram a ocorrência da doença óssea na vigência da doença renal crônica. Dois (3,92%) clientes afirmaram que não ocorre anemia na DRC e 11 (21,57%) clientes não sabiam responder. Quanto à doença óssea, três (5,88%) clientes falaram que ela não ocorre na DRC e 10 (19,61%) clientes não sabiam a resposta (Tabelas 20 e 21).

A anemia e a doença óssea são algumas das principais complicações surgidas no curso da DRC, particularmente quando a FG diminui a valores $< 60\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ (BATISTA et al., 2005). Portanto, considera-se importante a orientação dos clientes quanto a essas

complicações para que se sintam motivados para o autocuidado, haja vista que alguns deixam de seguir as orientações por desconhecerem as complicações da doença e os benefícios de seguir as orientações para o controle dela.

Segundo McGonigle (1984), a anemia ocorre em todos os clientes com DRC, inicialmente devido à deficiência da absorção intestinal de ferro e posteriormente devido à deficiência de eritropoetina, haja vista que uma das funções dos rins é endócrina, em que o mesmo é responsável pela produção da eritropoetina. Em clientes com DRC acompanhados pelo tratamento conservador pode ocorrer a resistência à ação da eritropoetina, ou seja, os níveis séricos de eritropoetina são normais, porém a medula óssea não responde adequadamente a ela .

A anemia, de acordo com Abensur e Alves (2000), estigmatiza o cliente, conferindo-lhe um aspecto de doente, além de provocar também incapacidade física e mental, prejudicando de maneira importante sua recuperação social, sendo responsável pela redução da qualidade de vida.

Abensur (2004) afirma que geralmente a anemia instala-se quando a taxa de filtração glomerular cai abaixo de 30ml/min (30% da função renal) e os principais sintomas são: dispnéia e fadiga podendo ocorrer também insônia, cefaléia, indisposição física e mental e palidez cutânea. Conforme afirma este mesmo autor, é recomendável iniciar a terapia com eritropoetina quando o hematócrito estiver abaixo de 33% e hemoglobina abaixo de 11g/dl, após a suplementação com ferro. Desse modo, o principal objetivo do tratamento da anemia na doença renal consiste na promoção do restabelecimento social do cliente, evitando complicações e proporcionando-lhe melhor qualidade de vida.

Os rins também têm importante papel na manutenção das quantidades adequadas de fósforo e cálcio no organismo, pois esses minerais juntos ajudam a manter os ossos saudáveis. No cliente com DRC, como os rins não funcionam adequadamente, o equilíbrio entre esses dois minerais está prejudicado. Assim, a eliminação de fósforo pela urina diminui acumulando-se no sangue.

Altos níveis de fósforo no sangue facilitam a retirada de cálcio dos ossos. Essa situação de desequilíbrio dos dois minerais pode levar à doença óssea, que provoca dores, enfraquecimento e quebra dos ossos se não tratada adequada e precocemente. Dessa forma, o controle dos níveis de fósforo e cálcio é o primeiro passo para prevenir e tratar essas condições.

Geralmente, a primeira estratégia de controle dos níveis de fósforo e cálcio é a dieta planejada pelo nutricionista. No entanto, quando, apesar da restrição dietética, não houver o controle desses minerais, torna-se necessário a prescrição médica de quelantes de fósforo, medicamentos ingeridos junto com a alimentação para evitar a absorção intestinal do fósforo e conseqüente equilíbrio do cálcio, haja vista que o aumento dos níveis séricos do fósforo ocasionam uma queda dos níveis séricos de cálcio (LIMA, 2004).

Tabela 20. Ocorrência de anemia em pessoas com DRC de acordo com as respostas dos clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

Anemia e DRC	N	%
Sim	38	74,51
Não	2	3,92
Não responderam	11	21,57
Total	51	100,00

Tabela 21. Possibilidade de comprometimento ósseo ocasionado pela DRC, conforme os clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

Doença óssea e DRC	N	%
Sim	38	74,51
Não	3	5,88
Não responderam	10	19,61
Total	51	100,00

Referente ao comprometimento dos rins pela hipertensão arterial sistêmica, 49 (96,08%) clientes referiram que ocorre e apenas dois (3,92%) clientes não souberam responder (Tabela 22).

Quanto ao acometimento renal pelo diabetes, 40 (78,43%) clientes afirmaram que pode ocorrer o comprometimento, quatro (7,84%) clientes falaram que não ocorre e sete (13,73%) clientes não souberam responder (Tabela 23).

Segundo Almeida e Rodrigues (2003), aproximadamente 25% dos pacientes que são submetidos à diálise crônica e que necessitam de transplante renal têm como única causa da insuficiência renal a hipertensão arterial. Esses dados adquirem ainda maior importância quando a hipertensão está associada ao diabetes mellitus.

A hipertensão arterial compromete principalmente as estruturas vasculares renais (artérias, arteríolas e capilares glomerulares). Entretanto, são nas arteríolas e glomérulos que ocorrem as conseqüências mais sérias da hipertensão arterial sobre os rins. A parede das arteríolas renais sofre espessamento das camadas muscular e elástica, reduzindo o fluxo efetivo para o glomérulo e túbulo interstício.

O aumento da pressão intraglomerular e o hiperfluxo promovem a esclerose parcial ou total dos glomérulos, por mecanismos não completamente identificados, mas que incluem a

formação intra-renal de angiotensina II. A conseqüência das lesões arteriolares e glomerulares é a queda lenta e progressiva da filtração glomerular e a correspondente perda da função renal (ALMEIDA e RODRIGUES, 2003).

De acordo com Kohlmann Jr e Zanella (2005), o diabetes mellitus se constitui hoje na primeira causa de DRC em diversos países e a segunda causa no Brasil. A nefropatia diabética acomete de 30 a 40% dos indivíduos com DM tipo 1 e 10 a 40% daqueles com o tipo 2.

Os glomérulos são as principais estruturas renais acometidas pelo diabetes mellitus. Conforme explicam Kohlmann Jr e Zanella (2005), a nefropatia é resultado de uma somatória de fatores hemodinâmicos e metabólicos sobre a microcirculação renal que culminam com a esclerose glomerular. Os fatores hemodinâmicos exercem um papel determinante na gênese da lesão renal através das anormalidades na hemodinâmica intraglomerular, dos efeitos deletérios da hipertensão arterial e por meio da produção renal de citocinas. Igualmente importantes são as conseqüências metabólicas da hiperglicemia que, por diversos mecanismos, induzem lesões renais. Independentemente do fator iniciador do processo lesivo renal, a proliferação da matriz extracelular do mesângio é estimulada, concorrendo para reduzir o lúmen dos capilares glomerulares e a superfície de filtração.

A partir dessas referências, torna-se evidente o comprometimento renal pela hipertensão e diabetes, sendo estas consideradas as principais causas da doença renal crônica. Ressalta-se a importância da prevenção secundária por meio do controle dos níveis pressóricos e glicêmicos, e dessa forma considera-se a educação desses clientes para o autocuidado a ferramenta ideal para incentivá-los à adesão ao tratamento. Tudo isso com a finalidade de minimizar as conseqüências da doença já instalada e adiar o ingresso desses clientes em uma

das terapias de substituição renal, além de prepará-los para que ingressem em condições clínicas adequadas.

Tabela 22. Comprometimento renal pela HAS segundo os clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

Comprometimento renal pela HAS	N	%
Sim	49	96,08
Não responderam	2	3,92
Total	51	100,00

Tabela 23. Comprometimento renal pelo DM segundo os clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

Comprometimento renal pelo DM	N	%
Sim	40	78,43
Não	4	7,84
Não responderam	7	13,73
Total	51	100,00

4.1.7 Conhecimento dos sujeitos sobre função renal e ocorrência da DRC

Quanto às funções dos rins, a Tabela 24 expõe que 26 (50,98%) clientes escolheram a opção A, considerada correta (Filtração, regulação de substâncias necessárias ao organismo e produção de hormônios) e os demais assinalaram as opções incorretas entre estes, 14 (27,45%) clientes optaram pela letra B, a qual dizia que a função dos rins é somente filtração do sangue e 4 (7,84%) clientes assinalaram a opção C (somente eliminação de substâncias nocivas ao organismo).

Segundo Boim, Teixeira e Schor (2002), o rim possui duas funções as quais são: função endócrina e homeostática

Função endócrina

- Secreção de renina: Esta substância é responsável pela ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona, o qual está diretamente envolvido no controle da pressão arterial e do volume extracelular.

- Secreção de 1.25 dihidroxi-calciferol, importante na absorção de cálcio no túbulo renal e no depósito de cálcio no osso.

- Secreção de eritropoetina, um fator de crescimento com ação específica de estimular a medula óssea a produzir glóbulos vermelhos.

Função homeostática

- Manutenção de um volume hídrico adequado, a qual ocorre em função da excreção de água e solutos, formando um gradiente osmolar adequado entre os compartimentos intra e extracelulares.

- Regular a concentração de íons como sódio, potássio, cloreto, bicarbonato, hidroxônio, magnésio e fosfato. Isso também ocorre com a ajuda da capacidade de excreção de água e solutos.

- Manutenção do pH, contando também com o auxílio do pulmão. O controle do pH no sangue deve-se à capacidade do rim de excretar hidrogênio (H^+) e reabsorver bicarbonato (HCO^{-3}).

- Manutenção da concentração adequada de metabólitos, devido à capacidade de reabsorção presente nos túbulos renais impedindo que metabólitos, como glicose, sejam eliminados pela urina.

- Eliminação de produtos do metabolismo como uréia, ácido úrico e timina, além de drogas ou substâncias tóxicas presentes nos alimentos, em função da capacidade de excreção renal.

Tabela 24. Conhecimento dos clientes acerca das funções dos rins. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

Funções dos rins	N	%
A) Filtração, regulação de substâncias necessárias ao organismo e produção de hormônios	26	50,98
B) Somente filtração do sangue	14	27,45
C) Somente eliminação de substâncias nocivas ao organismo.	4	7,84
Não responderam	7	13,73
Total	51	100,00

Perguntou-se quando a doença renal ocorre e 37 (72,55%) clientes optaram pela resposta correta, opção A (quando os rins não filtram as impurezas do sangue e não garantem o equilíbrio de sais minerais no corpo da pessoa). No entanto, os demais clientes demonstraram desconhecimento a respeito deste assunto ao assinalarem a opção C (quando ocorre infecção na urina), ou não assinalaram nenhuma alternativa. A opção B (quando os rins filtram o sangue normalmente) não foi apontada pelos clientes (Tabela 25).

A doença renal crônica caracteriza-se pela incapacidade dos rins de remover os produtos de degradação metabólica do corpo ou de realizar as funções reguladoras. As substâncias normalmente eliminadas pela urina ficam retidas no sangue em consequência da excreção renal comprometida e levam a uma ruptura das funções endócrinas e metabólicas, bem como a distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básicos (SMELTZER e BARE, 2002).

Tabela 25. Caracterização da DRC conforme opinião dos clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

DRC	N	%
A) Quando os rins não filtram as impurezas do sangue e não garantem o equilíbrio de sais minerais no corpo da pessoa.	37	72,55
B) Quando os rins filtram o sangue normalmente	-	-
C) Quando ocorre infecção na urina	6	11,76
Não responderam	8	15,69
Total	51	100,00

4.1.8 Cômputo geral do conhecimento inicial dos clientes sobre DRC e complicações

Aos dados objetivos obtidos em pré-avaliação foram aplicadas as medidas de tendência central (média e desvio padrão), recomendadas para pequenas amostras de sujeitos de pesquisa. A intenção foi identificar o conhecimento inicial dos clientes sobre noções básicas em DRC e suas complicações, visando diminuir, através do ensino para o autocuidado, o déficit identificado e aumentar a competência para a sobrevida com qualidade em DRC.

Desse modo, observa-se na Tabela 1 as respostas dos sujeitos sobre a ocorrência de anemia em pessoas com DRC.

Constata-se que o acerto à questão formulada situa-se na média 17. Fato que não pode ser considerado totalmente positivo, haja vista o desvio padrão de 18,73 assinalando a predominância de 13 pessoas, num total de 51 (100,0%) que não souberam responder a

questão. Vê-se, portanto a necessidade de orientar os clientes com DRC sobre tais situações do processo saúde –doença que estão vivenciando.

Tabela 1. Ocorrência de anemia em pessoas com DRC de acordo com as respostas dos clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

Anemia e DRC	N	%
Sim	38	74,51
Não	2	3,92
Não responderam	11	21,57
Total	51	100,00

Média = 17

Desvio Padrão = 18,73

Investigando o comprometimento ósseo que pode surgir nas pessoas com DRC, observa-se na Tabela 2 a média de acerto ainda situada em 17. Entretanto, o desvio padrão de 18,52, apesar de mais baixo, não é tão significativo, observando-se que 13 entre 51 pessoas desconhecem a possibilidade de adquirir uma doença óssea por estar com insuficiência renal.

Tabela 2. Possibilidade de comprometimento ósseo ocasionada pela DRC conforme os clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

Doença óssea e DRC	N	%
Não	3	5,88
Sim	38	74,51
Não responderam	10	19,61
Total	51	100,00

Média = 17

Desvio Padrão = 18,52

Analisando a Tabela 3, vê-se que o conhecimento dos clientes quanto ao comprometimento renal devido à HAS é maior quando relacionado às demais respostas

obtidas em pré- avaliação. Ressalte-se, portanto, a média de acerto situada em 25,50 e o alto desvio padrão de 33,23.

Tabela 3. Comprometimento renal pela HAS segundo os clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

HAS e DRC	N	%
Sim	49	96,08
Não responderam	2	3,92
Total	51	100,00

Média = 25,50
Desvio Padrão = 33,23

Referente ao saber sobre comprometimento renal devido ao diabetes mellitus, constata-se através da Tabela 4 que ainda 11 clientes têm incertezas quanto a esta possibilidade, conforme se observa a média e o desvio padrão situados em 17 e 19,97, respectivamente. Fato que demanda a orientação dessas pessoas na modalidade de educação à saúde visando a qualidade de vida.

Tabela 4. Comprometimento renal pelo DM segundo os clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

DM e DRC	N	%
Sim	40	78,43
Não	4	7,84
Não responderam	7	13,73
Total	51	100,00

Média = 17
Desvio Padrão = 19,97

Na Tabela 5, observa-se a mais baixa incidência de acerto quanto a noções básicas sobre o funcionamento dos rins, situando-se a média e o desvio padrão, respectivamente, em 10,20 e 10,06. Providências quanto ao ensino do autocuidado junto a esses clientes são urgentes e necessárias a fim de que eles tenham consciência da gravidade da doença renal e tornem-se responsáveis por seu tratamento junto à equipe de saúde.

Tabela 5. Conhecimento dos clientes acerca das funções dos rins. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

Funções dos rins	N	%
A) Filtração, regulação de substâncias necessárias ao organismo e produção de hormônios.	26	50,98
B) Somente filtração do sangue	14	27,45
C) Somente eliminação de substâncias nocivas ao organismo	4	7,84
Não responderam	7	13,72
Total	51	100,00

Média = 10,20
Desvio Padrão = 10,06

Constatando-se mediante a Tabela 6 a média e o desvio padrão situados respectivamente em 12,75 e 16,38, ressalte-se que persistem os clientes com pouco ou nenhum conhecimento sobre as características da DRC. Infere-se que tal fato influencia a descoberta tardia dessa enfermidade por parte das pessoas e a conseqüente falta de adesão ao tratamento conservador.

Tabela 6. Caracterização da DRC conforme opinião dos clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

DRC	N	%
A) Quando os rins não filtram as impurezas do sangue e não garantem o equilíbrio de sais minerais no corpo da pessoa.	37	72,55
B) Quando os rins filtram o sangue normalmente	-	-
C) Quando ocorre infecção na urina	6	11,76
Não responderam	8	15,69
Total	51	100,00

Média = 12,75
Desvio Padrão = 16,38

4.2. Dados objetivos da pós-avaliação

A pós-avaliação foi aplicada a 10 clientes do grupo pesquisador que participaram do Curso de Autocuidado mediante a prática educativa da sociopoética. Ressalte-se que esses clientes também responderam o formulário de pré-avaliação, aplicado ao total de 51 clientes. Portanto, para comparar os dados de pré com os de pós-avaliação, suas respostas de pré-avaliação foram recortadas do tal citado.

Nesta seção, realizamos análise comparativa do déficit e competência do grupo pesquisador para o autocuidado, por meio da análise dos resultados pré e pós-avaliação.

Aplicou-se o formulário de pós-avaliação após desenvolvimento do curso de noções gerais sobre DRC e autocuidado, do qual participaram 12 clientes. Destes, 10 compareceram ao último encontro, correspondente àqueles submetidos à análise da pós-avaliação. A pós-avaliação abordou as questões que avaliaram a competência e déficit do autocuidado,

constituindo-se, portanto, no mesmo formulário de pré-avaliação com exclusão apenas das questões 1, 2, 3, 5 e 15 por serem itens pertinentes ao descobrimento, forma de diagnóstico, mudanças ocorridas na vida do cliente após descobrimento da DRC, tipos de alimentos consumidos e sintomas do cliente quando sua pressão está alta.

A respeito do conhecimento do grupo pesquisador sobre as complicações da hipertensão arterial sistêmica (Tabela 1), evidenciou-se que de um grupo de 10 clientes, três clientes não estavam informados sobre as principais complicações (cardiopatia, doença renal crônica e acidente vascular cerebral).

Após o curso, a pós-avaliação demonstra que todos ficaram cientes sobre essas complicações. Portanto, acredita-se que facilitamos a realização do direito de cidadão desses clientes, promovendo a educação com informações sobre a sua doença e incentivando-o a participar do seu tratamento para obterem qualidade de vida.

Tabela 1. Conhecimento do grupo pesquisador sobre as complicações da hipertensão arterial sistêmica (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005. (N=10).

Conhecimento	PRÉ-AVALIAÇÃO			PÓS-AVALIAÇÃO		
	Cardiopatia	DRC	AVC	Cardiopatia	DRC	AVC
Sim	7	8	8	10	10	10
Não	3	2	2	-	-	-

Ao interrogar-se sobre o conhecimento do grupo pesquisador sobre as medidas de pressão arterial (PA) consideradas como normais, obteve-se o seguinte resultado (pós-avaliação): um cliente assinalou a opção A (130X 80mmHg), quatro clientes assinalaram opção C (120X 80 mmHg) e cinco clientes a opção D (<140X 90 mmHg). Ao comparar-se com os resultados da pré-avaliação, pôde-se observar que um maior número de clientes

assinalou a opção D, que considera como ideais valores pressóricos menores que 140X 90 mmHg, considerados ideais pelo consenso brasileiro de hipertensão arterial, demonstrando assimilação do conteúdo discutido pelo grupo durante o curso (Tabela 2).

Tabela 2. Conhecimento do grupo pesquisador sobre as medidas de pressão arterial (PA) consideradas como normais (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005. (N=10).

PA	PRÉ-AVALIAÇÃO	PÓS-AVALIAÇÃO
A (130 X 80mmHg)	1	1
B (150 X 60 mmHg)	-	-
C (120 X 80 mmHg)	5	4
D (<140 X 90 mmHg)	3	5
Não respondeu	1	-

Pesquisando-se o conhecimento do grupo pesquisador sobre os hábitos de vida indicados para manter PA normal (pré-avaliação) obteve-se : todos os 10 clientes assinalaram “não comer sal”, “não comer gordura”. Comparando-se com os dados de pré-avaliação observou-se sensível aumento no conhecimento de modificações de hábitos de vida importantes para controle da PA (tabela 3).

Tabela 3. Conhecimento do grupo pesquisador sobre os hábitos de vida indicados para manter PA normal (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005. (N=10).

	PRÉ-AVALIAÇÃO				PÓS-AVALIAÇÃO			
	Só exercício físico	Não comer sal	Não comer gordura	Remédio só quando PA estiver alta	Só exercício físico	Não comer sal	Não comer gordura	Remédio só quando PA estiver alta
Sim	2	9	7	-	-	10	10	-
Não	8	1	3	10	10	-	-	10

Observa-se na Tabela 4 que nenhum paciente, durante a pós-avaliação, acreditava haver cura para a HAS. Isso denota o conhecimento adquirido pelos clientes de tratar-se de

doença crônica, e portanto não haver cura, apenas controle da HAS. Esse fato é de grande importância para aceitação da doença e, por conseguinte, melhora no autocuidado e adesão ao tratamento.

Tabela 4. Crença na cura HAS de acordo com a opinião do grupo pesquisador (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005. (N=10).

Cura da HA	PRÉ-AVALIAÇÃO	PÓS-AVALIAÇÃO
Sim	3	-
Não	7	10

De acordo com a Tabela 5, a qual questiona a importância do exercício físico para a saúde conforme o grupo pesquisador, todos os clientes na pré ou pós-avaliação são cientes do valor da prática de exercícios físicos regulares como importantes para a saúde.

Tabela 5. Importância do exercício físico para a saúde conforme o grupo pesquisador (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005. (N= 10).

Importância do exercício físico para a saúde	PRÉ-AVALIAÇÃO	PÓS-AVALIAÇÃO
Sim	10	10
Não	-	-

Conforme análise da Tabela 6, oito clientes na pós-avaliação praticavam exercícios físicos, resultado este semelhante ao grupo na pré-avaliação.

Tabela 6. Distribuição dos clientes do grupo pesquisador quanto à prática de exercícios físicos (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005. (N= 10).

Prática de exercícios	PRÉ-AVALIAÇÃO	PÓS-AVALIAÇÃO
Sim	7	8
Não	3	2

As principais modalidades de exercício físico realizadas pelo grupo pesquisador na pós-avaliação foram caminhada e bicicleta, praticada por 6 e 2 clientes, respectivamente. Nesta avaliação, 2 pacientes afirmaram não praticar exercícios físicos. Estes resultados são similares àqueles da pré-avaliação (Tabela 7).

Tabela 7. Modalidades de exercícios físicos realizados pelo grupo pesquisador (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005. (N= 10)

Modalidade de exercícios	PRÉ-AVALIAÇÃO	PÓS-AVALIAÇÃO
Caminhada	5	6
Bicicleta	2	2
Não praticam	3	2

Analizou-se também a periodicidade dos exercícios físicos praticados pelo grupo pesquisador durante a pós-avaliação, obtendo-se os seguintes resultados: 1 cliente – 2 vezes / semana; 3 clientes – 3 vezes / semana; 1 cliente – 1 vez / semana; 3 clientes – diariamente e 2 clientes não praticavam exercícios físicos, conforme a Tabela 8. Ao comparar-se com dados da pré-avaliação, não se observou sensível mudança na periodicidade da prática de exercícios. Todavia, merece nota o fato de um cliente iniciar essa prática após o curso, além de um maior número de clientes realizarem atividades de maneira regular, exemplificado por maior número (três) de clientes realizarem atividades físicas 3 vezes / semana quando comparados à pré-avaliação (um cliente).

Tabela 8. Periodicidade dos exercícios praticados pelo grupo pesquisador (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005. (N= 10)

Frequência dos exercícios	PRÉ-AVALIAÇÃO	PÓS-AVALIAÇÃO
2 vezes na semana	2	1
3 vezes na semana	1	3
4 vezes na semana	1	-
6 vezes na semana	1	1
Diariamente	2	3
Não praticam	3	2

Conforme o Quadro 1, as principais complicações da dislipidemia assinaladas pelo grupo pesquisador (pós-avaliação) foram: aumento do colesterol (cinco clientes), aumento da pressão (dois clientes), deficiência ou perda total da função renal (dois clientes), obstrução das veias (um cliente), infarto (um cliente), derrame (um cliente) e apenas um paciente não soube responder. Apesar das semelhanças entre a pré e a pós-avaliação, ressalta-se o reconhecimento pelos clientes, na pós-avaliação, da dislipidemia como fator de risco para doenças cardiovasculares, como, por exemplo, o infarto agudo do miocárdio (“infarto”) e o acidente vascular cerebral (“derrame”).

Complicações da dislipidemia	PRÉ-AVALIAÇÃO	PÓS-AVALIAÇÃO
Aumento do colesterol	5	5
Aumento da pressão	1	2
Deficiência ou perda total da função renal	2	2
Obstrução das veias	1	1
Infarto	-	1
Derrame	-	1
Não responderam	2	1

Quadro 1. Complicações da dislipidemia informadas pelo grupo pesquisador (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005. (N=10)

Ao se interrogar que tipo de doença era ocasionada pelo não controle glicêmico, a totalidade dos clientes respondeu na pós-avaliação, acertadamente, o diabetes melito. Isto é importante pelo fato do reconhecimento e associação da falta de controle dos níveis de glicemia e diabetes melito (Tabela 9).

Tabela 9. Tipo de doença ocasionada devido ao não controle do nível glicêmico, segundo o grupo pesquisador (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005. (N=10)

Doença ocasionada devido ao não controle do nível glicêmico	PRÉ-AVALIAÇÃO	PÓS-AVALIAÇÃO
Diabetes	7	10
Não responderam	3	-

Questionando-se os valores de glicemia considerados ideais, obteve-se as seguintes respostas pelo grupo pesquisador (pós-avaliação): opção A (70-140), assinalada por quatro clientes; opção B (80-120) assinalada por três clientes e três clientes não responderam. Apesar de um menor número de clientes não responder a esse questionamento na pós-avaliação, foi mais freqüentemente observada a opção A, cujos valores máximos de glicemia em jejum de 140 mg/dl estão acima dos valores ideais. Isso reforça a importância da educação continuada como forma de solidificar o conhecimento adquirido por esses clientes acerca das principais patologias associadas à doença renal crônica.

Tabela 10. Valores de glicemia em jejum ideais conforme informações do grupo pesquisador (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005. (N=10)

Glicemia (mg/dl)	PRÉ-AVALIAÇÃO	PÓS-AVALIAÇÃO
A (70-140)	1	4
B (80-120)	2	3
Não responderam	7	3

Conforme o questionário de pós-avaliação, os principais hábitos de vida indicados para o controle glicêmico pelo grupo pesquisador foram: verificar glicemia capilar diariamente (10 clientes), usar medicamentos prescritos (10 clientes), seguir dieta prescrita (10 clientes) e fazer exercícios regularmente (10 clientes). Todos os clientes também consideraram que a ingestão diária de doces não é adequada para o controle glicêmico. Analisando esses dados comparativamente à pré-avaliação, notou-se um melhor entendimento da importância dos hábitos de vida no controle glicêmico e, por conseguinte, no controle do diabetes mellitus e retardo de suas complicações, incluindo a nefropatia diabética (Tabela 11).

Tabela 11. Hábitos de vida indicados para o controle glicêmico conforme respostas do grupo pesquisador (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005. (N=10).

	Hábitos de vida para o controle glicêmico	Sim	Não
PRÉ-AVALIAÇÃO	Verificar glicemia capilar diariamente	4	6
	Usar medicamentos prescritos	8	2
	Seguir dieta prescrita	7	3
	Fazer exercícios regularmente	5	5
	Comer doces diariamente	-	1
PÓS-AVALIAÇÃO	Verificar glicemia capilar diariamente	10	-
	Usar medicamentos prescritos	10	-
	Seguir dieta prescrita	10	-
	Fazer exercícios regularmente	10	-
	Comer doces diariamente	-	10

Nove clientes do grupo pesquisador (pós-avaliação) não crêem na cura do diabetes mellitus. Apenas um cliente acredita existir cura para essa patologia. Estes resultados são semelhantes aos observados no questionário de pré-avaliação (Tabela 12).

Tabela 12. Crença na cura do diabetes mellitus (DM) segundo o grupo pesquisador (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005. (N=10)

Cura do DM	PRÉ-AVALIAÇÃO	PÓS-AVALIAÇÃO
Sim	2	1
Não	7	9
Não respondeu	1	-

Conforme a opinião do grupo pesquisador (pós-avaliação), as complicações ocasionadas pelo não controle do DM foram: comprometimento ou perda da visão (oito clientes), amputação de membros (quatro clientes), deficiência de cicatrização (dois clientes), uso de insulina (dois clientes), morte (um cliente), perda da função renal (um cliente), AVC (um cliente). Observou-se com esses resultados o maior reconhecimento das complicações vasculares (micro e macroangiopatia diabética) e suas conseqüências (perda de visão, necessidade de amputação de membros etc) como decorrentes do controle glicêmico inadequado, bem como sua associação com a progressão da doença e necessidade de insulinoterapia (Quadro 2).

Complicações do DM	PRÉ-AVALIAÇÃO	PÓS-AVALIAÇÃO
Comprometimento ou perda da visão	5	8
Amputação de membros	2	4
Deficiência de cicatrização	2	2
Uso de insulina	-	2
Morte	1	2
Perda da função renal	1	1
AVC	-	1
Não responderam	2	1

Quadro 2. Complicações ocasionadas pelo não controle do DM conforme opinião grupo pesquisador (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005. (N=10)

Conforme a análise dos dados de pós-avaliação do grupo pesquisador, houve o reconhecimento da associação de anemia e doença óssea com a doença renal crônica por todos os clientes, indicando aquisição de maior conhecimento da DRC (Tabela 13) e suas complicações por esses clientes (Tabela 14).

Tabela 13. Ocorrência de anemia em pessoas com DRC de acordo com as respostas do grupo pesquisador (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005. (N=10)

Anemia e DRC	PRÉ-AVALIAÇÃO	PÓS-AVALIAÇÃO
Sim	7	10
Não	1	-
Não responderam	2	-

Tabela 14. Possibilidade de comprometimento ósseo ocasionado pela DRC conforme o grupo pesquisador (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005. (N=10)

Doença óssea e DRC	PRÉ-AVALIAÇÃO	PÓS-AVALIAÇÃO
Sim	8	10
Não	-	-
Não responderam	2	-

De acordo com as Tabelas 15 e 16, a totalidade dos clientes afirmou haver a possibilidade de comprometimento renal pela HAS e pelo diabetes mellitus. Comparando-se com os dados de pré-avaliação, ocorreu sensível melhora no reconhecimento da associação do diabetes mellitus e a doença renal crônica, corroborando a importância da educação a esses clientes.

Tabela 15. Comprometimento renal pela HAS segundo o grupo pesquisador (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005. (N=10).

HAS e DRC	PRÉ-AVALIAÇÃO	PÓS-AVALIAÇÃO
Sim	10	10
Não	-	-

Tabela 16. Comprometimento renal pelo DM segundo o grupo pesquisador (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005. (N=10).

DM e DRC	PRÉ-AVALIAÇÃO	PÓS-AVALIAÇÃO
Sim	7	10
Não	1	-
Não souberam responder	2	-

Segundo a Tabela 17, todos os clientes assinalaram, acertadamente, os rins como órgãos responsáveis pela filtração, regulação de substâncias necessárias ao organismo e produção de hormônios. Ao se comparar com os dados de pré-avaliação, é clara a importância do ensino de noções básicas de nefrologia a esses clientes, haja vista que a partir deste conhecimento eles saberão reconhecer os sinais e sintomas da DRC, facilitando o ensino e a prática do autocuidado.

Tabela 17. Conhecimento do grupo pesquisador acerca das funções dos rins (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005. (N=10).

Funções dos rins	PRÉ-AVALIAÇÃO	PÓS-AVALIAÇÃO
A) Filtração, regulação de substâncias necessárias ao organismo e produção de hormônios.	5	10
B) Somente filtração do sangue	3	-
C) Somente eliminação de substâncias nocivas ao organismo	-	-
Não responderam	2	-

De acordo com o questionário de pós-avaliação, a totalidade dos clientes assinalou corretamente a ocorrência de doença renal quando existe falha dos rins em filtrar as impurezas do sangue e garantir o equilíbrio de sais minerais no organismo (Tabela 18).

Tabela 18. Caracterização da DRC conforme opinião do grupo pesquisador (pré e pós-avaliação). FENF/UERJ e Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005. (N=10).

DRC	PRÉ-AVALIAÇÃO	PÓS-AVALIAÇÃO
A) Quando os rins não filtram as impurezas do sangue e não garantem o equilíbrio de sais minerais no corpo da pessoa.	8	10
B) Quando os rins filtram o sangue normalmente.	1	-
C) Quando ocorre infecção na urina	-	-
Não responderam	1	-

4.3 Dados subjetivos da pré-avaliação

As informações obtidas por meio das perguntas subjetivas deram origem a várias categorias e subcategorias, as quais serão apresentadas a seguir. Recomenda-se consultar os Quadros 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7 (APÊNDICE E) para maior visibilidade das declarações dos clientes.

4.3.1 Situações do descobrimento da doença e formas de diagnóstico

Dos 51 clientes, 22 (43%) referiram ter descoberto a doença em situação ambulatorial, 20 através de exames laboratoriais e de imagem, 20 por meio de sinais e

sintomas, 5 em situação de hospitalização e 3 através de exames pré-operatórios; ressalta-se que houve casos em que um cliente referiu mais de uma das formas de descoberta citadas (Quadro 1/APÊNDICE E, gráfico 1).

Conforme análise, 43% dos clientes obtiveram o diagnóstico de sua doença em situação ambulatorial, haja vista que eles já eram acometidos por doenças que comprometem a função renal como, por exemplo, hipertensão, diabetes, HIV (Quadro 1, APÊNDICE E).

Atualmente, a doença renal crônica é considerada um importante problema de saúde pública evidenciado principalmente pelo aumento progressivo da incidência e prevalência de clientes em terapia renal substitutiva no Brasil e no mundo. Contudo, várias pesquisas evidenciam que a DRC é subdiagnosticada e subtratada, resultando em evolução desfavorável e alto custo do tratamento (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2002; MC CLELLAN et al., 1997).

No Brasil, o tratamento ambulatorial ofertado aos clientes com DRC na fase pré-dialítica é escasso e geralmente se atém, quase que exclusivamente, ao seu estágio mais avançado, quando o cliente necessita de terapia de substituição renal. Entretanto, a evolução da DRC depende da qualidade do atendimento prestado muito antes da falência renal (BATISTA et al., 2005).

A irregularidade na manutenção dos programas de medicamentos gratuitos pelo sistema público, a infrequência da realização dos exames laboratoriais necessários para o acompanhamento dos clientes pelos laboratórios do SUS, o desconhecimento da equipe de saúde envolvida na implementação das diretrizes sobre o controle clínico adequado da DRC constituem alguns fatores identificados por Batista et al. (2005) que fogem às recomendações

para o controle da DRC e dificultam a detecção precoce para a prevenção ou o acompanhamento adequado dos clientes acometidos pela DRC.

Percebe-se que a DRC tem uma assistência fragmentada, pois não garante acesso aos diversos níveis de atenção à saúde. Torna-se necessário a construção de políticas para a prevenção, promoção, cura e reabilitação para superar a fragmentação, haja vista que estas ações constituem um direito à saúde pertencente a todo cidadão.

O direito à saúde não é apenas reivindicar, mas é um direito existente em que se torna necessário profissionais especializados para prestar esse direito com qualidade.

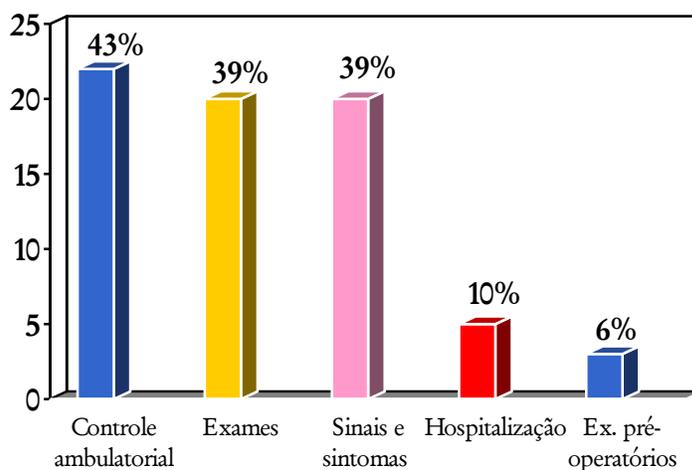


Gráfico 1. Como descobriu que estava com DRC?

4.3.2 A descoberta da doença renal crônica: sentimentos e desafios

Torna-se oportuno explicar que a questão referente aos resultados do Quadro 2 (APÊNDICE E) investiga as mudanças enfrentadas pelos clientes após terem conhecimento da

doença renal. Os resultados são provenientes de uma pergunta subjetiva e certamente refletem as mudanças que mais incomodam os clientes.

Esses resultados revelaram que, a partir da confirmação do diagnóstico da doença renal, ocorreram várias mudanças nos hábitos de vida dos clientes caracterizadas pelo surgimento de novas obrigações como fazer regime alimentar e medicamentoso, lidar com as alterações físicas, além de sofrerem perdas e ameaças que geram diversos sentimentos, pondo em risco seu bem-estar. Um resumo esquemático pode ser visualizado na Figura 1.

A) Fazer regime alimentar e / ou medicamentoso

Vinte e três (45,10%) clientes referiram a dieta como a mudança ocorrida em suas vidas após descobrimento da doença renal e oito (15,69%) clientes citaram o uso de medicamentos. Apenas um (1,96%) cliente relatou a restrição de líquidos (Quadro 2, APÊNDICE E).

Segundo Trentini, Silva e Leimann (1990), a doença crônica não tem a mesma configuração que as doenças temporárias, pois ela vem para ficar, apesar dos avanços no conhecimento da área da saúde. Conforme esses autores, o impacto da confirmação do diagnóstico da doença crônica é o grande desencadeador de um turbilhão de sentimentos e mudanças na vida dos indivíduos, que passam a se preocupar com algo a mais, deparando-se com novas tarefas como seguir dieta alimentar, uso de medicamentos, desconforto físico.

B) Perdas

Identificou-se neste estudo que a doença renal crônica proporciona experiência de perdas (Quadro 2, APÊNDICE E), as quais serão descritas a seguir.

A perda de capacidades físicas foi explícita por três (5,88%) clientes que relataram a perda da capacidade de trabalhar e um (1,96%) cliente que relatou limitação da capacidade física para locomoção.

Observou-se a perda da estética e da auto-imagem expressada pelo depoimento de uma cliente: “Antigamente eu andava de salto alto, e gostava, agora só ando de chinela”. Ocorreu também a perda da estética corporal e auto-estima identificadas por dois (3,92%) clientes.

Apenas dois (3,92%) clientes informaram a perda do prazer de fumar e/ou beber.

Evidenciou-se também perdas financeiras, as quais compreendiam gastos com medicamentos, exames e transporte para ir às consultas, que foram verbalizadas por cinco (9,80%) clientes.

Comprovou-se que seis (11,76%) clientes relataram perda nas relações sociais englobando as seguintes subcategorias: perda de atividades de lazer e perda nas relações interpessoais familiares.

As alterações corporais comprometem a auto-imagem do indivíduo levando-o ao desconhecimento de si mesmo. Barbosa (1993, p. 120) concebe que “a agressão ao corpo provocada pela doença assusta, pois o corpo é o ponto onde começo a olhar o mundo, ou seja, o mundo é o horizonte sempre presente na maneira pela qual o corpo existe”.

Ibrahim (2004, p. 61) ressalta que “o renal crônico, quando adoece, não tem apenas o rim doente. É uma pessoa que tem o adoecer de sua história de vida”. Desse modo, vê-se que

as limitações impostas ao cliente pela doença podem causar o isolamento social, devido às restrições do seu modo de viver, onde se inclui um novo hábito de dieta alimentar ou uso de medicamentos.

Concordamos com Trentini, Silva e Leimann (1990) que a doença crônica provoca uma série de perdas, sendo elas: perdas financeiras, tendo em vista que o salário do trabalhador ou mesmo a aposentadoria sejam insuficientes para comprar os medicamentos, principalmente se considerarmos a doença renal, que exige uma variedade de medicamentos para manutenção do bem-estar do cliente, sendo constatado por esses autores que a maior queixa dos clientes em relação às finanças foi referente aos gastos com medicação. Destacam também que as dificuldades financeiras podem ser responsáveis pelo isolamento social e do comportamento de não adesão ao tratamento, podendo este último originar descontrole e complicações da doença.

Além dessa perda, os clientes sofrem perda nas relações sociais, sendo muitas vezes segregados por não poderem beber ou comer algo que não esteja incluído em sua dieta e, a partir dessas experiências negativas, eles se excluem dos aniversários, encontros familiares ou com amigos.

De acordo com Strauss e Glaser citados por Trentini, Silva e Leimann (1990, p.23) um regime, seja medicamentoso ou alimentar, pode levar o cliente ao isolamento social, e este ao desânimo, além de desconfortos devido aos efeitos colaterais dos medicamentos como tontura, náuseas, vômitos e outros. Miller citado por Trentini, Silva e Leimann (1990, p.23) afirma que a pessoa com doença crônica sente-se incapaz de participar de atividades sociais em decorrência da diminuição de sua energia física ou devido à diminuição de seu autoconceito.

Oliveira et al. (2002) corroboram os autores citados afirmando que as doenças crônicas são caracterizadas pelo longo tempo de tratamento e pela limitação no estilo de vida e complementam dizendo que essa limitação diz respeito não só à pessoa acometida pela doença, mas também aos seus familiares. Acreditamos que a família é o “porto seguro” do cliente, mas às vezes também pode atrapalhar tornando-o dependente, fazendo-o sentir-se doente e impotente. O enfermeiro pode intervir junto à família informando-a sobre o cliente e a melhor maneira de lhe oferecer apoio sem desencadear sentimentos de impotência no cliente, uma vez que:

O cuidado centrado no indivíduo é relativo, pois implica uma malha de relações que engloba família, grupos, instituição e sociedade. Neste jogo de subjetivações (...) entendemos a força que estas instâncias exercem sobre o íntimo e a conduta dos sujeitos, de modo geral e no cuidado com o corpo, em particular (TEIXEIRA e FIGUEIREDO, 2001, p. 43).

C) Lidando com as alterações fisiológicas

Nesta categoria, 12 (23,53%) clientes revelaram lidar com incômodos fisiológicos, entre os quais: aumento da pressão arterial, aumento das toxinas, elevação do colesterol, perda de um rim, perda da visão, ocorrência de AVC, fraqueza muscular, dor lombar, cardiopatia (Quadro2, APÊNDICE E).

As alterações fisiológicas citadas acometem também a aparência física e estigmatizam o cliente conferindo-lhe um aspecto de doente, além de provocar também incapacidade física e mental, prejudicando de maneira importante sua recuperação social, e conseqüente comprometimento da qualidade de vida desses clientes.

A doença renal crônica é acompanhada de complicações decorrentes da própria progressão da doença. Portanto, considera-se relevante que o cliente conheça a doença e o tratamento, pois esse conhecimento lhe dará condições para se autocuidar a fim de controlar a doença e evitar complicações.

D) Sentimentos

Percebeu-se que três (5,88%) clientes relataram sentimentos de negação e revolta desencadeados pelo impacto do diagnóstico da doença renal. Enquanto que 10 (19,61%) dos clientes expressaram aceitação da doença renal, haja vista que alguns já faziam dieta e uso de medicamentos devido ao diabetes ou à hipertensão (Quadro 2, APÊNDICE E).

Sete (13,72%) clientes sentem-se ameaçados após o diagnóstico da doença renal; a ameaça à vida foi identificada no medo do futuro em depender da máquina de diálise, desconfiança de mudar de alternativa de determinado tratamento, medo de morrer e preocupação com a morte e o sofrimento (Quadro 2, APÊNDICE E).

Podemos considerar que mudanças desse porte geram muitos sentimentos de defesa que permeiam o viver do indivíduo com doença renal crônica. A negação no momento inicial é comum, haja vista que algumas pessoas repudiam a doença e não têm interesse em saber detalhes sobre a mesma. Elas fogem dos fatos que lhes causam sofrimento, como se fugissem de si mesmas.

As mudanças em seus hábitos de vida geram uma revolta interna e, submersas na negação, não se sentem motivadas para o autocuidado, talvez por pensarem que cuidarão de um corpo que abriga uma doença, algo indesejável. Em uma pesquisa realizada por Trentini,

Silva e Leimann (1990, p.21) constatou-se que: “a maioria dos clientes com doença crônica não procuram saber sobre a doença por temerem uma doença indesejada”.

Os clientes com doença renal crônica experimentam sentimentos de conflito que podem ser associados à dependência de medicamentos, dieta, realização de exames, ambigüidade quanto à situação vida / morte.

Diante das desarmonias causadas pela doença renal crônica no viver do cliente, concordamos com Miller apud Trentini, Silva e Leimann (1990, p. 23) que seja de grande significância a manutenção da esperança na vida dessas pessoas por meio do apoio familiar e de amigos para possibilitar um melhor enfrentamento dos desafios impostos pela doença.

Para Oliveira et al. (2002), um dos grandes desafios para o cliente com hipertensão arterial é aceitar a convivência com o caráter crônico da enfermidade. A negação dessa convivência está associada a sentimentos de tristeza, raiva, agressividade e hostilidade; sua superação só é possível por meio de esclarecimentos a respeito de sua doença e manifestações de sinais e sintomas, além do desejo do próprio cliente em cooperar com o tratamento. Acreditamos que estes também sejam sentimentos comuns em clientes com IRC, pois também podem ser hipertensos, considerando-se que a hipertensão arterial é uma das principais causas de IRC. Para superar a negação da doença e promover no cliente a aceitação de novas formas de viver que o conduzam à reabilitação dos danos causados pelas doenças, lembramos a afirmativa de Teixeira e Figueiredo (2001, p. 43): “No campo da saúde, o desejo aflora no sentido de o cidadão ser feliz, ser respeitado, ter direito a uma saúde digna, opinar sobre sua terapêutica e buscar novas iniciativas de cuidado, formando grupos...”.

E) Refúgio na crença religiosa

Identificou-se dois (3,92%) clientes que encontraram refúgio na crença religiosa, ou seja, passaram a ter mais fé em Deus ou mesmo conformaram-se com a idéia de punição para o surgimento da doença renal (Quadro 2, APÊNDICE E).

A religião é um evento social composto por um conjunto harmônico de ritos e crenças. O ser humano, na condição de adoecimento, deposita na religião suas expectativas, seus medos e frustrações, e, dessa forma, o adoecer torna-se menos hostil, o cliente se adapta com mais complacência à situação vivenciada e esse comportamento torna-se cheio de reações favoráveis ao processo de restabelecimento da saúde (BATISTA, 2004).

Conforme Batista (2004), o processo de adoecimento resgata valores religiosos que suprem as necessidades do ser humano na direção de uma prática transformadora. No período em que o homem se vê enfermo, percebe-se que sua espiritualidade fica aguçada, surgindo através de suas necessidades a proximidade com o sagrado.

A doença às vezes é compreendida como um castigo por um pecado. Acredita-se que essa reação retrata uma forma de o cliente conformar-se, adaptar-se à situação do adoecer e conseqüentemente aceitar a doença.

Concordamos com a concepção de Barcelos (2001, p.88) sobre o cuidado que devemos ter ao lidar com a crença religiosa das pessoas, por mais que possa nos parecer estranho ou até mesmo impossível, pois, segundo ele “Ao tratarmos das crenças e dos mitos não podemos pretender buscar identificar se são falsos ou verdadeiros. Se boas ou más.”

Esse contexto reflete a necessidade de se valorizar a cultura popular e, nesse universo as crenças religiosas como raízes do ser humano muitas vezes são ignoradas pelo modelo

biomédico, o qual valoriza o corpo físico, o visível, a quantidade, em detrimento do desenvolvimento de ações que privilegiam a subjetividade (a escuta sensível, a parceria, o amor, dedicação, solidariedade, sensibilidade, emoção e intuição), sobretudo porque:

A sensação de conexão com o sobrenatural produz, no paciente, efeitos emocionais ou motivacionais que reforçam a harmonia corpo-mente em direção a auto-preservação. Os eventos sobrenaturais vividos pelo paciente religioso estão, presumivelmente, além do domínio da ciência, pois os mesmos elevam o espírito e a virtude. (BATISTA, 2004, p. 585).

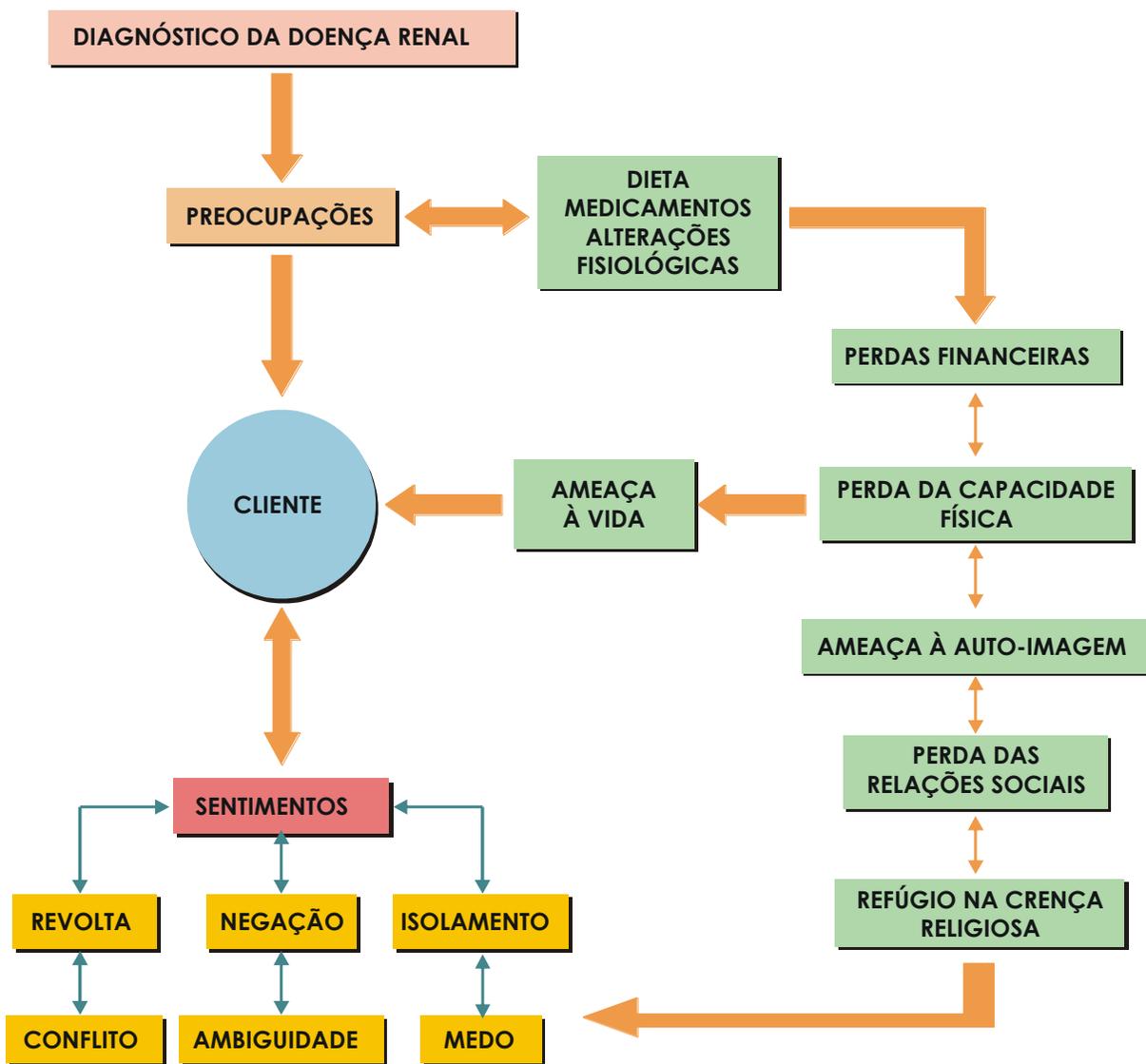


Figura 1. A descoberta da doença renal crônica: sentimentos e desafios.

4.3.3 Principais atividades de lazer

Quanto às atividades de lazer apresentadas no Quadro 3 (APÊNDICE E), evidenciou-se que o lazer individual (assistir Tv, ler jornal, ouvir rádio etc.) foi o mais praticado (33 clientes), em segundo lugar o lazer coletivo (ir à igreja, ir à casa dos amigos, jogar buraco na praça etc) praticado por 19 (37,25%) clientes, depois o lazer familiar (sair com a família, ir à casa dos filhos, brincar com os netos e outros) realizados por 12 (23,52%) clientes. Observou-se ainda com uma frequência menor que nove (17,64%) clientes praticavam lazer esportivo (caminhar, pescar, dançar etc), quatro (7,84%) clientes realizavam lazer com atividades artesanais (bordar, fazer crochê, carpintaria etc.) e a ocorrência de dois (3,92%) clientes que disseram não realizar nenhuma atividades de lazer (Gráfico 2).

Evidenciou-se a partir desses resultados que a prática de atividades de lazer desses clientes está preservada, embora o lazer individual seja o mais frequente, e muitas questões podem ser suscitadas com esta evidência, desde a própria questão cultural por tratar-se de indivíduos com baixo nível de escolaridade e baixa renda familiar.

Ressalte-se ainda que dois clientes não praticam nenhuma atividade de lazer, fato que nos leva a pensar na necessidade de se identificar as reais causas dessa exclusão e incentivar a prática de atividades de lazer. Uma das estratégias seria orientar os clientes para a busca de alternativas existentes na própria comunidade como grupo da igreja, grupo da terceira idade, oficinas de trabalhos artesanais e outras. Talvez esses sujeitos encontrem-se na fase de negação da doença ou até mesmo desanimados pelas dificuldades socioeconômicas.

Conforme Salazar (1996), as atividades de lazer são todas aquelas experiências que produzem prazer, pertencem à educação não formal e que contribuem para o desenvolvimento

do participante, as quais são realizadas em seu tempo livre de forma voluntária. Para este autor a não realização de uma atividade de lazer reflete uma debilidade na vida da pessoa, haja vista que esta carência pode desencadear fatores que afetam a saúde física e mental.

Conforme os resultados, considerou-se que o lazer é composto por atividades desenvolvidas de forma espontânea com funções de descanso, divertimento, entretenimento e desenvolvimento em prol da qualidade de vida.

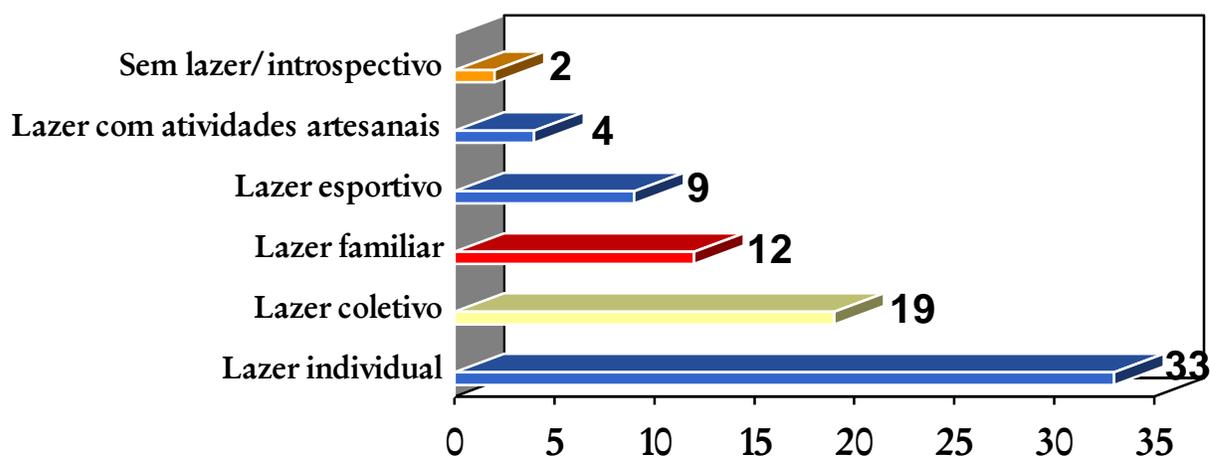


Gráfico 2. Atividades de lazer

4.3.4 Hábitos de higiene corporal importantes para o bem-estar

A análise do Quadro 4 (APÊNDICE E) mostra que os 51 clientes consideraram o banho como um hábito de higiene corporal importante para seu bem-estar, 35 (68,62%) clientes destacaram cuidados com a higiene bucal, 31 (60,78%) clientes citaram a higiene e

aparência do cabelo, 27 (52,94%) clientes higiene e aparência das unhas, três (5,88%) clientes exemplificaram a higiene dos pés e três (5,88%) clientes preocuparam-se também com a higiene das roupas. Em número menos expressivo, quatro (7,84%) clientes citaram a hidratação da pele e três (5,88%) clientes o corte da barba (Gráfico 3).

Alguns clientes, além de exemplificarem os hábitos de higiene, fizeram as seguintes declarações:

A higiene é o bem-estar da pessoa.

Tenho vontade de extrair os dentes estragados, ainda não consegui por causa da pressão alta.

Limpeza do cabelo, principalmente porque sou vaidoso. A higiene do corpo é essencial.

Tomar banho e ficar sempre limpinha, porque a gente pode passar mal de repente. Chamam o médico e a pessoa pode estar toda suja.

Escovar os dentes, tomar banho, a gente fica com o corpo leve.

A higiene faz bem à saúde, à pele, à aparência da pessoa, eu me sinto bem com a higiene.

Percebeu-se que os clientes foram capazes de reconhecer as ações de higiene corporal e a importância de sua realização cotidiana, percebendo-a como fator de bem-estar e como valor da convivência social.

Considera-se relevante lembrar da importância de hábitos tão simples como tomar banho, pentear o cabelo, hidratar a pele, considerados práticas rotineiras, mas essenciais para preservar a auto-imagem, favorecer o relacionamento interpessoal, elevar ou manter a auto-estima e principalmente promover saúde e bem-estar físico e mental.

Oliveira (1991) define a higiene corporal como a assepsia do corpo por meio do banho, limpeza dos pés e boca, cortes dos cabelos e unhas, cuidado com a barba e uso de roupas adequadas, ou seja, os cuidados individuais que mantêm a saúde do indivíduo.

Acredita-se que a promoção da educação do cliente priorizando o ensino do autocuidado, o qual engloba desde o incentivo de práticas de higiene corporal até o enfrentamento das mudanças ocasionadas pelo processo de adoecer, seja a ferramenta ideal para que ocorra essa transformação.

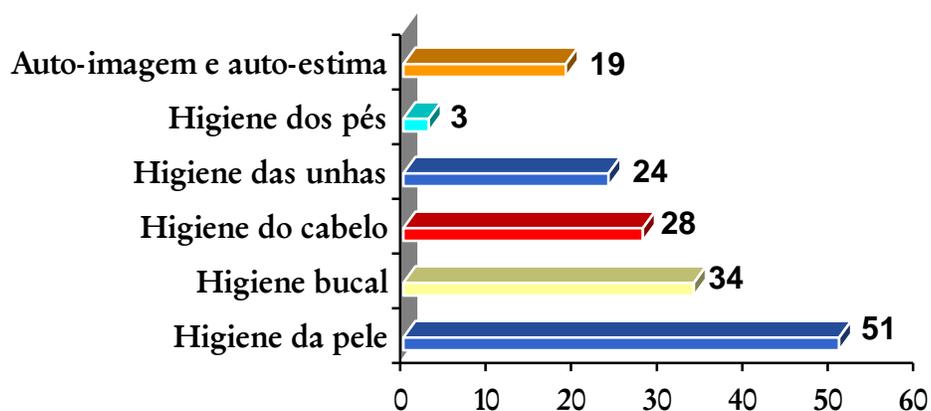


Gráfico 3. Hábitos de higiene corporal e cuidados com a auto-imagem

4.3 .5 Crença na cura da hipertensão arterial e do diabetes mellitus

Dezessete (33,33%) clientes disseram acreditar na cura da hipertensão arterial. Desses, 11 (64,70%) clientes relacionaram a crença no tratamento seja ele medicamentoso, por meio de dieta e o controle do peso e do estresse, três (17,64%) clientes confiam na crença religiosa, um (5,88%) cliente na crença no saber da medicina, um (5,88%) cliente acredita na

cura, pois caso contrário ocorre a morte e um (5,88%) cliente não justificou sua opção (Quadro 5 / APÊNDICE E, Gráfico 4).

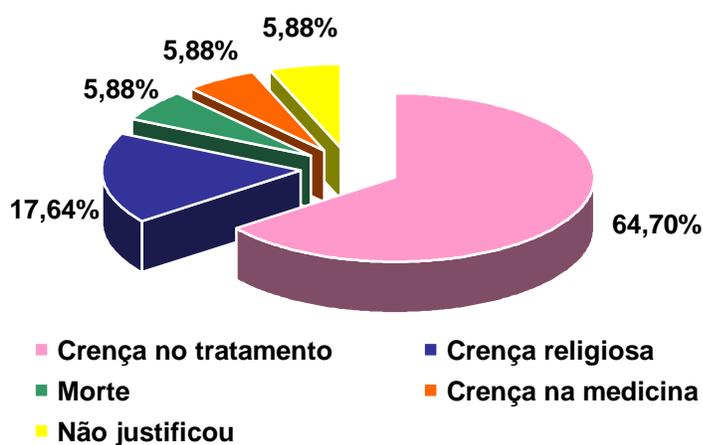


Gráfico 4. Crença na cura da HAS / Sim (33%)

Trinta e três (64,71%) clientes afirmaram não acreditar na cura da hipertensão arterial. Os motivos da descrença variam, de maneira que 12 (36,36%) clientes justificaram que a hipertensão só tem controle devido à experiência própria, devido à dependência dos medicamentos e por ser uma doença que oscila e não tem cura; nove (27,27%) clientes justificaram com o longo tempo de acometimento pela doença e nesse ínterim o uso de diversos medicamentos, a dieta e também a idade avançada; quatro (12,12%) clientes desacreditam na cura por designarem a hipertensão arterial como doença crônica; três (9,09%) clientes declararam desconhecer exemplos de cura e dois (6,06%) clientes devido ao ritmo de vida (controle do estresse e situação financeira) e um (3,03%) cliente por tratar-se de

doença hereditária, dois (6,06%) clientes não justificaram e um cliente (3,03%) não respondeu ao questionamento (Quadro 5 / APÊNDICE E, Gráfico 5).

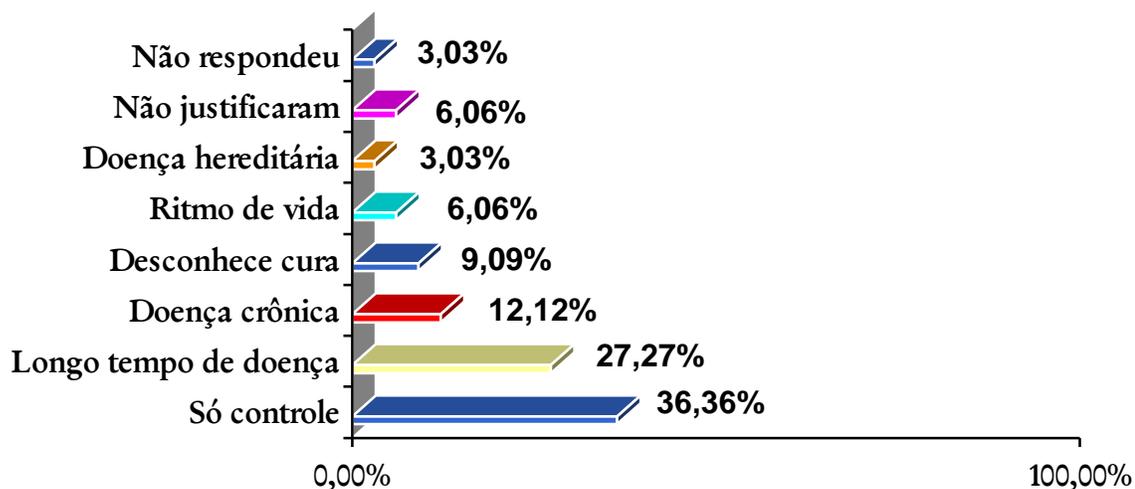


Gráfico 5. Crença na cura da HAS / Não (65%)

Constatou-se, a partir da análise do Quadro 6, que 15 (29,41%) clientes disseram acreditar na cura do diabetes mellitus. Entre estes, 10 (66,66%) clientes justificaram através da crença no tratamento pelo uso dos remédios, realização da dieta, prática de exercícios, bons médicos e a esperança da cura por meio das pesquisas com as células tronco ou o surgimento de algum remédio que cure o diabetes; dois (13,33%) clientes referiram a crença religiosa e dois (13,33%) clientes baseiam-se pela referência de terceiros e um (6,66%) cliente não justificou sua resposta (Gráfico 6).

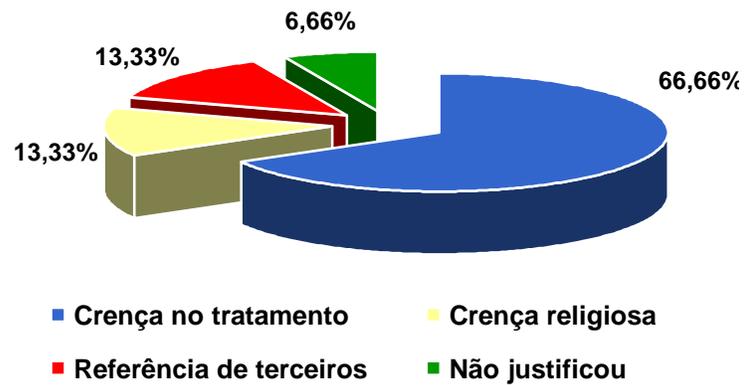


Gráfico 6. Crença na cura do DM / Sim (29%)

Trinta e quatro (66,67%) clientes afirmaram não acreditar na cura do diabetes mellitus e entre estes 13 (38,23%) clientes afirmaram que só existe o controle; dois (5,88%) clientes devido ao longo tempo de acometimento pela doença, três (8,82%) clientes por ser uma doença crônica; nove (26,47%) clientes por desconhecerem exemplos de cura; dois (5,88%) clientes porque a ciência ainda não descobriu a cura, um (2,94%) cliente devido a não adesão ao tratamento e um (2,94%) cliente por levar à morte, três (8,82%) clientes não justificaram e dois (5,88%) clientes não responderam (Quadro 6 / APÊNDICE E, Gráfico 7).

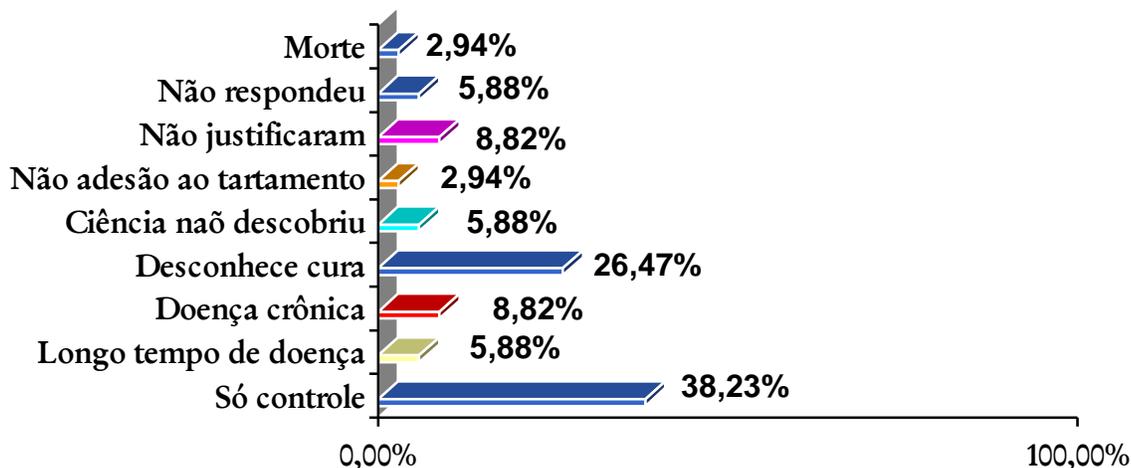


Gráfico 7. Crença na cura do DM / Não (67%)

Consideramos a questão sobre a crença na cura da hipertensão arterial ou do diabetes mellitus muito importante, principalmente por essas doenças serem as principais causas da DRC, portanto, torna-se primordial esta investigação. Percebemos que as respostas dos clientes refletem a verdadeira maneira de perceberem a sua doença, e podem influenciar na adesão ao tratamento, haja vista que envolvem o cotidiano, a cultura, a religião, a própria experiência de vida de cada um e a opinião das pessoas que compõem a sua contextura social (vizinhos, familiares, amigos).

Os resultados evidenciaram clientes que crêem no tratamento para a cura da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, pois consideram o uso das medicações, realização da dieta e controle do estresse uma ponte para a cura. Nesse caso, identificamos um déficit de conhecimento a respeito dessas doenças, haja vista que os fatores relatados são essenciais para o controle da hipertensão e do diabetes pois são doenças crônicas, portanto sem cura.

Esse equívoco dos clientes pode ser um fator de risco, pois, quando percebem sua pressão arterial ou o nível de glicemia controlados, confundem-se com a cura e deixam de tomar o medicamento, podendo ser vítimas de muitas complicações como pico hipertensivo, A.V.C, hiperglicemia e outras, além de comprometer mais sua função renal.

Existem aqueles que acreditam na cura da hipertensão e do diabetes e associam à religiosidade. Consideramos que a religião faz parte da vida de todos, é uma instituição que se insere na vida das pessoas desde quando nascem, muitas vezes é considerada uma terapia e ajuda a superar momentos difíceis principalmente a doença e a morte. Na situação de doença, é importante ressaltarmos que alguns clientes valem-se da crença religiosa para desacreditar na eficiência dos medicamentos, pois crêem que só a fé vai curá-los.

Conforme Valla, Guimarães e Lacerda (2004), as classes populares tentam romper os impasses e enfrentar os problemas de saúde buscando a religião, citam o desemprego e a distribuição desigual de renda como alguns fatores responsáveis pelos agravos à saúde da população, os quais refletem os limites do sistema de saúde, ressaltam que, nesse contexto de privação e isolamento, a população vem indicando outras formas para ajudar a resolver seus problemas de saúde e aliviar o sofrimento. Uma dessas formas é o apoio social encontrado nos grupos religiosos. O apoio social, conforme estes autores, abrange diversos recursos emocionais, materiais e de informação que os indivíduos recebem por meio de relações sociais, desde os relacionamentos com os amigos e familiares até os relacionamentos com grupos e redes sociais.

Em consonância com Valla, Guimarães e Lacerda (2004), no modelo biomédico principalmente no atendimento público de saúde, as pessoas são vistas como portadores de doenças, não sendo valorizadas em sua individualidade, além de privilegiar os aspectos físicos

da doença, em detrimento dos fatores subjetivos que influenciam significativamente o processo de adoecimento. Valla (2002) explicita que, por outro lado, as religiões comungam a idéia de que os seres humanos são formados por um corpo físico e um espírito que lhes dá vida. Essa perspectiva justifica, então, o motivo do refúgio na crença religiosa, pela população, almejando a resolução das questões da união corpo e mente.

Recomenda-se a orientação dessas pessoas para que utilizem sua religião como aliada do tratamento, com o objetivo de prevenir complicações e principalmente para ficarem mais tempo sem diálise e obterem o controle de sua situação.

A doença traz, além de uma série de mudanças na vida do cliente, a perspectiva de morte, identificada na declaração de um cliente que se apóia na idéia da cura da hipertensão, pois caso contrário ocorre a morte. Também relatada por outro cliente que não acredita na cura do diabetes pois já vivenciou colegas seus morrerem novos.

Constatamos também clientes que não acreditam na cura da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, e suas justificativas baseiam-se em sua própria experiência de vida, ou seja, têm hipertensão arterial ou diabetes mellitus de longa data, ou apóiam-se nas referências dos familiares, de amigos ou conhecidos, como, por exemplo, o caso de um cliente que associou a inexistência de cura à hereditariedade, relatando com sua própria experiência afirmando que tem familiares hipertensos que nunca foram curados. Outros clientes são conscientes do caráter crônico da doença, e declararam que a doença só tem controle e não cura.

Os clientes com doença renal crônica em fase pré-diálise vivenciam o processo do adoecer que lhes gera muitos sentimentos, já discutidos anteriormente, os quais interferem na aceitação da doença, adesão ao tratamento e até mesmo na sua vida familiar e social. Portanto

o processo educativo deve incorporar a noção do corpo mental e espiritual e não apenas físico e biológico, ou seja, prestar atenção ao sujeito social e não apenas ao sujeito físico.

Acreditamos que o enfermeiro como agente terapêutico pode atuar junto a esses clientes por meio de um programa educativo e dialógico, considerando-o em sua totalidade como um ser histórico e de valores culturais próprios, para esclarecimentos de sua doença e as limitações provocadas por ela, buscando ajudá-los a manter o controle de sua situação por meio do autocuidado, para uma melhor qualidade de vida.

Dessa forma, estamos cuidando desses clientes em concordância com Mayeroff (1971, p. 30), ajudando-os a crescer considerando seu potencial para crescer e realizar o autocuidado, partindo de sua vivência, sem dominação ou manipulação, possibilitando torná-los mais conscientes da ordem social e natural da qual fazem parte, respeitando-os como cidadãos.

Diante dessa teorização onde se descobre a fragilidade em que se encontra o cliente com DRC e visando favorecer a descoberta do potencial de reação às adversidades que todo ser humano possui, é que propomos uma prática de enfermagem na perspectiva estética defendida por Santos citada por Santos et al. (2005) fundamentada, inclusive, no educar / pesquisar da abordagem sociopoética. Em tal perspectiva, pretende-se atender à seguinte recomendação:

Assim, o outro - o destinatário da prática de enfermagem, deve ser entendido e aceito na sua dimensão eu: formado por suas vivências, com suas maneiras de sentir e compreender o que se passa no seu corpo e no mundo que o rodeia; deve ser respeitado segundo a sua maneira de perceber o mundo que o rodeia; deve ser respeitado segundo a sua maneira de perceber seu estado de saúde ou doença; imaginar, lembrar, opinar, desejar coisas quanto à sua abordagem e tratamento no 'mundo da saúde'; amar, agir, odiar, sentir dor e prazer, posicionar-se diante das coisas e dos outros; decidir-se e sentir-se feliz ou infeliz, quanto à sua situação de vida ou de morte. (SANTOS e GAUTHIER, 1999, p.20).

CAPÍTULO 5. ENSINANDO O AUTOCUIDADO COM A SOCIOPOÉTICA

Para desenvolver um curso enfocando o autocuidado junto aos clientes com doença renal crônica, escolheu-se a abordagem sociopoética, criada por Gauthier (1999), na sua modalidade de prática educativa que permite o trabalho de grupo, centrado na dialogicidade, através da aplicação dos quatro princípios da teoria da ação dialógica de Freire (2003). Para maior entendimento do leitor sobre a sociopoética, recordamos que Gauthier (1999) a considera como uma abordagem no conhecimento do homem como ser político e social e que utiliza o dispositivo analítico (no sentido da socioanálise de Lourau) denominado grupo pesquisador.

Ensinando com a sociopoética, pretendeu-se uma construção coletiva do conhecimento para orientar o autocuidado, por parte dos clientes e da pesquisadora, na sua função de educadora, que formaram o grupo pesquisador (GP), considerando como pressuposto básico que todas as pessoas possuem saberes, (intelectual, sensível, emocional, intuitivo, teórico, prático, gestual...) e, sendo estes iguais em direito, transformam a prática educativa num acontecimento poético (do grego poiesis = criação), segundo descrito em Santos, Gauthier, Figueiredo e Petit (2005). Afirmam esses autores que, em sua ideologia, a sociopoética é uma continuação do amadurecimento da Pedagogia do Oprimido de Paulo Freire, cuja filosofia dialógica enfatiza que “o nosso papel não é falar ao povo sobre a nossa visão do mundo, ou tentar impô-la a ele (...)” e sim adotar uma postura de respeito mútuo e de troca entre saberes intelectuais e populares (FREIRE, 2003, p. 87)

Desse modo, a sociopoética nos alerta para a responsabilidade ética de favorecermos a dialogicidade no cuidar/ensinar, incentivando nos clientes sua criatividade reveladora de

necessidades e desejo de saber sobre seu viver e conviver no mundo almejando bem-estar e eliminando o mal-estar. Propiciando assim combater na ciência, sobretudo na área da saúde, a onipotência destrutiva da natureza e daqueles dos quais precisamos para criar conhecimentos, para potencializar forças de luta, com eles, visando a autonomia no nosso viver individual e profissional - os seres humanos (SANTOS, GAUTHIER, FIGUEIREDO e PETIT, 2005).

Assim, a prática educativa, utilizando a abordagem sociopoética, potencializa o enfermeiro junto aos seus clientes ao privilegiar a essência da enfermagem quanto ao entender o humano no ser humano, tendo os corpos dos envolvidos nessa prática como fonte de conhecimento. Para isso, explora-se o potencial cognitivo das sensações, da emoção e da gestualidade, para além da imaginação, da intuição e da razão (SANTOS, GAUTHIER, FIGUEIREDO e PETIT 2005).

5.1 Resultados da aplicação da sociopoética como prática educativa: ensino do autocuidado

O curso foi desenvolvido com 12 clientes que aceitaram o convite para participar do mesmo. Ressalta-se que esses clientes participaram do recorte da pré-avaliação, a qual avaliou a competência e déficit do autocuidado deles. Portanto, a formação do grupo pesquisador iniciou-se mediante aceitação do convite dessas pessoas no momento em que esperavam pela consulta médica no ambulatório de uremia do HUPE/UERJ.

No recorte de pré-avaliação, foram identificados os temas geradores que eram compatíveis com o plano de curso proposto para incentivação dos clientes.

Destacamos os resultados e a análise do Quadro 7 (APÊNDICE E) referente aos dados subjetivos da pré-avaliação, haja vista que a investigação do desejo dos clientes possibilitou o desenvolvimento do curso.

Na pré-avaliação, interrogou-se o interesse dos clientes por outros assuntos não citados no questionário. A análise deste resultado (Quadro 7, APÊNDICE E) indica que 5 clientes gostariam de saber sobre a possibilidade de cura da doença renal; 5 clientes tinham interesse em saber sobre as causas; 4 clientes queriam saber sobre tudo; 3 clientes gostariam de saber sobre as complicações; 2 clientes sobre o funcionamento dos rins; 2 sobre as terapias de substituição renal e apenas 1 cliente queria saber sobre uso de medicamentos.

Esses resultados comprovam que 29 clientes, ou seja, a maioria ficou satisfeita com os assuntos abordados nas perguntas do questionário, as quais correspondem aos assuntos do programa do curso para noções básicas sobre a doença renal e a importância do autocuidado.

Dos temas solicitados na pré-avaliação, apenas as modalidades de terapias de substituição renal (TSR) não constituíram conteúdo do curso mediante acordo entre o grupo pesquisador e a facilitadora. Para tomarmos essa decisão, partimos do pressuposto que, por tratar-se de um grupo misto, ou seja, clientes em estágios diferenciados da DRC, a abordagem das TSR só aumentaria a ansiedade daqueles que estavam em estágio inicial de forma que passariam a se preocupar com o seu ingresso em uma das TSR e deixariam de se preocupar com o autocuidado para o controle de sua situação e lentificação da DRC.

Acredita-se que a idéia de cidadania através da educação em saúde é estabelecida também pela possibilidade que os clientes têm de fazer perguntas que nunca foram feitas, fato que lhes assegura a sua autonomia .

Para facilitar o desenvolvimento do curso, adotou-se o quarto princípio da sociopoética, o qual valoriza a importância do uso de técnicas artísticas para favorecer a livre manifestação das pessoas, a emergência de pulsões e saberes inesperados que expressam o íntimo das pessoas (SANTOS, GAUTHIER, FIGUEIREDO e PETIT, 2005). Utilizou-se então dinâmicas de grupo (balões, barquinho, massa de modelar, construção do cartaz, caixa de presentes, cesto imaginário) para sensibilidade e relaxamento do grupo pesquisador, além de favorecerem a compreensão dos assuntos discutidos e intensificarem as trocas de saberes. Estas dinâmicas fundamentadas em Augusto, Vianna e Lessa (1993) sofreram adaptações para adequar-se ao número de clientes e aos objetivos do curso.

Utilizou-se materiais didáticos, criados pela pesquisadora, como o invólucro plástico com a lã para facilitar o entendimento da filtração glomerular, o cavalete pequeno para melhor aproximação dos participantes e favorecer a abordagem de forma recíproca, sem dominação e melhor entendimento dos conteúdos (Figuras 2 A e 2B).



Figura 2A. Material didático para a prática educativa sociopoética.

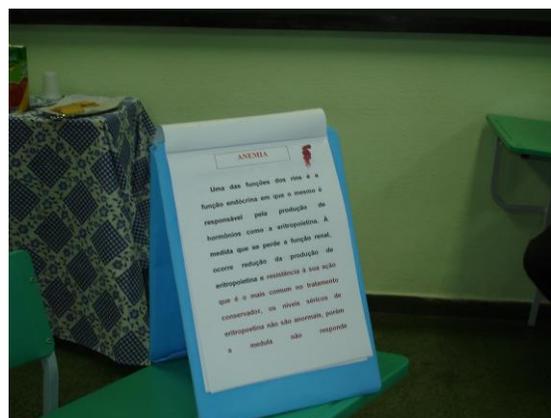


Figura 2B. Material didático para a prática educativa sociopoética.

Conforme a recomendação do segundo princípio sociopoético, que é favorecer a participação das culturas de resistência na leitura dos dados da pesquisa e nos permite entender que a sociopoética facilita o estabelecimento da humildade em que os saberes, experiências, práticas e teorias se misturam sem confrontos, se completam e se permutam entre os sujeitos do grupo-pesquisador e o facilitador (SANTOS, GAUTHIER, FIGUEIREDO e PETIT, 2005).

Deste modo, a linguagem utilizada para a discussão dos temas escolhidos foi adequada ao grupo, ou seja, com um vocabulário acessível a eles, principalmente por se tratar de pessoas de baixo nível de escolaridade, perfil inclusive já evidenciado na investigação epidemiológica desses clientes, haja vista que o desconhecimento de uma palavra técnica, bloqueia o sentido dos assuntos em discussão. a fim de se favorecer, com os clientes, o vínculo, o diálogo e o entendimento do conteúdo educativo.

O acolhimento por meio da escuta sensível foi um ingrediente essencial, pois percebeu-se a insatisfação dos clientes pela falta de escuta por parte dos profissionais de saúde, que muitas vezes são tomados pela exigência do próprio sistema por valorizar a quantidade de procedimentos, em detrimento da qualidade do mesmo. A escuta sensível, proposta por Barbier (2002) é um fundamento teórico da sociopoética que na prática educativa, implementada nesta pesquisa permitiu um ensino do autocuidado humanizado indo ao encontro do desejo da demanda de clientes do campo da pesquisa.

Percebeu-se nesse contexto que o acesso às informações a respeito do autocuidado incluindo o processo do adoecer como um direito à saúde e neste, constatando-se então, a necessidade da atenção individual e coletiva dos clientes acometidos pela doença renal para que o empreendimento do ensino do autocuidado se concretize.

Freire caracteriza a Teoria da Ação Dialógica (TAD) como uma ação cultural norteada por quatro princípios: a co-laboração, a união para a libertação, a organização e a síntese cultural. A seguir, descreve-se o desenvolvimento do curso e uma adaptação dos princípios da TAD correlacionados às fases do GP, segundo a estratégia de cuidar / pesquisar com clientes idosos, utilizada por Santos, Santana e Caldas (2003).

O PRIMEIRO ENCONTRO

Inicialmente, foi explicado o motivo do convite, que se tratava de um curso sobre noções básicas da doença, no qual abordaríamos também como as pessoas poderiam se cuidar para viver com qualidade, o qual serviria de subsídio para a minha dissertação do mestrado, foi lido o termo de consentimento livre e esclarecido e em seguida desenvolveu-se uma dinâmica de apresentação em que todos escreveram seus nomes em papéis e colocaram dentro dos balões, depois todos jogaram os balões para cima e trocavam de balões, estouravam os balões e liam o nome da pessoa escrita no papel, esta pessoa dizia o seu nome e o que esperava do curso.

A dinâmica minimizou a timidez das pessoas e todos verbalizaram estarem interessados em adquirir “sabedoria sobre a doença”. Esta foi desenvolvida com os grupos como dinâmica de apresentação e entrosamento do grupo e para facilitar a expressão de suas expectativas.

Eu espero desses encontros, obter conhecimentos sobre a doença (...).

Eu aceitei participar destas palestras para poder lutar, viver com moderação e aprender alguma coisa melhorar (...).

Neste curso eu espero aprender mais, porque precisamos aprender uns com os outros.

Aconteceu um intervalo para o lanche e em seguida apresentou-se a proposta do curso e foi aplicado o instrumento de pré-avaliação (APÊNDICE B). Ao final da reunião agendamos o segundo encontro, conforme a disponibilidade do grupo.

A Co-laboração e Fase 1 do GP - Escolha dos temas geradores que fizeram parte do plano de ensino.

Afirma Freire (2003) que os sujeitos se encontram para a transformação do mundo em co-laboração. Correlacionando este princípio à fase 1 do GP: - Discutimos com os clientes sobre suas preocupações com seu bem-estar ou mal-estar e suas necessidades e desejos quanto ao conhecimento de sua doença, bem como os cuidados de saúde para com eles próprios. O GP que se encontra para “a pronúncia do mundo, para a sua transformação” (op. cit., p.166), deverá responder, nesta fase, o que mais lhe interessa ser desenvolvido com ele para seu autocuidado nas situações de viver e conviver com a doença. Alerta-se que o tema e demais assuntos desenvolvidos no curso não foram impostos pela enfermeira como educadora, e sim sugeridos para se verificar a aceitação do GP, visando sua posterior participação nele. A imposição de conteúdos teóricos e práticos do curso pode impossibilitar o diálogo dentro do grupo, haja vista que estes podem não ser importantes e de possível compreensão.

A Co-laboração e Fase 2 do GP- Delimitação da demanda de saber do grupo

Recordando Freire (2003), a investigação temática se justifica quando devolve ao povo o que a ele pertence. Não o ato de conhecê-lo, mas o de conhecer com ele a realidade que o desafia. A dialogicidade começa na investigação temática. Na fase 2 do GP, utilizou-se

uma das premissas básicas da co-laboração, característica da TAD que não pode dar-se a não ser entre sujeitos, e com estes sujeitos, e não para estes sujeitos. Concordando que o diálogo, que é sempre comunicação, funda a co-laboração, e não há lugar neste para a conquista, manejo, domesticação e “sloganização” das massas, dos oprimidos, por parte do educador.

Neste caso, o enfermeiro educador aderiu à proposta de assuntos, conteúdos propostos pelo GP de clientes. No desenvolvimento de um Plano de Curso concebido com esta ação dialógica, os clientes se voltaram para a realidade mediatizadora da sua situação de conviver com a doença renal crônica, podendo-se então considerar que esta fase é, já, a ação dos sujeitos dialógicos sobre ela, e daí, também, uma transformação desta. Então, problematizar é exercer uma análise crítica sobre a realidade / problema.

O SEGUNDO ENCONTRO

Em princípio, foi distribuída massa de modelar e solicitado ao grupo pesquisador modelar os rins conforme sua imaginação. Em seguida, pedi para cada um falar sobre as funções dos rins e seus sentimentos a respeito da dinâmica.

Um cliente não quis fazer a modelagem, falei que a modelagem era de acordo com a imaginação de cada um, dei-lhe a opção de desenhar, mas não quis, os colegas tentaram estimulá-lo, mas recusou-se, então respeitamos a sua vontade.

Neste segundo encontro, percebi que estavam um pouco introspectivos, mas após o início da dinâmica sentiram-se mais à vontade. Um dos clientes estimulou os outros a falar e exporem suas opiniões, pois gostava muito de falar suas experiências e sua opinião.

Percebeu-se que um outro cliente subestimava-se o tempo todo, evitando fazer comentários e a modelagem dos rins, disse que não sabia e que não iria fazer, enquanto isso todos tentavam. Ofereci-lhe uma folha de papel e caneta para desenhar, ele aceitou, mas não desenhou nada, no fundo, no fundo queria mesmo modelar. A sua colega ao lado começou a incentiva-lo, foi então que o resolveu modelar os rins (Figuras 3A, 3B, 3C).



Figura 3A. Prática artística da oficina sociopoética.



Figura 3B. Prática artística da oficina sociopoética.



Figura 3C. Prática artística da oficina sociopoética.

Depois solicitei que todos colassem a modelagem dos rins em uma folha de papel, e finalmente construímos um cartaz caracterizado pela seguinte expressão de uma co-pesquisadora: “Aí está a nossa obra de arte” (Figuras 3D, 3E).



Figuras 3D. Prática artística sociopoética: modelagem dos rins.



Figuras 3E. Prática artística sociopoética: modelagem dos rins.

No momento da explicação das funções dos rins, todos só conheciam a função excretora. Um dos clientes, por exemplo, comparou os rins a um filtro de cozinha, destacando as velas como o local onde ficam as impurezas.

Depois de relatarem o seu conhecimento a respeito das funções renais, os clientes também comentaram sobre a dinâmica de modelar.

O rim funciona assim em etapas. Vamos admitir, por exemplo, lá na cozinha tem o filtro a gente tem que de vez em quando, uma vez por semana, assim mais ou menos, a gente tira as velas e lava para filtrar, funcionar direitinho, um tratamento nas velas. Então os rins também para funcionar, filtrar como é necessário é preciso um cuidado, um tratamento.

Os rins, eu acho que são dois e eu vejo na figura, assim o formato mais ou menos, formato de feijão.

A função do rim é filtrar, também ajuda recompor células.

A modelagem dos meus rins ela mostra apenas um rim onde os pontinhos brancos representam os filtros, os buracos que filtram o sangue e a camada branca em torno do rim é para provar que o rim é totalmente poroso e ele realmente trabalha como uma esponja, ele realmente recebe o sangue e daqui a pouquinho expulsa o sangue filtrado, é uma esponja igual detergente de cozinha, a esponja de cozinha.

O que vocês acharam de modelar os rins? (pesquisadora)

Adorei é uma forma... Não sei se o meu rim é o normal é o convencional, junto ao que foi construído, mas é importante eu descrevê-lo sob o meu prisma de como ele deve funcionar.

Eu achei ótimo, acho que é até um tipo de terapia, ajuda a gente ficar mais leve, foi bom, eu gostei.

Após todos verbalizarem o seu conhecimento sobre as funções dos rins, iniciou-se a explanação sobre noções acerca da anatomofisiologia renal, valorizando e aprofundando a discussão conforme as indagações e inquietudes do grupo pesquisador. Como estratégia para facilitar o entendimento do grupo sobre o processo de filtração dos rins pelos glomérulos criou-se um instrumento formado por um novelo de lã, representando os capilares glomerulares envolto por recipiente plástico, arredondado, que representava a cápsula de Bowman, utilizando linguagem acessível para entendimento do assunto (Figura 4).

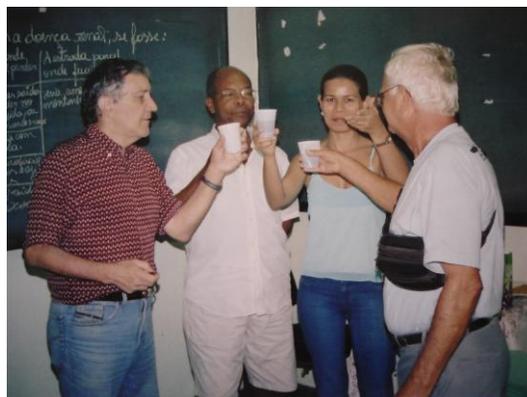


Figura 4. Material didático representando o glomérulo.

Na hora do lanche, sugeriu-se um brinde, e todos gostaram, brindamos a saúde, foram tiradas fotos e todos demonstravam estar gostando de tudo (Figuras 5A, 5B, 5C).



Figuras 5A. Momento de confraternização do grupo pesquisador.



Figuras 5B. Momento de confraternização do grupo pesquisador.



Figuras 5C. Momento de confraternização do grupo pesquisador.

Ressalta-se que uma cliente verbalizou que achou importante a participação da esposa de um dos participantes, e que gostaria que ela continuasse participando dos outros encontros, os demais concordaram. No final perguntei o que acharam do encontro e agendamos o encontro seguinte.

A aula de hoje foi muito esclarecedora, tinha muito mistério sobre os rins, o funcionamento, mas eu acho que esclareceu bem.

Para mim foi um encontro e uma aula, porque eu estou aprendendo. Eu acho que ficou bom, bem esclarecido.

Vamos combinar uma coisa importante, não vamos faltar.

A Co-laboração; União para Libertação e Fase 3 do GP – desenvolvimento dos assuntos do plano de ensino validado pelo grupo pesquisador.

Os indivíduos se unem em co-laboração para desvelarem o mundo, neste caso, o ensino do autocuidado e as noções sobre a anatomofisiologia renal e as mudanças ocasionadas pela DRC. Nesse momento foram discutidos inclusive alguns mitos ou verdades sobre o acometimento da doença renal crônica: ligação desta com a morte, todo cliente com DRC em tratamento conservador é dependente de dieta, medicamentos e exames periódicos; com a evolução do estágio da doença, é acometido por complicações e mais limitações, entre elas o controle da ingestão de líquidos, as quais o fazem enfrentar novamente o sentimento de negação vivenciado no diagnóstico da doença, aumentando o medo de depender da máquina de diálise ou mesmo a ansiedade pelo transplante renal, muitas vezes idealizado erroneamente como forma de cura. Estes fatores dificultam mais a adesão ao tratamento.

Desvelando este mundo do viver deste cliente, lembra-se: “o desvelamento do mundo e de si mesmas, na práxis autêntica possibilita às massas populares a sua adesão” (FREIRE, 2003 p. 173).

Desse modo, atuou-se com os clientes em uma abordagem educativa, propiciando-se dentro do grupo para que houvesse entre as pessoas confiança, dedicação, autenticidade e comunhão, o que foi necessário para a libertação ser transformação. Concordamos, portanto,

com Freire (2003, p.169) que tão bem conceituou: “A comunhão provoca a co-laboração que leva liderança e massas àquela fusão. Fusão que só existe se a ação revolucionária é realmente humana, por isto, sim-pática, amorosa, comunicante, humilde, para ser libertadora”.

O TERCEIRO ENCONTRO

Neste encontro, iniciou-se com a dinâmica do barquinho. Colori uma folha de papel em branco e a transformei em um barco. A dinâmica do barquinho segue um roteiro, no entanto levando-se em consideração que o método sociopoético caracteriza-se por permitir a liberdade de expressão, valorizando as vozes dos copesquisadores, fiz uma adaptação e não utilizei o roteiro de perguntas pré-determinadas. Pedi que as pessoas falassem o que desejassem, e o ato de tocar o barquinho foi suficiente para desvendar muitos sentimentos relacionados à experiência de vida de cada um. A dinâmica iniciou com o barquinho passando por cada um, momento em que diriam o que esperavam deste encontro, como estavam se sentindo ou qualquer outro assunto que quisessem falar (Figura 6).



Figuras 6A. Dinâmica de sensibilização (barquinho).



Figuras 6B. Dinâmica de sensibilização (barquinho).

Esta dinâmica, além de favorecer a expressão dos sentimentos do grupo, permitiu o relaxamento do mesmo, obtendo uma aceitação muito positiva.

As forças já estão à deriva que nem a gente e isso vai melhorar com essas reuniões.

Esse barquinho aqui, não há dúvida que é um trabalho manual que você fez, então a nossa vida também é como um barquinho que navega, a vida é um constante navegar que vai e vem, que tem os altos e baixos da vida como o mar, onde o barquinho sobe e desce, sobe e desce, então a vida é assim, estás me entendendo. Agora a vida de hoje, por exemplo, para mim vim aqui, nesta reunião aqui, que eu estou gostando, estou satisfeito e estou em paz.

Eu espero desta manhã mais sabedoria, porque eu tenho aproveitado bastante, tem me alertado muito, eu não tinha noção de nada, tava indo às consultas, pegando as receitas, comprando os remédios, comprando os remédios, mas, até cheguei a pensar que era uma infecção, mas não é infecção, é insuficiência que não tem nada haver com uma infecção. Então o encontro para mim foi importante, muito importante, para mim tudo foi feito a dedos.

Após a dinâmica, solicitou-se ao grupo que relatassem seus saberes sobre a hipertensão e o diabetes, incluindo discussão sobre hábitos de vida saudáveis e seus benefícios em relação a essas patologias. Ao término da discussão, iniciou-se a palestra sobre hipertensão e diabetes e hábitos saudáveis de vida.

Para finalizar o encontro, aplicou-se a dinâmica da caixa de presentes, a qual utiliza uma caixa de presentes contendo um espelho, com o objetivo de incentivar os componentes do autocuidado, os quais são: auto-estima e auto-imagem.

Iniciou-se esta dinâmica com a caixa de presentes nas mãos e dizendo-se que era um presente para todos e que se tratava de um presente muito valioso e que daquele dia em diante passariam a cuidar mais e amar este presente. Após estas declarações o abriu-se a caixa e pediu-se ao grupo que ao verem o presente não deveriam fazer comentários (Figuras 7A e 7B).



Figuras 7A . Dinâmica de sensibilização
(caixa de presentes)



Figuras 7B . Dinâmica de sensibilização
(caixa de presentes)

O grupo manifestou emoção e surpresa ao ver sua imagem refletida no espelho, representando um presente valioso, conforme exemplificado nas falas abaixo:

Eu entendi que eu estou aqui, eu estou podendo vir eu posso participar, eu entendi isso que era um presente para mim.

Eu achei o presente muito especial mesmo, muito... Diferente, eu não imaginava o que tinha dentro dessa caixa nem...Achei muito bom, porque a gente tem que se olhar no espelho e se amar, porque se a gente não amar a nós mesmos. Se eu não me amar a mim mesma, ninguém vai me amar, eu que tenho que gostar de mim, eu tenho que me cuidar, me amar, saber que o que estou fazendo está certo, o tratamento. Eu achei muito interessante mesmo, este curso está sendo muito valioso para mim, por isso que eu não quero faltar.

Primeiro que eu abri a caixa eu vi a minha imagem só, o estado que eu estou aparentemente a minha imagem está ótima.

Unir Para a Libertação e Fase 4 do GP- Análise e reflexões sobre os novos conteúdos sugeridos pelo grupo

Diz Freire (2003) que a liderança, neste caso o enfermeiro educador, se obriga ao esforço incansável da união dos oprimidos entre si (os clientes diante da hegemonia de saber/poder dos profissionais de saúde) e deles com ela, para a libertação. Recorda-se Santos,

Santana e Caldas (2003) que, na união para a libertação, é essencial o respeito a esta “unificação do eu” a fim de revelar quem se encontra dividido entre o eu opressor da fatalidade da doença e o conviver com as limitações da DRC para ter qualidade de vida.

A dialogicidade neste caso foi indispensável para efetivar a união, que já é a desmitificação da realidade, para se conhecer o porquê e o como de sua aderência a uma determinada realidade que lhes dá um conhecimento falso de si mesmo e dela. Os resultados desta ação dentro do desenvolvimento do plano de ensino foi o reconhecimento do grupo quanto a este momento em si ter sido libertador, por dar um sentido de transformação, ao propiciar a consciência de si entre os clientes. Por outro lado, estas pessoas (cliente e profissional) se reconheceram como solidárias na luta por forças de vida para sobreviver com qualidade.

QUARTO ENCONTRO

Iniciou-se este encontro com a dinâmica do cesto imaginário objetivando facilitar a interação e aproximação dos participantes, criar momentos de relaxamento e diversão, estimular a prática do autocuidado, enfatizando a importância da auto-estima e auto-imagem como fatores importantes para viver bem.

Pedi-se que todos andassem bem à vontade no ambiente, imaginando que dentro da caixa localizada no centro da sala existisse objetos de uso pessoal (escova de dente, pente, batom, meia, blusa casaco, espelho etc). A seguir, avisou-se que, quando se desse um sinal (neste exemplo, no momento em que parava de tocar a música), cada um deveria trocar o seu objeto e iriam continuar, andando e imitando o que estão fazendo (por exemplo, passando

batom, passando sabonete no corpo, vestindo uma blusa etc) e após outro sinal, cada um deveria trocar o seu objeto de uso pessoal com o colega que estivesse mais próximo e continuaria andando, usando e imitando o objeto trocado com o colega. Ao final, cada um deveria descobrir quais objetos que trocou e com quem (Figuras 8A e 8B).



Figura 8A . Dinâmica de sensibilização (cesto imaginário).



Figura 8B. Dinâmica de sensibilização (cesto imaginário).

A dinâmica terminou com uma grande descontração e aproximação de todos.

Foi ótimo, foi maravilhoso, adorei, é uma descontração total que a gente precisa disso.

Eu gostei também, na minha casa ninguém vai nem acreditar que eu estava participando dessa brincadeira.

Finalizada a dinâmica, iniciou-se exposição sobre anemia e doença óssea na doença renal crônica, articulando o conteúdo com as experiências e questionamentos dos clientes. Importante salientar que os clientes ressaltaram o fácil entendimento do assunto abordado por meio das figuras utilizadas.

Ao término, aplicou-se a pós-avaliação e solicitou-se a opinião do grupo pesquisador

acerca do que lhe chamou mais a atenção no desenvolvimento do curso, o que pensou sobre as dinâmicas utilizadas. Percebeu-se a satisfação, a transformação do grupo por meio das seguintes declarações:

Realmente é muito bom, abriu mais sobre a minha doença, esclareceu realmente sobre o meu estado. Para mim foi um grande... Abriu uma porta para mim.

Foi excelente, muito bom. Muita coisa eu desconhecia... E aprendi muita coisa.

Eu acho excelente, ajuda. Eu acho que com dinâmica clareia mais, fica mais divertido e o entrosamento com as pessoas também é muito importante.

Eu achei muito bom e aprendi coisas que eu não sabia, como algumas espécies de enfermidade, como saber controlar a enfermidade. E então coisas assim eu até passo em casa para a minha família, para minha esposa. Então, são coisas que você passou para nós muito úteis para a vida. Gostei imensamente eu tenho que agradecer essa ajuda.

Gostei do formato dos rins, gostei muito dessas coisas. Ajuda a aprender...Mais experiência na vida.

Eu me interessei em participar por causa do problema da doença dele, porque tem certas coisas que eu falo com ele e ele não me atende, então eu participando aqui eu sei como que é, e depois eu passo para ele também: olha é assim, assim. (...) Que nem aquela da lanzinha, como é o funcionamento dentro do rim, eu achei muito interessante, porque aquilo, por ali a gente vê como funciona o rim, o porquê que ficou aquele pedaço sem poder funcionar mais. Porque a gente não entendia o porquê que a maioria dos rins não estavam funcionando e com aquela lanzinha a gente entendeu o porquê. (...) Essas coisas foram ótimas, eu gostei demais, porque a gente cuida mais, com mais atenção. (familiar)

Eu gostaria de agradecer a sua atenção, o seu cuidado por ter nos instruído, o seu zelo de telefonar para mim, por exemplo, me lembrar do dia. Isso é um cuidado especial para mim, e ajudando me orientando, gostei e estou completamente satisfeito com a sua ajuda, com a sua orientação, com o seu cuidado, da minha parte muito obrigado.

Sobre a frequência dos clientes durante o desenvolvimento do processo educativo, ocorreram algumas faltas em virtude dos imprevistos da doença ou realização de exames,

apesar do agendamento prévio. No entanto, procurou-se sempre ajustar o cliente que faltou a um outro grupo, ou mesmo reunindo aqueles que faltaram para discussão dos assuntos planejados. Mesmo com este cuidado, dois clientes ficaram impossibilitados de comparecer ao último encontro, um deles por problemas de saúde e outra pela dependência de terceiros para levá-la.

Organização e Fase 5 do GP- Avaliação grupal dos conhecimentos adquiridos no curso

O princípio da organização, em Freire (2003), não está ligado diretamente apenas à sua unidade, mas é um desdobramento natural da unidade das massas populares. No caso da formulação de conteúdos para desenvolver o ensino do autocuidado junto aos clientes, a aplicação deste princípio visou, sobretudo, a unidade, a liderança (o educador). Visou igualmente a organização dos clientes, implicando no seu testemunho de que o esforço de libertação, assumindo-se a responsabilidade para desenvolver o autocuidado, é uma tarefa comum ao enfermeiro e aos clientes.

Recordam Santos, Santana e Caldas (2003) o alerta de Freire que o testemunho é constituído do espírito de coerência entre a palavra e o ato de quem testemunha, da ousadia do que testemunha, que o leva a enfrentar a existência como um risco permanente. Esta postura foi incentivada no grupo e mostrou o quanto uma ação cultural aderente à organização, como indivíduos (cliente e profissional) unidos para um fim de libertação, ultrapassam barreiras intransponíveis; sendo a libertação adquirida neste grupo uma visão de mundo sobre o educar para o autocuidado e sobre o auto cuidar-se para sobreviver com a doença renal crônica.

Síntese Cultural e Fase 6 do GP- Socialização de saberes / Divulgação da pesquisa

Freire (2003) concebe que toda ação cultural é uma forma sistematizada e deliberada de ação que incide sobre a estrutura social, ora no sentido de mantê-la como está ou mais ou menos como está, ora no sentido de transformá-la. Gauthier (1999, p. 42) afirma que a síntese cultural é importante “na luta política pela cidadania, pela autonomia dos sujeitos, no mundo de hoje invadido por forças alienantes de heteronomização e de fragmentação da pessoa e dos coletivos”.

Quando se promoveu a problematização com vistas aos direitos e responsabilidades dos clientes com sua própria saúde, surgiram múltiplas questões desde a ansiedade e os cuidados indispensáveis na TRS, terapia nutricional, higiene e até aparência pessoal. A união dentro do grupo promoveu a moral coesão entre as pessoas que se sentiram livres para pronunciar suas dificuldades ou facilidades, bem como seu constrangimento diante de procedimentos limitantes, inclusive verbalizando o desejo de uma assistência humanizada.

Para as autoras Santos, Santana e Caldas (2003) é impossível realizar a teoria da ação dialógica e promover a síntese cultural sem que haja a investigação temática. Assim, também pensamos, e em vez de apresentar conteúdos de procedimentos eminentemente prescritos para os clientes realizarem o autocuidado, buscamos junto a eles escolher os conteúdos para a ação de responsabilidade do cliente no autocuidado que é seu.

Então, enfermeiro e cliente na síntese cultural, de certa forma, renascem num saber e numa ação novos, que não são apenas o saber e a ação do educador, mas dela e do cliente. Aqui ressalta-se a importância que deve ser dada ao direito de se levar em conta a visão de

mundo que os clientes tenham ou estejam tendo sobre sua situação no processo saúde-doença (op. cit., 313).

Freire (2003, p. 182) chama a atenção para este ponto de uma forma surpreendente: “Visão do mundo em que vão encontrar explícitos e implícitos os seus anseios, as suas dúvidas, a sua esperança, a sua forma de ver a liderança, a sua percepção de si mesmo e do opressor, as suas crenças religiosas, quase sempre sincréticas, o seu fatalismo, a sua reação rebelde”. E tudo isso, como já afirmamos, não pode ser encarado separadamente porque, em interação, se encontra compondo uma totalidade.

Santos, Santana e Caldas (2003) acreditam que, na prática de ações que visem a transformação social, o conhecimento da totalidade pelo grupo é a forma de se chegar à síntese, e conseqüentemente de problematizar com o grupo a forma de se chegar a uma ação.

Conforme descrevemos, optou-se pela sociopoética porque, segundo seus princípios, ela promove um processo de criação/desestabilização no grupo e nas pessoas, permitindo-lhes liberar coisas escondidas e recalçadas (SANTOS et al., 2005). Com a sociopoética, o saber sobre autocuidado para clientes em fase pré-diálise foi reconstruído coletivamente, entre a enfermeira e clientes, tornando-se para estes num educar mutual.

Concordamos com Santos et al. (2005), os quais afirmam que a educação para a saúde é fundamental para auxiliar o cliente / a família na compreensão do significado de uma condição crônica de saúde e a necessidade de uma reeducação em seus hábitos de vida. Nessa oportunidade, enfatizamos a importância deste processo de educação ao cliente com doença renal crônica, o qual ocorreu por meio de uma relação dialógica, a qual favoreceu-lhe a oportunidade de falar de seus anseios, dúvidas, sentimentos, no momento em que ainda estão

em acompanhamento ambulatorial, revelando-se um modelo de acolhimento a este cliente mesmo antes do seu ingresso em uma das TSR.

O acolhimento é uma comunicação afetiva e ponto de partida de qualquer atividade terapêutica que implique na relação profissional de saúde e cliente. Acolher é mobilizar afetos. Sentir-se acolhido, reconhecido, amparado, ouvido, sentido solidarizado faz parte da nossa exigência gregária e de comunicação (SOBRAL, TAVARES e SILVEIRA, 2004, p. 65).

CAPÍTULO 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Delimitando como objeto de saber o ensino do autocuidado junto aos clientes com doença renal crônica (DRC) em tratamento conservador, questionou-se a competência e o déficit dessas pessoas para se cuidar na fase de acompanhamento ambulatorial visando a adesão ao tratamento conservador. Nesta pesquisa, implementou-se os métodos quantitativo e qualitativo, sendo este último a estratégia para reunir os clientes formando um grupo destinado ao ensino / aprendizagem sobre autocuidado, através da sociopoética como prática educativa.

Adotando o método quantitativo, privilegiou-se o estudo descritivo epidemiológico para delinear o perfil social dos sujeitos do estudo, bem como suas características epidemiológicas frente à DRC e a competência e o déficit dessas pessoas para a sobrevivência com qualidade, convivendo com essa enfermidade.

Dessa forma, possibilitou-se o planejamento, execução e avaliação de ações educativas centradas nos sujeitos de pesquisa. Os objetivos formulados para o estudo foram alcançados, inclusive pelo entendimento da sua situação, sentimentos e emoções dos clientes no enfrentamento da DRC.

Delineando-se o perfil social desses clientes, concluiu-se que este se constitui de: maioria do sexo feminino, com idade média de 63 anos, predominando a etnia branca, baixo nível de escolaridade, renda salarial de baixo poder aquisitivo.

Considerando-se que os sujeitos do estudo têm nível de escolaridade baixo, fato que certamente constitui um fator importante para a não adesão ao tratamento conservador e entendimento da importância do autocuidado para sua sobrevivência, ressalte-se a importância de uma abordagem educativa para esclarecimentos acerca da doença e adoção de hábitos

saudáveis com uma linguagem acessível e forma dialógica, como estratégia para estimular a participação do cliente em seu tratamento e levando-o a entender seu estado e o direito de conhecer as formas do cuidar de si, sem imposição ou dificuldades, tal como ou melhor do que se implementou nesta investigação.

Considerando que a maioria dos clientes tem renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos, conclui-se que este fato pode influenciar de forma significativa na compra de medicamentos não fornecidos pelo SUS e conseqüente não adesão ao tratamento, que, além de favorecer o aparecimento das complicações, agilizam a progressão da DRC.

Alcançando-se o objetivo referente à pré-avaliação, identificou-se o déficit e o conhecimento dos clientes acerca da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus (inclusive a crença na cura dessas patologias), tipo de alimentos consumidos, conhecimento acerca das complicações da dislipidemia, modalidade de exercício físico praticada, atividade de lazer desenvolvida, hábitos de higiene corporal, conhecimento acerca das funções dos rins, da anemia e doença óssea associadas à DRC. Concluiu-se, através dos dados produzidos na pré-avaliação, que, para os clientes, as principais complicações da HAS são AVC, DRC e cardiopatia.

Apesar de os clientes estarem cientes da não ingestão de gordura e sal para o controle da pressão arterial, identificou-se um déficit de autocuidado, haja vista que poucos clientes afirmaram só tomar remédio quando a pressão estava alta, enquanto a minoria considerou o exercício físico importante no controle da pressão arterial.

Quanto aos hábitos de saúde e lazer, conclui-se que todos consideraram o exercício físico importante, embora poucos o praticassem, sendo a caminhada e a bicicleta ou ambas as modalidades mais praticadas

Evidenciou-se que um menor percentual de clientes consideraram a verificação regular da glicemia capilar e o exercício físico como importantes para o controle do DM.

A maioria dos clientes demonstrou estar ciente do comprometimento renal pelo DM e pela HAS, bem como da ocorrência da anemia e doença óssea na DRC.

Apenas a metade dos clientes respondeu corretamente as principais funções dos rins, apesar da predominância daqueles que acertaram sobre a origem da DRC.

Evidenciou-se também com o formulário de pré-avaliação que o diagnóstico da DRC gera muitas mudanças nos hábitos de vida dos clientes, as quais desencadeiam sentimentos de defesa como negação e revolta; isolamento social por não poderem consumir determinados alimentos; conflito pela dependência de medicamentos, dieta, exames, medo de uma doença que não tem cura, medo do futuro de depender da máquina de diálise, preocupação com a morte e o sofrimento.

Considera-se que esses sentimentos identificados dificultam a adesão ao tratamento, portanto, releva-se a necessidade de serem trabalhados junto ao cliente e família para facilitar a adaptação do cliente e o enfrentamento dos desafios do processo do adoecer.

A pré-avaliação alcançou um propósito muito significativo, pois, além de obter informações sobre o nível de conhecimentos dos clientes sobre a DR e o seu potencial para o autocuidado, despertou o interesse destes pelo seu estado de saúde, pelo autocuidado e participação no processo educativo.

Essas manifestações foram percebidas no momento da aplicação da técnica de entrevistas, por meio de questionamentos e curiosidades sobre os assuntos, ou mesmo pela atitude de permanência e sentimento de satisfação expressados pelos clientes, mesmo ao

término da entrevista, facilitados pelas estratégias do acolhimento e da escuta sensível, conforme preconiza Barbier (2002).

O desenvolvimento do curso com o grupo de clientes elucidou seu potencial para o autocuidado, comprovado pela satisfação dos mesmos durante a participação nas dinâmicas de sensibilidade e interesse nos assuntos sobre a doença renal e o autocuidado abordados, além de um grande acerto das questões da pós-avaliação, possibilitados pela sociopoética, por ser um modelo de acolhimento, o qual permitiu-lhes exercer seu direito de cidadania.

Ressalte-se que nesta pesquisa se investiu no grupo de ensino- aprendizagem para demonstrar o potencial do autocuidado existente em cada membro do grupo, mostrando que utilizá-lo depende dele próprio, da sua filosofia de vida e principalmente que o autocuidado não pode ser imposto, conforme defendem Santos (2005) e Brandão (2003).

Considera-se que é preciso que os clientes tenham consciência do seu potencial para autocuidar-se, pois parte-se do princípio de que as pessoas não estão por completo doentes, dentro delas existe um núcleo saudável. Estes sujeitos devem ser incentivados para perderem a noção de passividade e tornarem-se protagonistas do seu próprio cuidado, este é um ato de cidadania.

A educação à saúde é um direito de cidadania, muitas vezes não garantido pela instituição de saúde por questões financeiras, políticas e até por falta de conhecimento dos profissionais sobre sua importância para favorecer a adesão do cliente ao tratamento, garantindo-lhes qualidade de vida, além de reduzir os custos do sistema de saúde.

Entre os resultados, observou-se o conhecimento do grupo de clientes sobre seus próprios limites na escolha e adesão das terapêuticas médica, nutricional e de enfermagem, fato que leva à reflexão sobre o imperativo de se buscar entender o cotidiano do cliente e seus

modos de viver a vida e sobreviver com a DRC. O ensino do autocuidado, portanto, deve valorizar os saberes, as vozes, a cultura e as forças de luta pela vida das pessoas, conduzindo-as à sua autonomia em questões de bem-estar e bem viver conforme recorda a sociopoética.

Com o desenvolvimento do curso, foi alcançado o objetivo de promover para os clientes o autoconhecimento para o autocuidado, produzindo-se um novo conhecimento referente a se entender que saúde tem uma dimensão pessoal, e que cada ser humano desenvolve meios para alcançar seu bem-estar físico, mental e social.

Isso tornou-se possível porque se desenvolveu um trabalho educativo, através da sociopoética, o qual teve como referência as transformações próprias do crescimento e desenvolvimento humanos buscando promover o desenvolvimento da consciência crítica do grupo de ensino-aprendizagem em relação aos fatores que intervêm positiva ou negativamente no conviver com a doença renal crônica.

Assim, a introdução de conhecimentos sobre o autocuidado e a doença renal crônica visou a formação de sujeitos do processo saúde / doença capazes de conhecer-se e cuidar-se, valorizando sua cultura, crenças e características pessoais.

Considera-se que as dinâmicas de grupo para sensibilidade e relaxamento, além de favorecerem o conhecimento, intensificaram as trocas de saberes e facilitaram o processo ensino/ aprendizagem com a sociopoética, principalmente pela livre expressão dos sujeitos do educar/ cuidar/ pesquisar para exporem suas personalidades, desejos, aspirações, dúvidas e percepções.

CONHECIMENTO PRODUZIDO: Esta experiência de educar/cuidar/pesquisar mostrou que existe a necessidade de se adotar uma abordagem educativa fundamentada na sociopoética, que dê voz ao sujeito e um modelo de educar pautado nos saberes, cultura,

crenças, situação socioeconômica dos clientes, para favorecer as orientações acerca da DRC, sua etiologia e complicações, de tal modo que possibilite ao cliente o desempenho do autocuidado a fim de minimizar as complicações e retardar a progressão da DRC, além de reduzir os custos do sistema de saúde com TSR e diálise de urgência.

Importante ressaltar que a abordagem educativa deve fazer parte do tratamento conservador do cliente com DRC. Precisa ser contínuo sempre buscando atender à demanda dos clientes, a fim de minimizar as alterações fisiológicas dos estágios da DRC para que o cliente consiga enfrentar os desafios e tenha qualidade de vida e ingresse em uma TRS em condições clínicas adequadas.

6. REFERÊNCIAS

ABENSUR, H; ALVES, M A. R. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Nefrologia para a condução da anemia na insuficiência renal crônica. **J Bras Nefrol** v.22, supl. 5, p.1-3, abr. 2000.

ABENSUR, H. Anemia da doença renal crônica. In: Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Diretrizes de condução de doença renal crônica**. Disponível em: <http://www.sbn.org.br>. Acesso em: 27 de julho de 2004.

ALAVERAS, A.E.; THOMAS, S.M.; SAGRIOTIS, A.; et al. Promoters of progression of diabetic nephropathy: the relative roles of blood glucose and blood pressure control. **Nephrol Dial Transplant**, v.12, p.71-4, jun. 1997.

ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia sin números**. Série PALTEX, n.28 de la OPAS/OMS, 1992.

ALMEIDA, F.A.; RODRIGUES, C.I.S. Hipertensão arterial primária. In: RIELLA, M.C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, p.730-756.

AUGUSTO, M.S. M. ; VIANNA, R. D.; LESSA, Z. L. **Educação em saúde: coletânea de técnicas**. São Paulo: CADAIS / FESIMA, 1993.155 p.

BARBIER, R. **A pesquisa-ação**. Brasília: plano, 2002, 159p.

BARBOSA. J.C. **Compreendendo o ser doente renal crônico**. Ribeirão Preto, 1993. 144p. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

BARCELOS, V.H.L. Religiosidade: para o bem ou para o mal?. In: GAUTHIER, J.; FLEURI, R. M.; GRANDO, S. B. **Uma pesquisa sociopoética: o índio, o negro e o branco no imaginário de pesquisadores da área de educação**. Florianópolis: UFSC /NUP / CED, 2001. 120P.

BARROS, R. T. Insuficiência renal crônica por nefropatia diabética: qual sua prevalência em nosso meio? **J Bras Nefrol**. v. 19, n.3, p. 287-288, maio 1997.

BATISTA, L. K. C. et al. Manuseio da doença renal crônica em pacientes com hipertensão e diabetes. **J Bras Nefrol**, v. 27, n.1, p. 8-14, mar. 2005.

BATISTA, M.; OLIVEIRA, C.J.R. Alterações metabólicas. In: Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Diretrizes de condução de doença renal crônica**. Disponível em: <http://www.sbn.org.br>. Acesso em: 27 de julho de 2004.

BATISTA, M. A. Presença do sagrado em um momento crítico: internação em uma unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Enferm**, v.57, n.5, p.579-86, set./out. 2004.

BERLIN J.A.; COLDITZ G.A. A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. **Am J Epidemiol**, v. 132, p. 612-28, oct. 1990.

BRANDÃO, E. S. **O cuidar de clientes hospitalizados com afecções cutâneas**: paradigma siciopoético. Rio de Janeiro, 2003.131p. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

BREGMAN, R. Prevenção da progressão da doença renal crônica (DRC). In: Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Diretrizes de condução de doença renal crônica**. Disponível em: <http://www.sbn.org.br>. Acesso em: 27 de julho de 2004.

BRIENZA, A. M.; MISHIMIA, S.M; FREDERICO, P. ; CLÁPIS, M.J. Grupo de reeducação alimentar: uma experiência holística em saúde na perspectiva familiar. **Rev Bras Enferm**, v. 55, n.6, p. 697-700, nov./dez.2002.

BOIM, M. A.; TEIXEIRA, V. P. C.; SCHOR, N.Rim e compostos vasoativos. In: ZATZ, R. **Fisiopatologia renal**. São Paulo: Atheneu, 2002, p. 21-39.

CESARINO, C. B.; CASAGRANDE, L. D. R. Paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: atividade educativa do enfermeiro. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.6, n.4, p. 31-40, out. 1998.

CHOBANIAN, A. V., et al. National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. **JAMA**, v.289, p.2560-2561, may. 2003.

DCCT: Retinopathy and nephropathy in patients with type 1diabetes four years after a trial of intensive therapy. **New Engl J Med**, v.342, p.381-389, may. 2000.

IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Campos do Jordão, 2002.

DRAIBE, S.; CENDORONGLO, M. Tratamento conservador da insuficiência renal crônica. **Rev Diagn Tratam**, v.6, p.17-23, nov. 2001.

DREY, N; RODERICK, P.; MULLEE M, et al. A population-based study of the incidence and outcomes of diagnosed chronic renal disease. **Am J Kidney Dis**, v. 42, p.677-684, oct. 2003.

DRUML, W. Nutritional support in acute renal failure. In: MITCH, W.E.; KLAHR, S. (eds). **Nutrition and the Kidney**, 3rd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998, p. 213-236.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 36. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

GAUTHIER, J; HIRATA, M. A enfermeira como educadora. In: SANTOS, I. dos. et al. **Enfermagem fundamental**: realidade, questões, soluções. São Paulo: Atheneu, 2001. p.123-141.

GAUTHIER, J; SANTOS, I. dos. Construindo a sociopoética: pesquisando novos caminhos na produção de conhecimento. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.3, n.2, p. 175-183, out. 1995.

GAUTHIER, J. **Sociopoética** – encontro entre arte, ciência e democracia na pesquisa em ciências humanas e sociais, enfermagem e educação. Rio de Janeiro: Anna Nery / UFRJ, 1999.

GAUTHIER, J. O fundador da sociopoética no mundo. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, 25 de julho de 2004, p.1-2. Disponível em:< <http://www.diariodonordeste.globo.com> > Acesso em:26 de julho de 2004.

GROSS, J.L.; SILVEIRO, S.P.; CANINI, L.H. et al. Nefropatia diabética. In: RIELLA, M.C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, p.597-608.

GROSS, J.L. et al. Consenso: diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito tipo 2. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v.44, n.4 (supl.1), p.1-32, set. 2000.

HEIMANN, J.C.; KRIEGER, J.E.; ZATZ, R. Fisiopatologia da hipertensão arterial. In: ZATZ, R. **Fisiopatologia renal**. São Paulo: Atheneu, 2002, p. 173-188.

IBRAHIM, S.Y. Psiconefrologia: A enfermagem em nefrologia como agente de transformação. In: LIMA, E. X. de. ; SANTOS, I. dos. **Atualização de Enfermagem em Nefrologia**. Rio de Janeiro: Anna Nery / UFRJ, 2004, p.43-68.

K / DOQI Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. **Am Kidney Dis** v.39, n.2, p.1-246, feb. 2002.

KLANG, B.; BJÖRVELL, H.; CLYNE, N. Predialysis education helps patients choose dialysis modality and increases disease-especific knowledge. **J Adv Nursing**, v.29, n.4, p.869-876, apr. 1999.

KOHLMANN Jr, O.; ZANELLA, M.T. Nefropatia diabética – diagnóstico e tratamento. In: AJZEN, H.; SCHOR, N. **Guia de Medicina ambulatorial e hospitalar de nefrologia**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2005, p.359-366.

KOPPLE, J.D.; BERG., R.; HOUSER, H.; et al. Nutritional status of patients with different levels of chronic renal failure. **Kidney Int.**, v. 36 (Suppl. 27):S184-S194, oct. 1989.

LEWIS, E.J.; HUNSICKER, L.G.; BAIN, R.P.; et al. The effect of angiotensin-converting-enzyme inhibition on diabetic nephropathy. The Collaborative Study Group. **N Engl J Med**; v. 329, p.1456- 62, nov. 1993.

LIMA, E. X. de. Atenção de enfermagem em nefrologia clínica e cirúrgica e o cuidar dialógico em transplante renal. In: SANTOS, I. dos et al. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções**. São Paulo: Atheneu, 2004, p.311-340.

MARIANI, E.; FORTES, R. Abordagem preventiva da doença renal crônica. In: LIMA, E. X. de. ; SANTOS, S. I. dos. **Atualização de Enfermagem em Nefrologia**. Rio de Janeiro: Anna Nery, 2004, p.87-120.

MAYEROFF, M. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo**. Rio de Janeiro: Record, 1971. 95p.

MC CLELLAN, W.M.; KINIGHT D.F.; KARP H., et al. Early detection and treatment of renal disease in hospitalized diabetic and hypertensive patients: Important differences between practice and published guidelines. **Am J Kidney Dis**, v. 29, p.368-75, mar. 1997.

MCGONIGLE R.J.; WALLIN J.D.; SHADDUCK R.K.; et al: Erythropoietin deficiency na inhibition of erythropoiesis in renal insufficiency. **Kidney Int**, v. 25, p.437-444, feb. 1984.

MAZZUCHI, N.; SCHWEDT, E.; FERNANDEZ, J.M.; CUSUMANO, A.M.; ANCAO, M.S.; POBLETE, H. *et al.* Latin American Registry of dialysis and renal transplantation: 1993 annual dialysis data report. **Nephrol Dial Transplant**, v.12, p.2521-7, dec. 1997.

MEZZANO, S.; AMAIR, P.; WAGNER, P. **Guías para el cuidado del paciente con insuficiencia renal crónica en etapa de prediálisis**. Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión / Anemia Working Group, 2004.

Ministério da Saúde do Brasil, Programa HiperDia. <http://hiperdia.datasus.gov.br>, 29/03/2004.

National Kidney Foudation. K/ DOQI Clinical Praticce Guidelines for Chronic Kidney Disease: Executive Summary (Diretrizes de Prática Clínica para a Doença renal crônica: Resumo executivo). New York, 2002.

NIELSEN, S. et al. The clinical course of renal function in NIDDM patients with normo and microalbuminuria. **J Intern Med**, v.241, p.133-141, feb. 1997.

OLIVEIRA, N. G. História dos hábitos de higiene no Brasil dos séculos XVIII ao XX. **Revista de História**, v.2, n.2, p.42-58, maio 1991.

OLIVEIRA, T. C. de. et al. Avaliação do processo adaptativo de um idoso portador de hipertensão arterial. **Rev. Latino – am Enfermagem**, v.10, n.4, p. 530-536, jul./ago. 2002.

PACHECO, G. S.; SANTOS, I. Cuidar de cliente em tratamento conservador para doença renal crônica: apropriação da teoria de Orem. **R Enferm UERJ**, v.13, n. 2, p. 257-62, maio/ago. 2005.

PADILHA, M. I.C. de S. ; SILVA, D. M.G. V. da; BORENSTEIN, M. S. Enfermagem ambulatorial – o cliente em condição crônica de saúde. In: SANTOS, I. dos et al. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar**: realidade, questões, soluções. São Paulo: Atheneu, 2004. p.159-180.

PECOITS-FILHO, R. Diagnóstico de doença renal crônica: avaliação da função renal. In: Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Diretrizes de condução de doença renal crônica**. Disponível em: <http://www.sbn.org.br>. Acesso em: 27 de julho de 2004.

PEREIRA, E.R.S.; PASCOAL, I.F.; MION Jr, D. Hipertensão arterial e doença renal parenquimatosa. In: RIELLA, M.C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, p. 769-786.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PETIT, S H; GAUTHIER, JHM; SANTOS, I dos; FIGUEIREDO, N M A . Introduzindo a sociopoética In: SANTOS, I. dos et al. **Prática de Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**: Abordagem Sociopoética. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005, p.1-16.

RIELLA, M. C; MARTINS, C. Manejo e terapia nutricional do urêmico. In: RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, p 843-860.

RITZ, E; TARNG,. Renal disease in type 2 diabetes. **Nephrol Dial Transplant**, 16 (suppl 5): 11-18, jul. 2001.

ROMÃO Jr, J.E. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. In: Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Diretrizes de condução de doença renal crônica**. Disponível em: <http://www.sbn.org.br>. Acesso em: 27 de julho de 2004.

SALAZAR, C. Educación física y recreación. Dos carreras diferentes, pero complementarias. **Revista Educación**, v.20, n.1, p.3-8, out.1996.

SANTOS, I. El Cuidado al Cuidador: La sociopoética sensibilizando la formación en enfermería. Conferência. Anais del II Congreso Nacional de Educación en Enfermería-" El cuidado de enfermería en la formación: Avances y Perspectivas". CDROM. Arequipa-Perú, 2005.

SANTOS, I. dos. A contribuição da sociopoética para a perspectiva estética do cuidar. **Enfermagem Brasil**. v. 4, n.5, p. 47-54, jan. 2005.

SANTOS, I. dos.; GAUTHIER, J. **Enfermagem: análise institucional e sociopoética**. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ,1999.210 p.

SANTOS, I. dos; SANTANA, R.F. ; CALDAS, C.P. Conversando com idosos: o cuidar/pesquisar dialógico e sociopoético. **R. Enferm. UERJ**. v.11, n.3, p. 308-316, set./dez. 2003.

SANTOS, I. dos; GAUTHIER, J; FIGUEIREDO, N. M. A; PETIT, S. H. Prática de Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais: **Abordagem Sociopoética**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005.

SESSO, R. Inquérito Epidemiológico em unidades de diálise do Brasil. **J Bras Nefrol**, v. 22, n.2, p. 23-26, jul. 2000.

Sociedade Brasileira de Nefrologia. Disponível em: <http://www.sbn.org.br>. Acesso em: 27 de julho de 2004.

SMELTZER, S. C; BARE, B. G. Tratamento de pacientes com distúrbios urinários e renais. In: **Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico – cirúrgica**. ____ 9. ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, v. 3, p. 1086-1134.

_____.Histórico e tratamento de Diabetes Mellitus. In: **Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico – cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, v. 2, p. 933-983.

SOBRAL, V.; TAVARES, C. M. M. ; SILVEIRA, M. F. Acolhimento como instrumento terapêutico. In: SANTOS, I. dos et al. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções**. São Paulo: Atheneu, 2004, p.65-70.

TAVARES, A.; RIBEIRO, A. B.; RODRIGUES, C.J.O. Hipertensão arterial – diagnóstico e tratamento. In: AJZEN, H.; SCHOR, N. **Guia de Medicina ambulatorial e hospitalar de nefrologia**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2005, p.171-182.

TEIXEIRA, E.R.; FIGUEIREDO, N. M..A.de. **O Desejo e a necessidade no cuidado com o corpo**: Uma perspectiva estética na prática de enfermagem. Niterói: UFF, 2001. 181 p.

TRENTINI, M; SILVA, D.G.V.; LEIMANN, A. H. Mudanças no estilo de vida enfrentadas por pacientes em condições crônicas de saúde. **Rev Gaúcha de Enferm**, v.11, n. 1, p. 18-28, jan. 1990.

US Renal Data System. Annual data report: atlas of end-stage renal disease in the United States. Bethesda: National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; 2002. Disponível em: <http://www.usrds.org/>. Acesso em: 27 de julho de 2004.

VALLA, V.V.; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, L. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado – as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 2004, p.103-118.

VALLA, V. V. Pobreza, emoção e saúde: uma discussão sobre pentecostalismo e saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**, n.19, p. 66-75, jan/ fev/ mar/ abr 2002.

WHITE, C.A. et al. Pre-dialysis clinic attendance improves quality of life among hemodialysis patients. **BMC Nephrology**, v.3, n.3, p. 1-8, apr. 2002.

ZAWADA JÚNIOR, E. T.; Início da diálise. In: DAUGIRDAS, John T.; BLAKE, Peter G.; ING, Todd S. **Manual de diálise**. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003, p. 3-11.

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
CURSO DE PÓS -GRADUAÇÃO - PROGRAMA DE MESTRADO

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PRÉ-AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DO CLIENTE COM DRC (doença renal crônica)

APRESENTAÇÃO

Solicitamos que o formulário seja respondido para identificarmos seus conhecimentos sobre a doença renal crônica. Suas respostas nos permitirão elaborar um plano para ajudar, esclarecendo e orientando sobre os cuidados que você pode adotar para conviver com essa doença.

INSTRUÇÃO

Por favor, responda o que sabe sobre as perguntas e quando indicado, assinale com um X no parêntese e / ou letra correspondente à sua opção de resposta. Escreva detalhando o que você considera como OUTROS. Caso não entenda a pergunta, avise para que possamos ajudá-lo a escrever sua resposta.

Obrigada por sua atenção,

GILVANICE DE SOUSA PACHECO

1. Como você descobriu que estava com doença renal?

2. O que mudou na sua vida após ter conhecimento sobre a doença?

3. Quando fez exames de saúde, quais alterações foram informadas pelo médico?

- a) Doença nos rins
- b) Diabetes
- c) Pressão alta
- d) Doença no coração

4. Quando a pessoa tem pressão alta (hipertensão), marque o que isto significa para a saúde?

- a) Compromete o coração
- b) Compromete os rins
- c) Pode causar derrame
- d) Não acontece nada

outros: _____

5. O que você sente quando sua pressão arterial está alta?

- a) Tontura
- b) Dor de cabeça
- c) Outra coisa. Descreva: _____

6. Quais medidas de pressão arterial são consideradas como normais?

- a) **130 X 80 mmHg**
- b) **150 X 60 mmHg**
- c) **120 X 80 mmHg**
- d) **Menor que 140 X 90 mmHg.**

7. Marque as opções que indiquem o que você pode fazer para manter sua pressão arterial dentro do limite normal?

- a) **Somente exercício físico**
- b) **Não comer sal**
- c) **Não comer gordura**
- d) **Tomar remédio apenas quando a pressão estiver alta**

8. Você acredita na cura da hipertensão arterial (pressão alta)?

SIM

NÃO

Por que ?

9.

O que você faz para descansar e se divertir (ter lazer)?

10. Você acha que o exercício físico é importante para a sua saúde?

SIM NÃO

11. Você faz algum exercício físico?

SIM NÃO

12. Que exercício físico você faz?

13. Quantas vezes na semana?

14. Quais hábitos de higiene corporal (limpeza da pele, boca, cabelos, pés) você considera que contribuem para seu bem-estar?

15. Marque que tipo de alimentos você utiliza na sua alimentação?

Arroz feijão carne frango peixe frutas verduras legumes macarrão
farinha doces

16. Na doença renal, às vezes o organismo não consegue controlar os níveis de gordura no sangue. O que isto pode ocasionar?

17. Que tipo de doença você pode ter se seu organismo não conseguir controlar as taxas de glicose (açúcar) no sangue?

18. Marque a alternativa que indica o nível ideal de glicemia (açúcar no sangue), quando você está em jejum:

- a) 70-140mg/dl
- b) 80-120 mg/dl
- c) 150-200 mg/dl

19. Caso você tenha hiperglicemia (açúcar alto no sangue) assinale tudo o que pode fazer para controlar esta situação?

- a) Verificar a glicemia capilar diariamente conforme recomendação médica.
- b) Usar os medicamentos prescritos.
- c) Seguir a dieta prescrita pelo nutricionista.
- d) Realizar exercícios físicos regularmente.
- e) Comer doces todos os dias

Descreva outras opções:

20. Você acredita na cura do Diabetes?

SIM

NÃO

Por que ?

21. O que pode lhe acontecer caso tenha diabetes e não consiga controlar esta doença?

22. A anemia pode ocorrer em quem tem doença renal crônica?

SIM

NÃO

23. A doença renal pode ocasionar alguma doença nos ossos?

SIM

NÃO

24. Você acredita que a hipertensão arterial (pressão alta) pode prejudicar os rins?

SIM

NÃO

25. Você acredita que o diabetes pode prejudicar seus rins?

SIM

NÃO

26. Assinale o que você conhece como funções dos rins:

a) Filtração, regulação de substâncias necessárias ao organismo e produção de hormônios.

b) Somente filtração do sangue

c) Somente eliminação de substâncias nocivas ao organismo

27. Assinale quando acontece a doença renal crônica:

a) Quando os rins não filtram as impurezas do sangue e não garantem o equilíbrio de sais minerais no corpo da pessoa.

B) Quando os rins filtram o sangue normalmente.

c) Quando ocorre infecção na urina

┌ Estas perguntas se referem aos assuntos que abordaremos durante o curso. O que você gostaria de saber mais sobre a doença renal crônica ?

APÊNDICE C

FICHA PROTOCOLO

PESQUISA NOS PRONTUÁRIOS DO ARQUIVO MÉDICO DO HUPE/UERJ

NOME:

Nº DO PRONTUÁRIO:

SEXO: F () M ()

IDADE:

PESO:

CREATININA:

DOENÇA DE BASE: HA () DM () RIM POLI () OUTRA:

DIAGNÓSTICO:

CÁLCULO DA FILTRAÇÃO GLOMERULAR (FG):

APÊNDICE D. PLANO DE CURSO

ENCONTROS	ASSUNTOS	OBJETIVOS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS UTILIZADOS	TEMPO
1º Encontro	<p>1. Apresentação do grupo</p> <p>2. Aplicação do formulário de pré -avaliação</p>	<p>1. Promover a integração do grupo</p> <p>2. Avaliar que conhecimentos os clientes possuem a respeito de sua doença e como se cuidam</p> <p>3. Promover a sensibilização dos clientes visando a manifestação de seus anseios e desejos quanto ao autocuidado</p>	<p>1. Dinâmica de apresentação (dinâmica dos balões)</p> <p>2. Leitura para explicação da ficha de pré-avaliação</p> <p>3. Leitura para explicação do formulário específico da pesquisa</p>	<p>1. Cavalete</p> <p>2. Canetas</p> <p>3. Papéis em tiras</p> <p>4. Balões</p> <p>5. Formulário de pré-avaliação</p>	3 h
2º Encontro	<p>1. Noções gerais sobre anatomofisiologia renal</p> <p>2. Mudanças ocasionadas pela D.R.C.</p>	<p>1. Identificar as mudanças ocorridas na vida do cliente com I.R.C.;</p> <p>2. Realizar informações gerais a respeito da D.R.C.;</p> <p>3. Contribuir para o entendimento dos clientes a respeito de sua doença.</p>	<p>1. Dinâmica da modelagem dos rins: sujeitos percebendo a anatomia do rim e sua associação com a doença</p> <p>2. Aula expositiva e dialogada sobre noções de anatomofisiologia renal</p>	<p>1. Cavalete</p> <p>2. Folhas de papel</p> <p>3. Massa de modelar</p> <p>4. Cartolina</p> <p>5. Novelo de lã</p> <p>6. Recipiente plástico</p> <p>7. Pincel atômico</p>	3 h
3º Encontro	<p>1. Noções sobre: hipertensão e diabetes</p> <p>2. Modificações do estilo de vida.</p>	<p>1. Realizar informações gerais sobre: hipertensão, diabetes e importância do uso adequado dos medicamentos e adoção de hábitos de vida saudáveis inclusive higiene corporal, alimentar e mental.</p>	<p>1. Dinâmica do barquinho</p> <p>2. Abordagem dialógica e expositiva sobre hipertensão, diabetes e hábitos saudáveis de vida</p> <p>3. Importância do autocuidado à saúde</p> <p>4. Dinâmica da caixa de presentes</p>	<p>1. Cavalete</p> <p>2. Barquinho de papel</p> <p>3. Caixa de presentes</p> <p>4. Um espelho</p>	3 h
4º Encontro	<p>1. Noções sobre: anemia e doença óssea</p> <p>2. Aplicação do formulário de pós-avaliação.</p> <p>3. Encerramento do curso</p>	<p>1. AVALIAR QUE CONHECIMENTOS OS CLIENTES ADQUIRIRAM A RESPEITO DOS ASSUNTOS ABORDADOS DURANTE O CURSO E O SIGNIFICADO DESTE CURSO PARA ELES.</p>	<p>1. Dinâmica do cesto imaginário;</p> <p>2. Aula expositiva e dialógica sobre: anemia e doença óssea</p> <p>3. Explicação sobre preenchimento da ficha de pós-avaliação.</p>	<p>1. Cavalete</p> <p>2. Canetas</p> <p>3. Formulário de pós-avaliação.</p> <p>4. Uma caixa grande</p>	3 h

APÊNDICE E - QUADROS COM AS DECLARAÇÕES DOS CLIENTES REFERENTES ÀS QUESTÕES SUBJETIVAS DO QUESTIONÁRIO DE PRÉ-ANÁLISE.

Quadro 1: Declarações dos clientes sobre as situações do descobrimento da DRC e as formas do diagnóstico. Ambulatório de Uremia do HUPE/ UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

DECLARAÇÕES DOS CLIENTES	FREQ	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
<p>Com meu médico da diabetes, no exame de sangue, que depois me encaminhou para cá. Fazendo tratamento de HIV, porque estava inchando muito e através dele fui encaminhado para cá. Quando fui ao urologista Quando fui ao reumatologista com doença da gota. Foi no tratamento da cardiologia, nos exames de rotina. Quando fiquei grávida da minha segunda filha, nos exames do pré-natal. Depois do diabetes, eu fiz exame de urina das 24h e a Dr^a falou que acusou. Foi me tratando da pressão. Descobri no posto de saúde no Engenho de Dentro, eu fiz exame de sangue e urina. Descobri me tratando aqui há mais de 20 anos de cálculo renal. Fui à endocrinologista e ela me encaminhou para este ambulatório por causa do exame de urina do vidro pequeno.</p>	22	H.A., DM, endocrinologia, cardiologia, reumatologia, urologia, HIV).	Controle ambulatorial
<p>Com exame de urina e de sangue, há dois anos. Eu fiz um exame chamado urografia. Depois precisei fazer uma cirurgia para retirar um rim. Fiz o exame de ultra-sonografia e descobriu. Fiz vários exames e acusou tumor nos rins. Através de exames médicos específicos (sangue e urina das 24h) A minha mãe faz hemodiálise, fiz exame de sangue e também estava com sangue na urina. O médico pediu um RX e confirmou o problema</p>	20	Sangue, urina, ultra-sonografia e urografia, raio x.	Através de exames laboratoriais e de imagem
<p>Eu sentia fortes dores nas costas e no baixo ventre Hipertensão e dor na coluna Tive problema de cólica e vômito Eu comecei a ter queda de cabelo e dores nas juntas, fui investigar na segunda gravidez quando o bebê morreu, fiquei inchada e sem enxergar. Comecei com dor nas pernas e pressão alta. Por causa da inchação Há três anos quando senti dor ao urinar.</p>	20	Edema, hematúria, hipertensão, dor lombar, dores nas articulações, queda de cabelo, dor nos membros inferiores, disúria.	Através de sinais e sintomas.
<p>Entreí em coma diabético e foi detectado insuficiência renal, depois fui encaminhada para cá. Quando fui internado no hospital IV Centenário, a minha pressão chegou a 25x12, com muita dor de cabeça e urinando sangue e fui informado que estava com insuficiência renal.</p>	5	Crise hipertensiva DM descompensado	Situação de hospitalização
<p>Quando fui operar o túnel do carpo, com exame de sangue. Através de exame de sangue e urina por ocasião de uma lipoaspiração na perna. Quando fui fazer a cirurgia da para-tireóide.</p>	3		Através de exames pré-operatórios

Quadro 2: Declarações dos clientes sobre as mudanças enfrentadas pelos clientes e seus sentimentos após o descobrimento da DRC. Ambulatório de Uremia do HUPE/ UERJ. Rio de Janeiro. Out. 2004 a Jun. 2005.

DECLARAÇÕES DOS CLIENTES	FREQUÊNCIA	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
Tomar remédio na hora certa Passei a ter mais cuidado com os remédios Passei a tomar muitos remédios diariamente Tomo os remédios que eles mandam	8	Tomando medicação	
Só a alimentação (só no sal) Não posso comer várias coisas A dieta mudou Mudou tudo, inclusive a minha dieta (...) Dieta alimentar rigorosa Eu tenho regras para comer e isso me faz muito mal	23	Fazendo dieta	Fazendo regime alimentar ou medicamentoso
Tive que diminuir a quantidade de água ingerida	01	Restrição hídrica	
Eu estranhei muito porque tive que ficar em casa, não trabalho mais. Ter que parar de trabalhar para dar andamento ao tratamento. Fui aposentado por invalidez.	03	Perda da capacidade de trabalhar	Perda de capacidades físicas
Não posso subir escadas, nem carregar peso.	01	Limitação da capacidade física inclusive locomoção	
Antigamente eu andava de salto alto, eu gostava, agora só ando de chinela.	01	Perda da estética e da auto-imagem	
Parei de ingerir bebidas alcoólicas Tive que deixar de fumar e beber bebidas alcoólicas	02	Parando de fumar e/ou beber	Perda do prazer de fumar ou beber
Compra de medicamentos Freqüentar mais o hospital Fazer exame de rotina todo mês	05	Gastos para controlar a doença	Perdas financeiras
Parei de sair Eu gostava de sair, de me divertir, depois da doença o pique acabou. Não posso ir a certos lugares, não posso ir à churrascaria.	03	Perda de atividades de lazer	
A minha filha acha que a doença é banal Até o marido que eu tenho nunca me tratou bem, e depois da doença, piorou. É muito difícil quando agente depende de alguém para fazer a dieta da gente, o preparo que eu recebi sobre dieta a minha esposa não recebeu. Minha esposa não acredita nas orientações da nutricionista e diz que eu não tenho nada.	03	Perda nas relações interpessoais familiares. Conflito na relação familiar devido adesão à dieta prescrita.	Perda nas relações sociais
Agente leva um susto, agente não sabe não entende, meu corpo mudou, eu pesava 55 quilos e devido ao medicamento eu inchei. (...) Eu era gordinho, olha como eu fiquei. Eu pesava 90 quilos agora 60.	02	Preocupando-se com a aparência física e pessoal	Perda da estética corporal e da auto-imagem

Quadro 2 (Cont): Declarações dos clientes sobre as mudanças enfrentadas pelos clientes após o descobrimento da DRC. Ambulatório de Uremia HUPE/ UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

DECLARAÇÕES DOS CLIENTES	FREQ	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
<p>A pressão alterou, eu não tinha pressão alta. As minhas toxinas estão elevadas, eu estou com problema cardíaco (...) Eu sinto dor lombar Eu me senti mais fraca, a P. A aumentou, o colesterol aumentou, tudo descompensou. Tive 2 AVC Perdi um rim Perda da minha visão direita Na minha mente, às vezes eu não me lembro das coisas Mudou tudo porque antes eu tinha saúde e agora não tenho Manter a pressão em níveis normais</p>	12		Lidando com as alterações fisiológicas
<p>(...)É tão chato quando se sabe que vai morrer. Até hoje não acredito na minha doença Em vez de melhorar, minha cabeça piorou, não me conformei, basta o DM, a H.A, agora a DR, já sou cardíaca.</p>	3	Impacto e revolta quanto ao diagnóstico e agravamento de outras doenças	Negação Revolta e conformação doença
<p>Fiquei triste sabendo que terei que fazer DP, mas o que agente pode fazer? (...) Mas dou graças a Deus, é melhor que se estivesse na hemodiálise. Eu estou com problema cardíaco e estou com medo de fazer o cateterismo, perder a função renal devido o contraste e ir para a hemodiálise. Por enquanto eu posso ir para qualquer lugar e fazendo hemodiálise não. Fiquei muito nervosa porque a doutora me falou que eu poderia entrar em hemodiálise, aí eu me desesperei até hoje porque eu prefiro morrer do que fazer isso. A minha doutora mandou eu fazer H.D, mas eu não sinto nada. Um vizinho meu ficou fraco, não agüentou e morreu.</p>	7	<p>Medo do futuro de depender de uma máquina de diálise Desconfiança de mudar de alternativa de tratamento Medo da dependência de determinado tratamento Medo de morrer Preocupação com a morte e com o sofrimento</p>	Ameaça à vida
<p>Não mudou nada Nada, aceitei ela normal, como uma pessoa conformada Não mudou muito porque sou muito tranqüila, tomo os remédios que eles mandam tomar. Nada já fazia dieta antes da DR (diabética) Fiquei desesperada no começo e depois foi passando. Minha vida não mudou em nada, continuei a minha rotina normal.</p>	10	Conformação com a doença.	Diversidade de aceitação da doença
<p>Mudou que passei a crer mais em Deus. (...) acho que é coisa de Deus, as pessoas têm que ficar doentes, é assim mesmo. Eu sou uma pessoa religiosa eu não vou culpar ninguém, porque a culpa é da gente mesmo, não é culpa do médico, não é culpa de ninguém.</p>	02	Visão da doença como punição	Refúgio na crença religiosa

Quadro 3: Declarações dos clientes sobre as atividades de lazer praticadas. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

DECLARAÇÕES DOS CLIENTES	FREQUENCIA	CATEGORIAS
Assistir TV Ouvir rádio (notícia, jogo, música) Ler jornal Ficar no computador Viajar	33	Lazer individual
Ir à igreja Ir à praia Ir à casa dos amigos Frequenter clube no final de semana Ir ao shopping Ir ao show de música Ir ao cinema Jogar buraco na praça Participar do grupo da 3ª idade	19	Lazer coletivo
Sair com a família Ir à casa dos filhos Brincar com os netos Conversar com os netos e filhos	12	Lazer familiar
Andar de bicicleta Pescar Caminhar Dançar (dança de salão, samba).	9	Lazer esportivo
Fazer crochê Bordar Trabalhos manuais Trabalhar com carpintaria	4	Lazer com atividades artesanais
Ficar em casa deitado Dormir	2	Sem lazer ou introspectivo

Quadro 4: Exemplificação dos hábitos de higiene corporal e cuidados com a auto-imagem e auto-estima, considerados importantes para o bem-estar, realizada pelos clientes. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

DECLARAÇÕES DOS CLIENTES	FREQUENCIA	CATEGORIAS
Tomar banho	51	Cuidados com a higiene da pele
Escovar os dentes ou dentadura	34	Cuidados com a higiene bucal
Fazer bochecho	1	
Lavar o cabelo	24	Cuidados com a higiene do cabelo
Cortar o cabelo	4	
Cortar as unhas	24	Cuidados com a higiene das unhas
Limpeza dos pés	3	Cuidados com a higiene dos pés
Usar roupas limpas	3	Cuidado com a auto-imagem e auto-estima
Hidratar a pele	4	
Fazer a barba	3	
Pintar as unhas	3	
Usar perfume	2	
Passar batom	1	
Pentear o cabelo	1	
Pintar o cabelo	1	
Extraír os dentes estragados	1	

Quadro 5: Declarações dos clientes sobre a crença na cura da hipertensão arterial. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

DECLARAÇÃO DOS CLIENTES		REQ	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
IM 17)	<p>Todo remédio que eu tomo é para ficar bom.</p> <p>Faço uso constante da medicação</p> <p>Existem muitos remédios bons</p> <p>Existe remédio e com dieta</p> <p>Porque se seguir a dieta e tomar a medicação fica curado</p> <p>Se a pessoa fizer a dieta direitinho, os exercícios e manter a calma, pois isso influi muito.</p> <p>A pressão alta, de acordo com meus conhecimentos, é provocada pela obesidade e problemas emocionais, se controlar o peso e diminuir os problemas, a pressão volta ao normal.</p> <p>Porque se a pessoa continuar com o tratamento vai ser curada.</p> <p>Porque eu tinha uma pressão sedentária, era alta, e agora está normal.</p> <p>Se a pessoa seguir as orientações, sim, depois de muito tempo.</p>	1	<p>Uso dos remédios</p> <p>Seguir dieta</p> <p>Controle do peso e do estresse</p>	<p>Crença no tratamento para cura</p>
	<p>Porque para Deus nada impossível</p> <p>Porque Deus é poderoso. Toda vez que eu tomo meu remédio eu falo que vou ficar liberta daquele remédio em nome de Jesus.</p> <p>Eu acredito porque sou católica.</p>			<p>Crença religiosa</p>
	<p>Porque pode até matar</p>			<p>Pode levar à morte</p>
	<p>Porque minha médica falou que existe essa possibilidade</p>			<p>Crença no saber da medicina</p>
				<p>Não justificou</p>

Quadro 5 (Cont): Declarações dos clientes sobre a crença na cura da hipertensão arterial. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

DECLARAÇÃO DOS CLIENTES		FREQ	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
33)	<p>Eu acho que a gente consegue controlar. Eu acho que nunca mais ela volta ao normal sem a necessidade do medicamento para controlar.</p> <p>Porque eu acho que é uma coisa variável, tudo que tem oscilação na vida da gente não tem cura. Pode controlar, mas curar não.</p> <p>Acredito em manter no limite. Acredito no controle da hipertensão. Não tem cura só controle para manter a vida.</p>	12	<p>Tratamento para manter a vida</p> <p>Dependência do medicamento</p> <p>Doença que oscila não tem cura</p>	Só controle
	<p>Porque faço tratamento há dezoito anos anos.</p> <p>Pelo tempo que já tenho ela alta, há vinte anos, eu acho que não.</p> <p>No meu caso pela idade.</p> <p>Eu já tenho isso há muitos anos, se eu tivesse que me curar já teria me curado, tomo tanto comprimido.</p> <p>Eu já tomo remédio há mais de trinta anos.</p> <p>Conforme o tempo vai passando e o problema de saúde for aumentando a pressão alta continua.</p> <p>Já fiz dieta, tomo remédio e continuo com a pressão alta.</p>	9	<p>Idade avançada</p> <p>Uso de diversos medicamentos</p> <p>Realização de dieta</p>	Longo tempo de acometimento pela doença
	<p>Porque quando se é hipertenso vai ser por toda vida.</p> <p>Não existe cura, vira crônica.</p> <p>Isso não tem cura.</p>	4		Doença crônica
	<p>Eu não conheço nenhum caso.</p> <p>Porque até hoje ainda não vi ninguém ser curado, a pessoa tenta, mas não consegue.</p> <p>Eu sempre ouço alguém dizer que não tem cura.</p>	3		Desconhece exemplos de cura
	<p>Por causa do ritmo da pessoa, um dia a pressão está alta e outro está baixa.</p> <p>Depende do estado e/ou situação de estresse do paciente, situação financeira e a violência urbana.</p>	2	<p>Controle do estresse</p> <p>Situação financeira</p>	Ritmo de vida

	Porque se for hereditária vai passando para o outro, igual a mim. A minha família toda tem e ninguém foi curado.	1		Doença hereditária
		2		Não justificaram
ão sabe		1		Sem resposta

Quadro 6: Declarações dos clientes sobre a crença na cura do diabetes melitus. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

DECLARAÇÃO DOS CLIENTES		FREQ	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
IM 15)	<p>Caso o tratamento seja levado a sério e contínuo.</p> <p>Porque tem muitos remédios e médicos bons.</p> <p>Porque se a pessoa fizer a dieta certa e exercícios, tem cura.</p> <p>Se a pessoa fizer certinho todas as orientações eu acho que fica boa sim.</p> <p>Eu acredito que tudo que se faz é para ficar curado.</p>	7	<p>Uso dos remédios</p> <p>Seguir dieta</p> <p>Prática de exercícios físicos</p> <p>Bons médicos</p>	Crença no tratamento para cura
	<p>Porque com os novos tratamentos com células tronco que estão acontecendo as esperanças são grande.</p> <p>Porque existe a pesquisa com células tronco.</p> <p>Pode aparecer remédio que cure.</p>	3	<p>Pesquisas com células tronco e novas drogas</p>	
	<p>Deus cura todos aqueles que tem fé nele</p> <p>Porque depende da pessoa pedir a Deus com fé, fazendo a dieta e tomando medicamentos</p>	2		Crença religiosa
	<p>Tem gente que fala que já teve diabetes e ficou boa.</p> <p>Já conheci uma pessoa que tinha e ficou curada.</p>	2		Referência de terceiros
			1	

Quadro 6 (Cont): Declarações dos clientes sobre a crença na cura do diabetes mellitus. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

DECLARAÇÃO DOS CLIENTES		FREQ	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
N ÃO (34)	<p>É difícil, acho que pode ir controlando.</p> <p>Porque fazendo o tratamento com certeza vai controlar.</p> <p>Agente pode controlar ela, mas qualquer bobeira que agente coma a mais pode piorar.</p> <p>Porque é que nem a hipertensão, tem controle mas não cura.</p>	3	1 Tratamento para manter a vida Doença que oscila não tem cura	Só controle
	<p>Porque já sou diabético há vinte e cinco anos.</p>	2		Longo tempo de acometimento pela doença
	<p>É crônico, eu nunca vi a cura do diabetes</p> <p>Por tornar-se doença crônica,devemos controla-la.</p>	3		Doença crônica
	<p>Porque até agora a gente não vê ninguém se curar. Às vezes a pessoa pára de tomar remédio porque achaque está curado,aí entra em coma.</p> <p>Até agora ainda não vi ninguém ficar curado.</p> <p>Pode melhorar um pouco, mas curar não. Eu ouço tantos casos no rádio.</p> <p>Eu tenho um irmão que está assim e está cada vez pior. Eu nunca vi ninguém falar que se curou.</p> <p>Parece que a medicina descobriu as células tronco, mas não conheço nenhum caso.</p>	9		Desconhece exemplos de cura
	<p>Porque a pessoa pode não seguir a dieta e descontrola tudo</p>	1		Não adesão ao tratamento
	<p>Já vi tantos colegas meus morrerem novos, de diabetes.</p>	1		Pode levar à morte

	A ciência ainda não inventou a cura	2		A ciência ainda não descobriu
		3		Não justificaram
Não sabe		2		Sem resposta

Quadro 7: Questionamentos dos clientes sobre outros assuntos relacionados à DRC não citados no questionário. Ambulatório de uremia HUPE/UERJ. Rio de Janeiro. Outubro de 2004 a Junho de 2005.

PERGUNTAS DOS CLIENTES	FREQ	CATEGORIAS
Gostaria de saber se a doença renal pode estagnar totalmente. Gostaria de saber se agente se cura desta doença Gostaria de saber se posso ter melhora Gostaria de saber se não tem um remédio para combater diretamente a doença. Há dois anos eu só faço dieta e acho isso muito lento, não tem condição, só dizem que você não vai ficar bom, que não tem cura. Gostaria de saber se as células tronco embrionárias poderiam corrigir esta parte de filtração dos rins. Porque os cientistas não usam as células tronco para resolver a doença renal? Eles têm que ver esse lado dos rins, eu não me preocupo comigo, mas com as gerações seguintes, porque eles têm o poder e eu tenho fé em Deus que eles vão conseguir.	5	Possibilidade de cura
Qual a causa da doença renal? Gostaria de saber se a doença renal pode ser hereditária. Gostaria de saber como ela ocorre e o que pode acontecer com a pessoa que tem a doença. Gostaria de saber porque agente fica doente dos rins. Porque ocorre cistos nos rins?	5	Causas
Gostaria de saber tudo que se refere a esta doença	4	Tudo
Gostaria de saber se tenho problema renal, porque eu urino normalmente. Quando os rins estão ruins, dizem que ele filtra só o líquido e não a massa da comida, o que ele faz com a massa da comida?	2	Funcionamento dos rins
Quando ocorre o tratamento através de drágeas e em que estágio utiliza-se a insulina? Existe aparelho aplicado ao corpo do paciente que injete insulina na quantidade necessária ao suprimento do pâncreas?	1	Uso de medicamentos
Gostaria de saber mais sobre anemia, qual a origem dela. Que outras doenças trás e se pode parar os movimentos?	3	Complicações
Gostaria de saber se uma pessoa pode viver bem com um rim. Qual a diferença entre diálise e hemodiálise?	2	Terapias de substituição renal
Não se lembra no momento ou sem perguntas além dos assuntos abordados no questionário	29	Satisfeitos com o questionário

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](#)