

INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA: ANÁLISE DO BINÔMIO ENFERMEIRO-PORTADOR DE IRC

Stéfany Marques de Azevedo

Acadêmica do 8º Período do curso de Enfermagem – ISECENSA/RJ
stefanymarques.sma@gmail.com

Aline Siqueira de Azevedo

Especialista em Enfermagem Intensivista – UERJ/RJ
enfsiqueira@gmail.com

Letycia Sardinha Peixoto Manhães

Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde – UFF/Niterói
letyciasardinha@gmail.com

RESUMO

A Insuficiência Renal Crônica é uma doença assintomática que pode acompanhar o indivíduo por muitos anos e só se manifestar quando ele já perdeu quase totalidade de funcionamento dos dois rins, em torno de 80% de perda, sem condições de reversão do quadro. A assistência de Enfermagem ao portador de IRC deveria seguir um fluxo entre os diferentes serviços e níveis de complexidade, através do sistema de referência e contra referência, constituídas pela rede básica de saúde, ambulatórios especializados em nefrologia e assistência de emergência. Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial de caráter descritivo-exploratório e abordagem qualitativa. Os dados extraídos do questionário de caracterização e entrevista foram analisados com Discurso Sujeito Coletivos. O seguinte estudo tem como objetivo analisar o binômio Enfermeiro-Paciente portador de IRC frente às complicações da doença, neste sentido foi realizado esse estudo buscando entender os aspectos que podem levar esse portador de IRC a um possível agravo, proporcionar melhor entendimento para portador de IRC e para equipe de Enfermagem que exerce um contato direto ao tratamento, visto que um dos principais fatores é a rejeição ao tratamento por não conhecer a própria doença. Visto isso, entende-se que é mister a missão da enfermagem, para que estes possam aumentar o nível de conhecimento sobre sua doença.

Palavra-chave: Assistência de Enfermagem; IRC; Complicações;

ABSTRACT

The chronic renal failure is an asymptomatic disease that may accompany the individual for many years and only manifest when he has lost almost all of functioning of the two kidneys, about 80% loss, without the frame reversal of conditions, leading the patient. Today dialysis search reverse the uremic symptoms, reduce long-term complications, decrease the risk of flow between the different services and levels of complexity, through the reference and counter reference, comprised of the basic health services, specialized clinics in nephrology and emergency assistance. The following study aims to analyze the binomial Nurse-Patient front IRC carrier to complications of the disease, in this sense should this study was conducted in order to understand the aspects that can lead this IRC carrier to a possible injury, provide a better understanding for carrier IRC and nursing staff that have a direct contact to treatment, since one of the main factors is the rejection of treatment by not knowing the disease itself.

Keyword: Nursing Care; IRC; Complications;

1. INTRODUÇÃO

A Insuficiência Renal Crônica é uma doença assintomática que pode acompanhar o indivíduo por muitos anos e só se manifestar quando ele já perdeu quase totalidade de funcionamento dos dois rins, em torno de 80% de perda, sem condições de reversão do quadro, levando o doente à necessidade de um tratamento substitutivo do rim. A diálise por sua vez é um tratamento complexo que deixa o paciente bastante debilitado e pode levar a muitas complicações (BREITSAMETER et al., 2012).

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma doença de elevada morbidade e mortalidade. O custo elevado para manter pacientes em tratamento renal substitutivo (TRS) tem sido motivo de grande preocupação por parte de órgãos governamentais, que em nosso meio subsidiam 95% desse tratamento (SESSO & GORDAN, 2015).

Para compreender a IRC, importante epidemia deste século, é necessário integrá-la à abordagem das doenças crônicas como: *Diabetes Mellitus* (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), e ao aumento global da expectativa de vida da população. A maioria dos portadores de Doenças Renais Crônicas (DRC) vai a óbito por doença cardiovascular ou para uma das modalidades de terapias renais substitutivas (TRS), como a hemodiálise (HD), a diálise peritoneal (DP) e o transplante renal (LEVEY et al., 2012).

No Brasil, de 2004 a 2012, houve um aumento da prevalência de 59.153 usuários em programas de diálise para 91.314, segundo censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). A incidência anual estimada de doentes renais em TRS é de 8% e aproximadamente 90% desses pacientes ingressam em programa de Hemodiálise (HD), estando 85% deles em unidades conveniadas do Sistema Único de Saúde (SUS) (JUNIOR et al., 2013).

Baseado no censo realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia cerca de 49.000, pacientes encontravam-se em tratamento dialítico no Brasil ao final do ano de 2012. A incidência, ou seja, o número de pacientes que entram em diálise por ano, é estimado em 70 por milhão, o que indicaria uma entrada de 11.900 pacientes novos por ano em tratamento dialítico. Estes dados revelam que no Brasil possivelmente um grande número de pacientes não está sendo identificado a tempo de receber o tratamento indicado (MATOS & LUGON, 2014).

A diálise substitui duas importantes funções renais: a remoção de solutos e a remoção de líquido, mas não substitui a função endócrina, e, portanto, não controla distúrbios como o hiperparatireoidismo secundário, a osteodistrofia e a anemia. Na hemodiálise, a remoção de solutos ocorre predominantemente por difusão, que se refere ao movimento de solutos do compartimento sanguíneo para o compartimento de dialisado, através de uma membrana semipermeável (MATOS & LUGON, 2014).

Em contraste com outras formas de insuficiência terminal de órgãos, a insuficiência renal é singular pelo fato de dispor de três modalidades de terapia. Além do tratamento etiológico, o tratamento de pacientes com insuficiência renal deve ser centrado no estabelecimento de dieta hipoprotéica e uso de medicamentos. Nos primórdios da diálise poderia ser razoável ter como objetivo evitar a morte por hipervolemia ou hiperpotassemia, hoje o tratamento dialítico busca reverter os sintomas urêmicos, reduzir as complicações em longo prazo, diminuir o risco de mortalidade, melhorar a qualidade de vida e promover a reintegração social do paciente (MATOS & LUGON, 2014).

Há, ainda, problemas no encaminhamento dos pacientes para atendimento especializado, aumentando a necessidade de diálise de urgência e de internações hospitalares. A rede de apoio a pacientes em HD deveria atender as demandas de complicações infecciosas, cerebrovasculares, entre outras, e intervir na qualidade de vida dos indivíduos, melhorando o prognóstico global da IRC, o que nem sempre se consegue pelo baixo financiamento do SUS (BASTOS & KIRSZTAJN, 2011).

A assistência de Enfermagem ao portador de IRC deveria seguir um fluxo entre os diferentes serviços e níveis de complexidade, através do sistema de referencia e contra referencia, constituídas pela rede básica de saúde, ambulatórios especializados em nefrologia e assistência de emergência. Porém, a cultura relacionada à saúde, no Brasil, leva a população a inverter esse fluxo, buscando o atendimento primário diretamente em emergências e hospitais especializados em Tratamento substitutivo (LIMA & SANTOS, 2014).

Nesse contexto cabe ao enfermeiro que trabalha em hemodiálise não apenas realizar as funções administrativas e assistenciais, sendo necessário também realizar as funções educativas e de pesquisa, para tentar suprir as lacunas que as unidades básicas deixam em meio ao tratamento. Dentre as funções assistenciais destacam-se: orientar pacientes renais e seus familiares quanto ao autocuidado e tratamento dialítico; assistir o paciente em tratamento dialítico mediante elaboração do processo de enfermagem; prevenir, identificar e tratar complicações intradialíticas em conjunto com a equipe médica; estabelecer normas e rotinas para prevenção e controle de infecções hospitalares na unidade de diálise, entre outras inúmeras funções (FAVA et al., 2010).

O presente estudo objetiva analisar o binômio Enfermeiro-Paciente portador de IRC frente às complicações da doença, identificar o papel do enfermeiro frente à adesão terapêutica no processo de educação em saúde e Desenvolver estratégia de educação em saúde com o binômio paciente portador de IRC - Enfermeiro.

2 METODOLOGIA

2.1 Tipos de Pesquisa

Consiste em uma Pesquisa Convergente Assistencial de caráter descritivo-exploratória com abordagem qualitativa, com levantamento bibliográfico de materiais disponíveis no endereço online da Biblioteca Virtual de Saúde, considerando como instrumento relevantes artigos científicos e teses e dissertações. Em idioma português e Inglês.

O estudo foi desenvolvido com a utilização da PCA (Pesquisa Convergente Assistencial). A abordagem da PCA tem a tipicidade que exige ações conjuntas de pesquisa e de assistência de modo a direcionar o pesquisador para a resolução de problemas e ou introdução de inovações nas práticas de saúde, além de dar respaldo para construções teóricas expressivas ao cotidiano das situações pesquisadas (TRENTINI & PAIM, 2010).

A pesquisa qualitativa, no entanto, trata-se de uma atividade da ciência, que visa a construção da realidade, mas que se preocupa com as ciências sociais em um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo de crenças, valores, significados e outros construto profundos das relações que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2012).

A pesquisa exploratória estabelece critérios, métodos e técnicas para a elaboração de uma pesquisa e visa oferecer informações sobre o objeto desta e orientar a formulação de hipóteses. Visa à descoberta, o achado, a elucidação de fenômenos ou a explicação daqueles que não eram aceitos apesar de evidentes. A exploração representa, atualmente, um importante diferencial competitivo em termos de concorrência (TRIVIÑOS, 2010).

A pesquisa qualitativa é predominantemente descritiva. Os dados coletados são mais uma forma de palavras ou figuras do que números. Estes dados incluem entrevistas transcritas, notas de campo, fotografias, produções pessoais, depoimentos ou outra forma de documento. O pesquisador qualitativo tenta analisar os dados em toda sua riqueza, respeitando, no possível, a forma de registro ou transcrição. Na abordagem

investigativa de âmbito qualitativo nada é trivial, toda manifestação tem potencial para fornecer pistas importantes na construção e compreensão do fenômeno estudado (TRIVIÑOS, 2010).

2.2 Local do estudo

Os dados foram coletados no centro de hemodiálise do Hospital Geral Dr. Beda, cujo estabelece um convênio com o Sistema Único de Saúde. O local foi escolhido pela grande concentração da população alvo, viabilidade da investigação e por fim, acessibilidade.

O hospital Geral Dr. Beda foi inaugurado em 1993, ampliando a experiência do Grupo IMNE na área da saúde. Equipes de profissionais altamente capacitados e tecnologia de ponta fazem da instituição um centro de excelência modernos padrões de hotelaria hospitalar são características do Dr. Beda, associando conforto e praticidade. A diversa especialidade médica fazem do hospital o principal centro de referencia da medicina moderna do estado. Possui centros especializados em cardiologia, Oncologia, Nefrologia, Neurologia e Oftalmologia, entre outros, atendendo a pacientes do Norte - Noroeste e Sul do Espírito Santo. Que é localizado na rua: Saldanha Marinho, 422, Campos dos Goytacazes - RJ.

2.3 Amostra

A amostra foi composta por Enfermeiros e Pacientes Portadores de IRC, para que fosse possível analisar o binômio Portador de IRC — Enfermeiro de acordo com os objetivos. O centro de hemodiálise do Hospital Geral Dr. Beda conta com um número de enfermeiros igual a de quatro e um número de pacientes igual cento e trinta e sete onde foram convidados a fazer parte do estudo aqueles que se encaixaram nos critérios.

2.3.1 Seleção de Enfermeiros

Atenderam os seguintes critérios de inclusão: Atuar no setor de hemodiálise do Hospital Geral Dr. Beda, tendo contato com os pacientes que utilizam esse tratamento. Foram excluídos os enfermeiros que não concordaram participar ou que estavam em período de férias ou licença.

2.3.2 Seleção de Pacientes

Os pacientes atenderam os seguintes critérios de inclusão: Ser portador de IRC em uso do tratamento de Hemodiálise, com idade entre 30 a 60 anos e que aceitaram participar do estudo. Excluiu-se da pesquisa os portadores de IRC que realizam a Dialise Peritoneal, pois é um procedimento realizado a domicílio, e não se portou acessibilidade a esse procedimento.

2.4 Coleta de dados

Instrumentos utilizados na coleta de dados:

Formulário de Caracterização: Foi elaborado um formulário de caracterização dos sujeitos da pesquisa para ambos os sujeitos, que estão anexados ao final do projeto como (apêndice A) para os portadores de IRC e (apêndice C) para os enfermeiros. Contendo perguntas abertas e fechadas de identificação da amostra, caracterizando gênero, idade, tempo de trabalho, entre outras.

Entrevista: Foi elaborado um roteiro de entrevista que foi direcionado aos pacientes portadores de IRC (apêndice B) Contendo perguntas abertas e fechadas referentes a historia da doença pregressa, o significado do tratamento de Hemodiálise na sua vida, o grau de conhecimento da própria doença, entre outros. E aos enfermeiros (apêndice D) contendo perguntas abertas referentes à assistência prestada ao portador de IRC, a realização de educação em saúde no setor, entre outras. O roteiro se constituiu de maneira a permitir a flexibilidade nas conversas e absorver novos temas e questões trazidas pelo interlocutor.

Os dados foram coletados no período de dois meses (abril e maio) que ocorrerá respeitando a jornada de trabalho de cada enfermeiro e os horários dos pacientes.

A amostra foi identificada numericamente com prefixo Enf.(Enf.1, Enf.2... Enf.4) para o sujeito enfermeiro e com prefixo P.(P.1, P.2... P.67) para o sujeito paciente. A fim de resguardar o anonimato dos participantes.

2.5 Análises de Dados

Os dados foram analisados com base no referencial teórico de Lefèvre (2014) dispostos de acordo com a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Este método tem como proposta contemplar o pensamento, o sentido e o posicionamento de pessoas sobre determinados assuntos, revelados durante entrevistas e consolidados em forma de discurso coletivo (LEVRÉFE, 2014).

Para produção do DSC são utilizadas quatro figuras metodológicas: Expressão-Chave (ECH) formada por trechos dos depoimentos que revelem a essência do conteúdo das representações; Ideia Central (IC) que é a expressão linguística que descreve o sentido presente nos depoimentos; Ancoragem (AC) é uma afirmação redigida de forma positiva e que represente a ideia básica que sustenta o discurso, ou seja, revela a Representação Social daquilo que está sendo pesquisado.

Após a análise de dados foi construída uma cartilha educativa voltada para esclarecimento da IRC e da hemodiálise identificados nos depoimentos colhidos. A Examinadora retornou ao cenário de estudo para realizar uma oficina de Educação em Saúde voltada para o papel do enfermeiro visando promoção, prevenção e recuperação da saúde do paciente portador de IRC.

2.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

Segundo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido e, no caso de crianças e adolescentes ou legalmente incapaz também do assentimento dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa. Os referenciais seguidos na Resolução são os da “bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado”.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto Superior de Ensino CENSA (CEPISECENSA), que encontra se no endereço: Rua Salvador Correa, 139, Centro - CEP 28035-310, Campos dos Goytacazes, RJ no dia 28/11/2014 sob o número de CAAA 38608414.5.0000.5524.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi constituída por 67 pacientes Portadores de Insuficiência Renal Crônica e 4 Enfermeiros que atuam na instituição selecionada. Os resultados serão discutidos e analisados separadamente, para melhor entendimento do estudo.

3.1 Caracterização dos Portadores de IRC

Os dados Sócios demográficos apresentados a seguir, são referentes às seguintes variáveis: faixa etária, sexo, raça, estado civil, escolaridade, renda, profissão e município em que reside e profissão, a fim de conhecer melhor os entrevistados, nos auxiliando no entendimento dos resultados extraídos. De acordo com a caracterização sócia demográfica destacaram-se os seguintes resultados (Tabela 1):

Observa-se que o percentual de indivíduos com idade superior aos 40 anos chega a mais de 49%. Sobre tal aspecto Kusumota (2012), afirma em seu estudo que o envelhecimento populacional compõe um dos principais fatores que justificam o crescimento de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. Isso porque o organismo está mais debilitado com a idade aumentada.

Tabela 1- Caracterização Sócia Demográfica dos Portadores de IRC

Características	Especificações	N	%
IDADE	30 a 40 anos	10	15
	41 a 50 anos	33	49,21
	51 a 60 anos	24	35,82
GÊNERO	Mulher	30	44,77
	Homem	37	55,22
ESTADO CIVIL	Solteiros	25	37,31
	Divorciados	16	23,88
	Casados	15	22,38
	Viúvos	11	16,41
ESCOLARIDADE	Analfabetos	16	23,2
	1º grau completo	30	47,1
	2º grau completo	20	30,2
	3º grau completo	1	1
RENDA	Menos de 1 salário	0	0
	1 a 2 salários	62	92,53
	3 a 4 salários	5	7,46
MUNICIPIO	Campos dos Goytacazes RJ	23	26,56
	Outros Municípios	44	73,04
PROFISSÃO	Aposentado	65	97,01
	Assistente de Dentista	1	1,49
	Engenheiro Civil	1	1,49
TOTAL		67	100

Fonte: Dados da pesquisa – Autoria Própria (2015).

Quanto ao gênero observou-se que 37 (55%) eram masculinos e 30 (44%) eram femininos. Assemelha-se aos resultados de Medeiros (2011), a pesquisadora ao avaliar os pacientes de um centro de tratamento hemodialítico verificou que 53% de seu estudo eram compostos pelo sexo masculino e a outra parte 40% pelo feminino, associando a prevalência de doenças cardiovasculares e renais no sexo masculino.

Ao verificarmos o estado civil dos entrevistados 25 (37%) informaram ser solteiros, 16 (23%) divorciado, 15 (22%) casados, e 11 (16%) viúvos. Acredita-se que o apoio de um companheiro (a) é fundamental para uma boa aceitação e incentivo no tratamento. Nesse contexto Sousa (2012), descreve em seu estudo que esse é um aspecto de grande importância para um bom tratamento e aceitação da doença, tendo em vista que o Portador de Insuficiência Renal necessita contar com o apoio permanente de um companheiro e familiares para estimular o seu tratamento.

Quanto a escolaridade verificamos que 16 (23,2%) relataram não ser alfabetizados, 30 (47%) adquiriam ensino fundamental completo, 20 (30%) ensino médio completo e 1 (1%) informou ter ensino superior completo. Nota-se que quanto à escolaridade a maioria dos participantes do estudo apresenta nível de escolaridade insatisfatório, tal aspecto pode interferir no bom prognóstico do tratamento, pois se acredita que indivíduos com nível escolar maior são melhores de compreender sobre a importância do tratamento e dos cuidados que um paciente renal deve ter. Frazão, Ramos e Lira (2011), destacam em seu estudo que a baixa escolaridade torna difícil a compreensão a respeito da doença para o paciente, então cabe ao profissional adequar a linguagem para assimilação das informações.

No que se refere à renda familiar 62 (92%) relatou possuir renda de 1 a 2 salários mínimos e 5 (8%) de 3 a 4 salários mínimos. Nota-se quanto a renda familiar que apenas 5 indivíduo relatou ter renda familiar superior a 2 salário mínimos, em comparação ao restante da amostra acredita-se que a renda familiar pode interferir na qualidade de vida do indivíduo, por ser uma doença crônica e que requer cuidados contínuos com a saúde apresentando vários gastos com tratamentos secundários, além da locomoção da residência até o centro de hemodiálise. Pessoas com baixo nível socioeconômico têm maior probabilidade de se abater aos cuidados preventivos, dificultando a detecção precoce da doença renal e do acesso às terapias reabilitadoras da saúde. Em média, quanto melhor a situação econômica, melhor é a saúde do indivíduo (VASCONCELOS et al., 2013).

Questionados sobre o município onde residem 23 (26%) informaram que moravam na cidade de Campos dos Goytacazes - RJ, e 44 (73%) são provenientes de outros municípios circunvizinhos ao município de Campos dos Goytacazes - RJ. A busca por tratamento na cidade citada se dá por conta da localização estratégica do centro de hemodiálise e por ser referência no atendimento prestado à população da cidade, portanto atende não apenas aos indivíduos do município, mas também as pessoas de cidades próximas, que buscam tratamento pelo SUS.

Sobre a profissão/ocupação 65 (97%) relataram ser aposentado e 2 (3%) permanecem na suas atividades profissionais. Quando foi questionado sobre suas atividades profissionais e de lazer e recreação todos os entrevistados afirmaram que a hemodiálise interfere diretamente nessas atividades, trazendo limitações e impossibilidades na vida diária. Godoy, Neto e Ribeiro (2015) afirmam em seu estudo que a insuficiência renal possui comportamento marcante e decisivo no comportamento dos agentes econômicos no mercado de trabalho, contribuindo assim para a redução da jornada de trabalho, como também diminuição do salário nos indivíduos acometidos.

3.1.1 Discursos do Sujeito Coletivo: Portador de IRC

Conforme os objetivos propostos neste estudo, a pergunta inicial dirigida aos portadores de IRC buscou extrair o nível de conhecimento sobre sua patologia, visto que o conhecimento influencia diretamente na aceitação do tratamento e credibilidade em sua recuperação. Os depoimentos individuais constituíram os discursos, de onde emergiram três Ideias Centrais (IC): (1) Patologia onde ocorre a falência do órgão. (2) Patologia, que proporciona a Paralisação temporária dos dois Rins e (3) A nossa doença é a falta de orientação.

A metodologia utilizada permitiu que os Portadores de IRC, quando questionados, pudessem expressar o que eles entendiam sobre sua patologia. A ideia central (1) "Patologia que proporciona a

Paralisação temporária dos dois Rins”, representa a essência dos discursos dos portadores de IRC, com relação à compreensão dos mesmos sobre a Insuficiência Renal Crônica.

O Ministério da saúde (2015) define a Insuficiência Renal Crônica como lesão renal e perda progressiva e irreversível das funções renais (glomerular tubular e endócrina). Em sua fase mais avançada os rins não conseguem manter a normalidade do meio interno do paciente. A IRC é dividida em seis estágios funcionais de acordo com o grau de função renal do paciente. Estes estágios compreendem desde a fase zero onde estão incluídos os indivíduos que não apresentam lesão renal e mantêm sua função renal normal, porém se encaixam dentro do grupo de risco, até a fase cinco que inclui o indivíduo com lesão renal e insuficiência renal terminal ou dialítica.

Aderir e Entender a patologia significa aceitar a terapêutica proposta e segui-la adequadamente, mesmo que vários fatores interfiram diretamente nesse percurso, como: características terapêuticas, as peculiaridades do paciente, aspectos do relacionamento familiar, papel social, confiança na equipe multidisciplinar, variáveis econômicas, psicológicas, nutricionais e culturais, esquema terapêutico complexo, duração do tratamento, dentre outros.

Quadro 1- Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo em relação ao questionamento: Você sabe o que é Insuficiência Renal Crônica?

Ideia Central - 1	DSC (1)
Patologia onde ocorre falência do órgão.	<i>[...] quando ocorre a falência dos dois rins [...] (P.24) [...] acontece dos rins ficar sobrecarregado e parar de funcionar de vez [...] (P.05,P.09,P.32); [...] meus rins não funcionam mais, preciso de transplante.(P.1,P.7,P.33,P.46,P.24);</i>
Ideia Central - 2	DSC (2)
Patologia, que proporciona a Paralisação temporária dos dois Rins.	<i>[...]é a paralisação temporária dos dois rins[...] (P.24,P.60,P.34) ; Quando os rins resolvem parar de filtrar o sangue por um tempo ,precisando estar aqui na maquina [...] (P.30,P.12) ; [...] falta muita explicação sobre nossa doença, na realidade ninguém aqui sabe ao certo o que acontece com o corpo ,eu sei que o rins para de funcionar por um tempo [...] (P.5) ; [...]quando estou aqui na maquina é a hora que meu rins não estão funcionando, quem está trabalhando para mim é ela [...] (P.49,P.21,P.13,P.2,P.24).</i>
Ideia Central - 3	DSC(3)
A nossa doença é a falta de orientação.	<i>[...] a nossa doença não está ligada só aos rins, estamos doentes de conhecimento, a nossa doença é a falta de explicação, orientação. [...] (P.35).</i>

Fonte: Dados da pesquisa – Autoria Própria (2015).

O discurso Coletivo dos portadores de IRC se apresenta como uma alavanca, um "motor propulsor" que conduz e que direciona as ações positiva para adesão do tratamento, visto que o conhecimento sobre a patologia favorece ao indivíduo e pode representar uma sessão de hemodiálise com menor risco de intercorrências e aprimoramentos do bem-estar físico, social e psicológico.

Reafirmando em um estudo de Costa (2012), onde afirma que o vinculo instituído entre o baixo nível de escolaridade com a aceitação da doença e credibilidade de sua recuperação, devido ao comprometimento da aprendizagem, pois a complexidade da terapêutica exige dos doentes habilidades cognitivas, muitas vezes, não alcançadas por ele.

Em uma das citações o entrevistado (P.24) conceituou corretamente a Insuficiência Renal Crônica como sendo "... quando ocorre a falência dos dois rins [...]", e citou "precisar de transplante" como recuperação da doença. Outros entrevistados (P.05,P.09,P.32) referiu que Insuficiência Renal Crônica é "a sobrecarga dos rins, não suportando até a paralisação...".

A Ideia Central (2) e a Ideia Central (3) que tem como significado: "Patologia que proporciona a paralisação temporária dos dois rins" e " A nossa doença é a falta de orientação" em uma análise ,foi possível perceber que a maioria apresenta uma compreensão fragilizada no que diz respeito ao conceito de sua patologia, refletem a pouca aproximação estabelecido com o conhecimento.

Dentre os discursos dos participantes do estudo, dois apresentaram um discurso que revela uma compreensão distorcida do contexto patológico, ao afirmar: "Quando estou aqui na maquina é a hora que meus rins não estão funcionando, quem está trabalhando para mim é ela" (P.49,P.21,P.13,P.2,P.24). Um falso congoçamento sobre sua funcionalidade renal, resultante da falta de esclarecimento, não só realizados na admissão do paciente, mas, durante toda a permanência devendo ser empregados também ao núcleo familiar.

Dessa forma, os resultados revelam que a compreensão dos pacientes participantes do estudo traduz um baixo conhecimento, na qual a abordagem sobre a patologia, recuperação e cuidados tem sido pouco expressivo. O déficit de conhecimento como predito na progressão da doença renal foi à classe numericamente mais representativa do estudo. Godoy et al.(2015) conclui no seu estudo que a carência de informação sobre a doença e o tratamento pode ser um reflexo do baixo nível socioeconômico e da escolaridade da amostra em questão. Assemelhando aos resultados dessa pesquisa (tabela 1), uma vez que os usuários mostraram dificuldade em definir o aspecto citado.

Outro ponto relevante foi o desconhecimento da importância do controle da HAS e da DM para prevenção da progressão da doença renal. É conhecida a participação das doenças de base no desenvolvimento desta patologia, havendo deficiência em trabalhos preventivos com grupos populacionais de risco. Essa realidade brasileira mostra a necessidade de enfoque maior na educação em saúde visando à redução da incidência das doenças crônicas. (ARAÚJO et al. 2013)

No tocante as questões sobre as etiologias de base associadas à perda das funções dos nefros em longo prazo, como DM e/ou HAS, foram interrogados sobre a existências dessas morbidades a longo prazo, sendo extraídos os seguintes DSC:

Quadro 2- Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo em relação aos questionamentos: Possuía Diabetes ou HAS antes de descobrir a IRC?

Ideia Central - 1	DSC (1)
Tratamento de Diabetes sem acompanhamento	<i>[...] sempre fui diabética, de uns anos pra cá fiquei com pressão alta também [...] (P.34, P.15, P.43, P.25); [...] a mais de vinte anos, eu tomava remédio, mas nunca fiz dieta [...] (P.46); [...,] Tenho diabetes desde os onze anos de idade [...](P.33,P.45,P.12)</i>
Ideia Central - 2	DSC (2)
Hipertensão em longo prazo	<i>[...] sempre fui hipertensa, tomava um coquetel de 26 comprimidos por dia [...] (P.1); [...] só agora, depois que entrei na hemodiálise está mais controlada [...](P.08,32,41) ; desenvolvi durante a gestação e depois disso sempre tive [...] (P.10); "Sempre fui ciente que poderia me causar problemas nos rins só não esperava que fosse tão rápido" (P.31)</i>

Fonte: Dados da pesquisa – Autoria Própria (2015).

São várias as causas de IRC, sendo as mais comuns: hipertensão arterial, diabetes, glomerulonefrite crônica, nefropatia túbulo-intersticial crônica (pielonefrite), necrose cortical renal grave, processos renais obstrutivos crônicos, amiloidose, lúpus eritematoso disseminado e doenças hereditárias tais como rins policísticos e síndrome de Alport. Diabetes e hipertensão arterial, não controlada ou grave, constituem as principais causas que levam os pacientes à insuficiência renal avançada, com necessidade de tratamento dialítico e transplante renal (DRAIBE; AJZEN, 2013).

É notória a genealogia de DM e HAS como etiologia da IRC, apresentados nos discursos coletivos, totalizando a amostra apenas cinco pacientes não desenvolveram a Insuficiência Renal Crônica por essas etiologias citadas na pesquisa. Dois desconhecem o fator causal do desenvolvimento da doença e Três afirmam obter a glomerulonefrite em longo prazo.

Aproximadamente 1,5 milhão de brasileiros têm DRC (Doença Renal Crônica), estima a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2014), sendo que a pressão alta corresponde a 35% dos casos e a diabetes a 30%. A obesidade, presença de doença renal na família, tabagismo e idade acima de 40 anos também são fatores de risco preocupantes para a doença, reafirmando os resultados analisados.

O monitoramento e acompanhamento dessas patologias denotam-se de grande relevância para prevenir o agravamento e conseqüentes complicações da IRC, podendo até mesmo evitar complicações durante a sessão de hemodiálise. Devemos estar cientes da gravidade dessa doença, conhecendo suas características e riscos oferecidos por este tratamento.

A Hemodiálise quando administrada por pessoal competente e com os recursos técnicos indispensáveis, é um processo terapêutico praticamente isento de riscos para a vida do paciente. Todavia, algumas complicações podem ocorrer, mesmo quando é realizada dentro da melhor técnica.

A amostra também foi questionada sobre as complicações já existente durante as sessões de hemodiálise. Os resultados gerados pelos entrevistados obtiveram resultados semelhantes a outros estudos (BARROS, 2010; ALMEIDA, 2011). Aos seres indagados: “Você já teve alguma complicação durante a realização da hemodiálise?” podemos afirmar que 90% já teve algum tipo de intercorrência durante a HD. Os mais citados pelos pacientes entrevistados foi à câimbra, cefaléia, hipotensão severa e náuseas, sendo caracterizadas como complicações corriqueiras deste procedimento.

Quadro 3- Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo em relação ao questionamento: “Você já teve alguma complicação durante a realização da hemodiálise?”

Ideia Central - 1	DSC (1)
As complicações são frequentes no período da Hemodiálise	[...]as mais frequentes são as câimbras, as complicações são frequentes aqui [...] (P.23,P.32,P.45,P.21); “Sinto muita dor de cabeça e enjoou.” (P.24) Minha pressão cai e sinto muito dor de cabeça [...]

Fonte: Dados da pesquisa – Autoria Própria (2015).

Nos últimos 50 anos, a introdução de novos avanços tecnológicos no tratamento hemodialítico tornou esse procedimento seguro e capaz de manter a vida dos pacientes por longos períodos. Entretanto, em 30% das sessões de HD, pode ocorrer algum tipo de complicação. Assim sendo, a constante avaliação dessas complexidades deve estar inserida em qualquer programa de controle da qualidade (CASTRO, 2011).

A hipotensão Severa é a complicação mais perigosa que pode ocorrer ao decorrer do procedimento, podendo colocar a vida do paciente em risco de morte. Castro et al. (2013) diz que a hipotensão arterial é, sem dúvida, a principal complicação do tratamento hemodialítico, ocorrendo em até 20% das sessões. A

fisiopatologia envolve a taxa de ultra filtração, a diminuição da osmolaridade, a temperatura do dialisador, redução do volume intravascular, hiponatremia, aumento na liberação de substâncias vasodilatadoras e redução da liberação de vasoconstritoras, conduzindo à redução do débito cardíaco e da resistência vascular periférica. Ocasionalmente como sintoma mais perceptível a cefaleia.

As câimbras também são complicação frequentes da hemodiálise. Elas predominam nos membros inferiores e ocorrem, preferencialmente, na segunda metade da HD. Frequentemente são precedidas por hipotensão arterial.

Como observado, a ocorrência de complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise é frequente. Assim, a constante avaliação dessas complicações deve estar inserida em qualquer programa de controle da qualidade do tratamento.

Neste universo marcado pela especificidade do paciente renal crônico e pela complexidade do tratamento, não basta que os profissionais se preocupem somente com a utilização de recursos tecnológicos sofisticados ou com a adequação estrutural dos serviços de hemodiálise. Torna-se imprescindível o resgate e a valorização do paciente enquanto pessoa que tem a sua forma singular de pensar, agir e sentir.

Sendo assim, foi elaborada uma pergunta fechada na entrevista afim de saber como os pacientes se sentem ao decorrer do tratamento.(Gráfico 1):

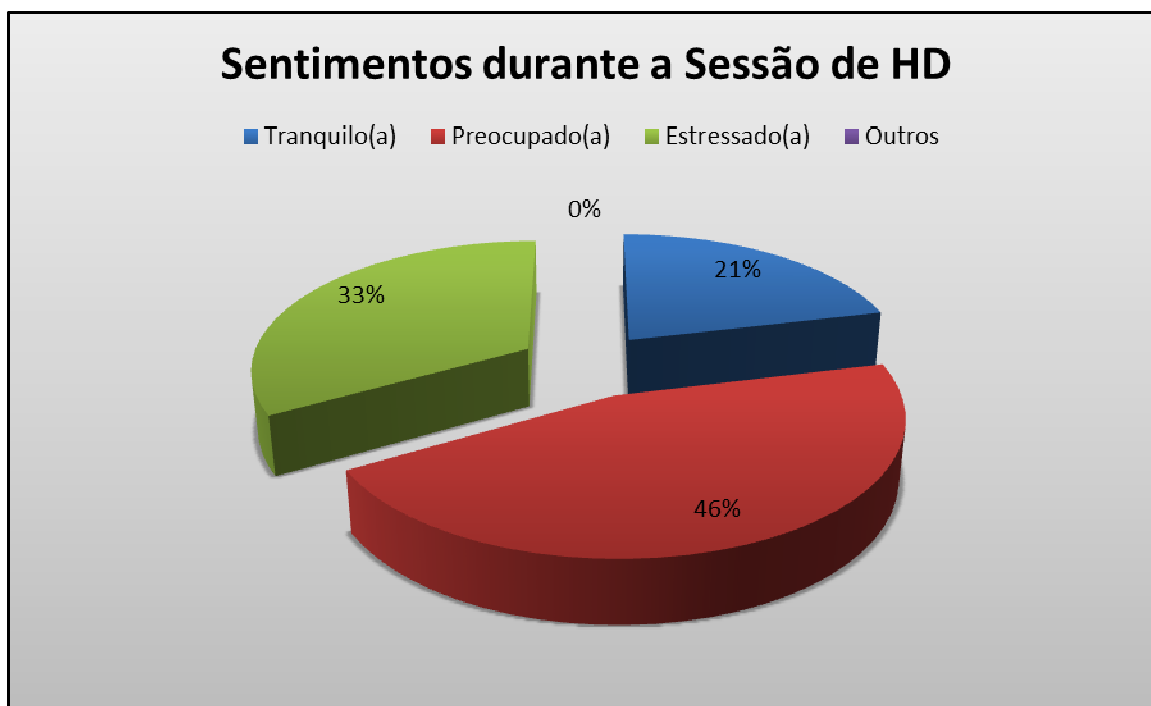


Gráfico 1. Sentimentos extraídos na entrevista

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Dos 67 entrevistados, 14 (21%) se diziam estar tranquilos ao decorrer da entrevista e da sessão de HD, visto que aconteciam simultaneamente; 30 (46%) se mostraram preocupados aos possíveis agravos ao decorrer do tratamento, afirmando que já tiveram várias complicações ao longo do tempo; 22 (33%) pareceram estressados e nervosos e quando interrogados sobre o sentimento afirmaram seu estado. Não foi possível gerar Discurso Sujeito Coletivo dessa questão por ter sido uma pergunta fechada, sendo necessário apenas escolher as opções propostas pela pesquisadora.

Diferentes sentimentos desde tranquilo até estressado fazem parte da alternância das respostas emocionais que são associados às situações do mundo e sabe-se que a maioria das pessoas que passam por episódios desagradáveis reage com tristeza ou humor depressivo, quando se defrontam com situações que, devido a gravidade e duração, são maiores do que sua capacidade de adaptação. É esperado por parte do indivíduo que apresente manifestações depressivas a uma crise vital, como o aparecimento de doenças incapacitantes por serem provenientes do desenvolvimento de períodos de adaptação. Da mesma forma em pacientes com IRC, entende-se que suas reações imediatas ao processo terapêutico são uma forma de resposta adaptativa frente a estes sentimentos de insegurança e perdas.

Kovac, Patel, Peterson e Kimmel (2012) destacam que a depressão é a desordem psiquiátrica mais comum em pacientes em estágio final da doença renal (ESRD) tratados com hemodiálise, sendo que a extensão do efeito depressivo ao longo do tempo tem como consequência a mortalidade.

Pode-se pensar que a forma como o paciente vincula-se ou adere ao tratamento tenha um equivalente negativo quando este apresenta um comportamento pessimista em relação à sua doença e também à percepção sobre o tratamento, tais fatores podem refletir na aderência terapêutica e, conseqüentemente, na qualidade de vida.

Visto isto, foi questionado o elemento representatividade da Hemodiálise na vida dos entrevistados. A HD, apesar dos seus múltiplos benefícios, é considerada um tratamento doloroso pelos utentes. A rotina das sessões e a mudança no estilo de vida são vistos como pontos negativos na terapia por limitar a satisfação com o tratamento. Os relatos dos participantes do estudo expõem a representatividade da hemodiálise no seu cotidiano, como podem ser visualizados nos Discursos Coletivos abaixo:

Quadro 4- Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo em relação ao questionamento: “O que representa a hemodiálise em sua vida?”

Ideia Central - 1	DSC (1)
<p>Salvar vidas</p>	<p><i>[...] não representava nada, hoje em dia representa tudo [...] (P.08, P.32, P.47); Um tratamento né, infelizmente, para agente viver mais [...] (P.21, P.12); É como se tivesse nascendo de novo a cada dia, apesar de ser uma das piores coisas da minha vida [...] (P.11, P.04, P.10); [...] eu vim pra cá minha filha era muito pequena se não fosse à hemodiálise eu já teria morrido há séculos (P.33). [...] Hoje representa a luta pela vida [...] (P.09).</i></p>

Fonte: Dados da pesquisa – Autoria Própria (2015).

Neste DSC, os participantes ancoraram a hemodiálise como algo positivo e benéfico, que lhes garante sobrevivência e maior longevidade. Apesar disso, na sua fase inicial o tratamento foi objetivado como um dos piores dias para esses pacientes. Observou-se também a confiança em Deus, como fonte de suporte espiritual para o enfrentamento dessa fase de suas vidas.

Segundo Pereira & Guedes (2011) e Machado & Car (2013), a hemodiálise é o principal fator para a sobrevivência dos pacientes com doença renal em estágio avançado. Portanto, torna-se necessária para a manutenção do bem-estar dessas pessoas, apesar de lhes trazer uma realidade sofrida.

Outros autores também observaram que a hemodiálise foi representada com base em sentimentos ambíguos de amor e ódio por pessoas que precisam deste tratamento para sobreviver, uma vez que se trata de uma terapêutica que lhes assegura a vida, mas torna-as dependentes da tecnologia. Por causa disso, identifica-se, entre os elementos simbólicos atribuídos à hemodiálise, um binômio que expressa a relação ambivalente de vida e morte, presente em seu cotidiano (REIS, GUIRARDELO & CAMPOS, 2010).

O estudo realizado por Campos & Turato (2010) reafirma a condição essencial e exclusiva da hemodiálise, enquanto forma de tratamento para a IRC. Para os participantes da pesquisa, a hemodiálise foi vinculada à sobrevivência e à obrigação, uma vez que a IRC é uma doença marcada pela falta de outras opções de terapia e a realização desse procedimento garante que o paciente tenha suas funções renais estabilizadas.

As atividades lúdico-educativas tem sido objeto de transformação na vida de indivíduos doentes. O lúdico não cura o paciente mais proporciona grandes melhoras, ajudando no enfrentamento da doença, sendo o ultimo tema abordado pela examinadora. É crucial para o resgate de cada indivíduo, outrora esquecidos e desacreditados, a dedicação da equipe de enfermagem não apenas com a assistência tecnicista, evidenciando, principalmente o fato de a hemodiálise não ser o fim, e sim o meio de prolongar a vida.

Neste Tocante, foi interpelada a percepção da amostra sobre a importância da realização de atividades educativas e quais temas estão mais em déficit de informações. Emergiu se duas ideias centrais: (1) Isso que está faltando, relacionada à importância de ações educativas na hemodiálise.

A finalidade das ações educativas, durante as sessões de hemodiálise, é transformar o tempo inativo do paciente em algo produtivo, que possa animá-los e já para a equipe de enfermagem, o objetivo é promover a integração junto aos clientes, de forma criativa. Assim, o apoio terapêutico que ocorre por meio das atividades lúdicas pode contribuir para todas as questões referentes ao paciente renal crônico que busca a completa aceitação de si, preservando a dignidade, direito nato de todo ser humano.

Quadro 5- Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo em relação ao questionamento: “Você acha que se fosse realizado ações educativas com objetivo de esclarecer mais a Insuficiência Renal Crônica ajudaria na manutenção do tratamento”

Ideia Central - 1	DSC (1)
Isso que está faltando	<i>[...] tinha que ter mais aulas para gente relacionada ao nosso tratamento (P.31); Ajuda muito, quanto mais informação melhor [...] (P.12, P.54, P.49, P.33); [...] inclusive é isso que está faltando no tratamento [...] (P.43, P.55, P.12, P.63, P.60).</i>

Fonte: Dados da pesquisa – Autoria Própria (2015).

Chan et al. (2011), defende que o engajamento do paciente no autocuidado é possibilitado pelas ações educativas que visem à conscientização de acordo com os interesses e necessidades individuais. Neste sentido, considerando conhecimentos e atitudes dos pacientes, questiona-se, será que informações prestadas estão sendo eficazes?

Depreende-se dos depoimentos, que eles de uma forma geral reconhecem a importância da educação em saúde. No entanto, o paciente pouco sabe sobre sua condição e que o tratamento dialítico não significa a cura da doença, o que pode comprometer a adesão à terapêutica. Nessa perspectiva, identifica-se que muitos pacientes aceitam sua condição de saúde, comprovada pela incorporação da condição de ser renal.

Nesse sentido, entende-se a educação em saúde como uma ferramenta preciosa enquanto estratégia de formação do vínculo profissional-usuário, podendo ser de inestimável valor no desafio do cuidar e do tratar o doente renal crônico, não apenas no âmbito médico, como também no psicológico, social e humano (COELHO ET AL. 2014).

Buscando identificar a principal temática que os portadores entrevistados teriam o maior rol de dúvidas, foi questionado “Qual assunto você mais gostaria de saber sobre sua doença?” com o objetivo de promover assuntos que lhe gerem interesse. Foi extraído duas ideias centrais como ilustrado na tabela baixo:

Quadro 6- Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo em relação ao questionamento: “Qual assunto você mais gostaria de saber sobre a sua doença?”

Ideia Central - 1	DSC (1)
Transplante	<i>[...] a questão do transplante, como é, como seria o pós-cirúrgico [...] (P.23, P.43, P.21, P.56, P.59) O transplante é o que mais nos interessa no tratamento [...] (P.22, P.24, P.33)</i>
Ideia Central - 2	DSC (2)
Dores relacionadas ao tratamento	<i>[...] dor nos ossos, coisas do corpo que sentimos ao sairmos daqui [...] (P.17).</i>

Fonte: Dados da pesquisa – Autoria Própria (2015).

O transplante renal é uma importante opção terapêutica para o paciente com insuficiência renal crônica, tanto do ponto de vista médico, quanto social ou econômico. Ele está indicado quando houver insuficiência renal crônica, estando o paciente em diálise ou mesmo em fase pré-dialítica.

Sendo assim, Thomé (2011) afirma que o transplante renal é desejado por quase todos os pacientes com insuficiência renal crônica. Para se realizar um transplante renal é necessário um rim funcionante, de doador vivo ou falecido e compatível com o sistema imunológico do receptor. A aquisição de órgãos e os problemas imunológicos para manutenção do enxerto, ainda se constituem grandes desafios para a biomedicina.

O Ministério da Saúde (2014) diz que no prazo de 90 (noventa) dias após o início do tratamento dialítico, o serviço de diálise deverá, obrigatoriamente, apresentar ao paciente apto ou ao seu representante legal, a opção de inscrição na Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) local ou de referência. O serviço de diálise deve encaminhar formalmente o paciente, acompanhado do relatório médico atualizado, ao estabelecimento e equipe escolhidos pelo paciente para realização do transplante, comprometendo-se a encaminhar, trimestralmente, amostras do soro coletado, além de informar a situação clínica e o status em lista de espera, especialmente no que diz respeito à falta de condições clínicas para o transplante, gestação, transfusão e óbito.

A política Nacional de Transplantes de órgãos e tecidos está baseada nas Leis nº 9.434/1997 e 10.211/2001, tendo como diretrizes a gratuidade da doação, a beneficência em relação aos receptores e não maleficência em relação aos doadores vivos (BRASIL, 2012).

Apenas um paciente entrevistado mostrou interesse divergente aos demais portadores, onde foi criado a Ideia Central (2) sobre as dores relacionadas ao tratamento.

3.2 Caracterização dos Enfermeiros

A tabela abaixo apresenta os dados Sócio demográficos, referentes a vida profissional dos enfermeiros entrevistado, destacaram-se os seguintes resultados (Gráfico 1):

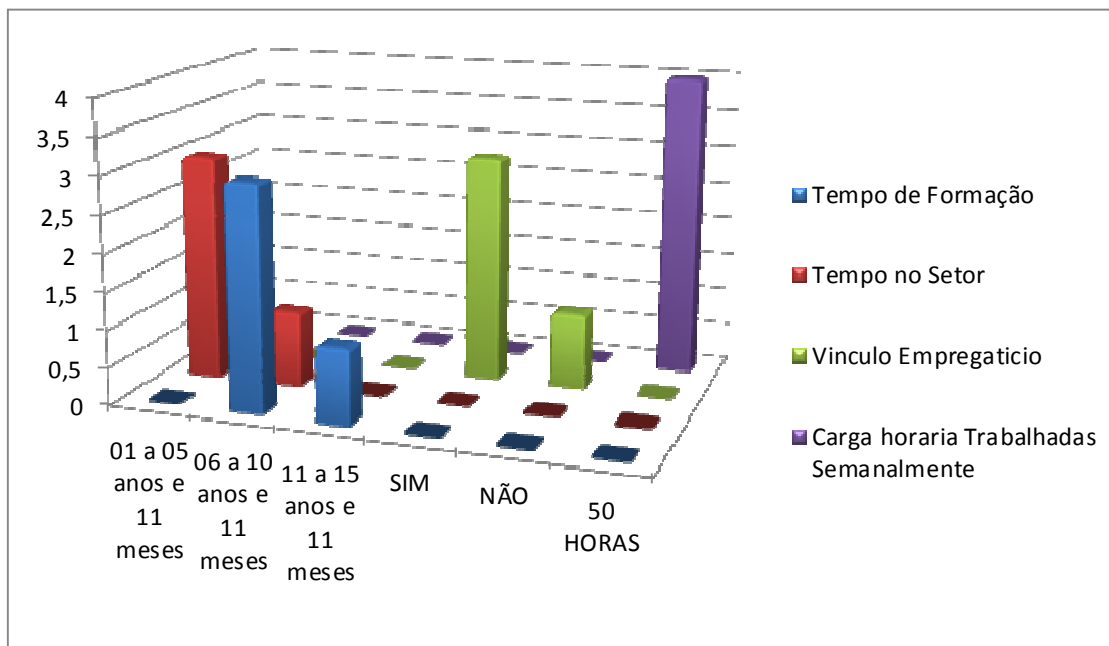


Gráfico 2-- Caracterização Sócia Demográfica do Enfermeiro

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Quando interpelados sobre o tempo de formação e tempo de experiência profissional no setor, tem por finalidade relacionar suas ações ou inações, a insegurança ou fragilidade, desenvolvido em profissionais inseridos pouco tempo na profissão, explicado em um estudo de Gomes et al.(2012), onde afirma que O trabalho permite ao indivíduo o desenvolvimento de suas potencialidades por meio da liberdade de expressão e utilização da criatividade, o que remete à satisfação e conscientização de seu papel para a organização em que atua e para a sociedade em que está inserido.

Em relação à carga horária semanal de trabalho, destaca-se o fato de 48% dos profissionais de enfermagem da unidade de hemodiálise trabalhar de 50 a 70 horas por semana, elevando o risco eminente para que falhas sejam comuns durante a prestação da assistência. Os riscos de o profissional cometer um erro aumentam significativamente quando a jornada de trabalho é superior a 40 horas por semana, quando os turnos de trabalho excedem 12 horas ou quando são realizadas horas extra. (ROGERS ET AL. 2014).

3.2.1 Discursos do Sujeito Coletivo: Enfermeiro

A primeira pergunta abordada a estes profissionais busca identificar a execução de possíveis ações de educação em saúde realizadas com pacientes em hemodiálise. Como produto final foi desenvolvido duas ideias centrais.

De acordo com a primeira IC “Uma vez ou outra fizemos palestras” foi identificado a falta de ações educativas implementadas nesse setor. Quando questionados sobre ações educativas os enfermeiros só referiram-se sobre palestras, não tendo inseridos em seus programas educacionais outros tipos de atividades. Essa falta de amplitude é prejudicial para inserção dos seus ensinamentos no setor, visto que a maioria dos pacientes tem hora de chegada e saída do hospital por ser de outras cidades e depender de algum meio de transporte para sua locomoção.

Isso vai ao encontro de Rocha (2010), onde conclui que a enfermagem tem papel fundamental na educação em saúde do usuário, de seus acompanhantes e familiares. Embora se considere que a educação em saúde pode e deve ser praticada por todos os profissionais da saúde, entende-se que o enfermeiro é um

profissional que estabelece um vínculo de proximidade importante com os usuários, tendo, portanto, capacidade para identificar suas demandas e estabelecer intervenções (SANTOS *et al.*, 2010).

É o enfermeiro que, através do cuidado de enfermagem, planeja intervenções educativas junto aos clientes, de acordo com a avaliação que realiza, visando ajudá-los a reaprender a viver com a nova realidade e a sobreviver com a doença renal crônica (ROCHA, 2010, p. 16).

Esta avaliação, realizada pelo enfermeiro, deve ser constante durante todo o processo da educação em saúde e do cuidado de enfermagem ao usuário, e consiste no exame físico, psicológico e socioeconômico do indivíduo. Isso é importante devido ao fato de que o enfermeiro precisa conhecer o usuário em todos os âmbitos, para que seja capaz de planejar intervenções que vão ao encontro das necessidades desse sujeito.

Em vista disso, o enfermeiro deve estar ciente de que cabe a ele preparar o usuário para o tratamento, para as mudanças no estilo de vida e para desenvolvê-lo de sua autonomia para o “cuidar de si”, a fim de não se tornar fragilizado e dependente dos cuidados de enfermagem. Nesse aspecto que se centra um dos principais objetivos da educação em saúde em enfermagem para usuário com doença renal crônica: o desenvolvimento do autocuidado (ROCHA, 2010).

A segunda IC (Quadro 7), “A rotatividade de pacientes atrapalha muito” aparece como uma contrariedade para a exequibilidade do processo educacional em pacientes renais crônicos, não sendo identificado e nem discutido por nenhum pesquisador que vise a educação em saúde até o presente momento. Os profissionais alegam a falta de tempo para conhecer o paciente e formular uma política de educação buscando suas necessidades individuais.

Os profissionais de enfermagem que atuam no serviço de nefrologia devem dispor de tempo para dedicar-se à prática de educação em saúde com seus pacientes. As orientações devem abranger desde informações sobre o conceito da doença, tratamento hemodialítico, cuidados com a fístula arterial, orientações sobre a alimentação, peso, ingestão hídrica, envolvimento social, até o enfoque de conviver diante da nova condição de saúde.

Quadro 7- Ideias Centrais e Discurso do Sujeito Coletivo em relação ao questionamento: “Quais tipos de ações educativas são realizadas neste setor com os pacientes renais crônicos?”

Ideia Central - 1	DSC (1)
Uma vez outra, fizemos palestras.	Nós realizamos palestras de vez enquanto, lá uma vez ou outra, devido a falta de oportunidade, falta de interesse dos pacientes também em comparecer nos eventos quando proposto. Acaba desestimulando a realização dessas atividades.
Ideia Central - 2	DSC (2)
A rotatividade de pacientes atrapalha muito.	Por conta da troca de horário frequente e de turno, não conseguimos realizar essas palestras. A rotatividade de pacientes também que são internados em UTI influencia muito.

Fonte: Dados da pesquisa – Autoria Própria (2015).

Corrobora-se que a prática educativa no âmbito da saúde deve ter como princípio, estimular experiências que facilitem a realização de ações que melhorem as condições de vida e promovam saúde. Para tal, cabe ressaltar a importância do desenvolvimento de habilidades individuais e da participação coletiva, a fim de fortalecer processos autônomos dos sujeitos e dos grupos sociais, e, a partir desse contexto possibilitar

mudanças nas práticas de saúde e melhorada condição e qualidade de vida das pessoas (PEREIRA; VIEIRA; ANTENOR FILHO, 2011).

A segunda pergunta destina-se extrair dos profissionais as implicações na assistência referentes a processo de Enfermagem no setor de hemodiálise vinculando ao processo educativo.

Durante a consulta de enfermagem, estabelece-se um relacionamento entre enfermeiro-paciente e pode-se ressaltar a importância do processo de enfermagem na assistência aos pacientes renais crônicos dentro dos serviços de diálise.

Percebe-se que a consulta de enfermagem é o alicerce para o processo da assistência, porém, devido à sobrecarga de trabalho, ela não acontece de forma total, conforme extraído na IC ilustrada no quadro abaixo:

Quadro 8-“Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo em relação ao questionamento: “Quais implicações existentes no processo de enfermagem que refletem na execução de atividades educativas?”

Ideia Central - 1	DSC (1)
<p>Dificuldades para o desenvolvimento da consulta de enfermagem</p>	<p><i>[...] Mesmo com os benefícios citados, ainda há dificuldades para o desenvolvimento da consulta de enfermagem, como a sobrecarga de trabalho, escassez de profissionais na equipe de enfermagem e setores em que esta prática ainda é restrita e pouco valorizada.</i></p> <p><i>[...] Sei da importância da consulta de enfermagem no tratamento ao paciente renal crônico... Mas devido ao tempo, necessidade de verificar outras necessidades burocráticas do serviço, não é possível realizar a consulta de enfermagem de acordo com a real necessidade. Priorizo, por exemplo, na admissão de um paciente novato no serviço.</i></p>

Fonte: Dados da pesquisa – Autoria Própria (2015).

Observa-se que as consultas de enfermagem no setor da terapia renal substitutiva não são realizadas na íntegra, devido a alguns fatores, como disponibilidade de tempo que é ocupado com os serviços burocráticos, pouco planejamento da assistência dando ênfase apenas na admissão do usuário feita em impressos que contemplam os dados de identificação, história pregressa, história da moléstia atual, exame físico inicial, porém sem a realização de todas as etapas da Sistematização da Enfermagem (SAE).

A SAE é fundamental para aperfeiçoar a qualidade da assistência de enfermagem e se operacionaliza em etapas, sendo elas: investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação da assistência de enfermagem e, por fim, a avaliação (TANNURE, 2012).

A ciência da enfermagem está baseada em uma ampla estrutura teórica, o processo de enfermagem é definido com um método utilizado para se implantar, na prática profissional, uma teoria de enfermagem, é uma das ferramentas por meio das quais essa estrutura é aplicada à prática de enfermagem, ou seja, é o método de solução das necessidades do paciente (TANNURE, 2012).

Na Lei do exercício profissional n. 7.498/86, a consulta de enfermagem está 168 contempladas como atividade privativa do enfermeiro e vem sendo efetivada na prática por enfermeiros que nela acreditam 13. Para a implantação da consulta de enfermagem é necessário que haja mudanças na prática assistencial do enfermeiro, devendo o mesmo compreender sua complexidade enquanto atividade que necessita de metodologia própria e objetiva definida (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2014).

A eficácia da assistência prestada está diretamente associada à qualidade dos registros de Enfermagem, pois é fonte de informações essenciais ao processo de cuidar.

Visto isso, foi elaborada uma tecnologia educativa pelo pesquisador, com o objetivo de discutir novas estratégias de educação em saúde nesse setor. Após a discussão sobre práticas educativas, seguiu-se à construção da cartilha educativa. Para tanto, contou-se com consultoria com design gráfico e revisão pedagógica, para adequação do conteúdo.

3.3 Cartilha Educativa para Pacientes com Insuficiência Renal Crônica

Esta é composta por conteúdo anatômico e fisiológico do sistema urinário, formas de tratamento, autocuidado, atividade de avaliação, glossário e espaço para anotações. Segue-se abaixo descrição das principais características referidas na cartilha, no Apêndice D pode-se visualizá-la na íntegra.



Figura 1- Cartilha educativa demonstrando formas ilustrativas da anatomia do sistema urinário.

Como evidenciado nos resultados do estudo foram necessários relatar sobre os cuidados enquanto IRC, sendo assim, correlacionou-se imagens que exemplificam estes cuidados. Com isso, evita-se excesso de informações em uma única página. Ressalta-se que as figuras ilustrativas foram retiradas de atlas de livros textos e sites de internet devidamente referenciados.

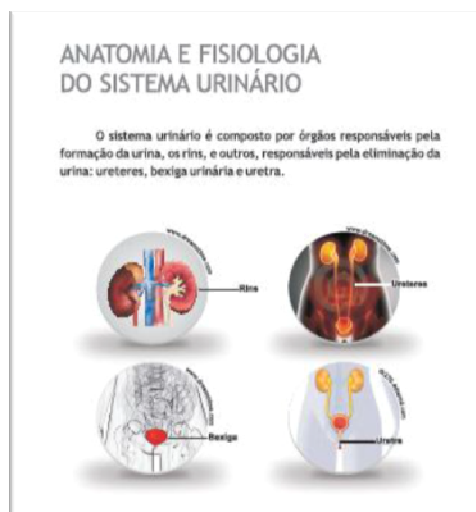


Figura 2- Cartilha educativa contendo informações sobre o autocuidado.

Comprovadamente, os materiais educativos favorecem aspectos como a inclusão, oportunizando interatividade, produção de conhecimento coletivo, acessibilidade, a auto aprendizagem do indivíduo que tem acesso ao conteúdo, além de possibilitar uma grande vantagem tanto pessoal como profissional na atualização contínua, sendo considerada por diversos autores como uma modalidade de ensino-aprendizagem eficaz e de qualidade (POMMIER; GUEVEL; JOURDAN, 2010). Esta característica levantada na literatura subsidiou a elaboração de informações sobre outras modalidades de tratamento. Abaixo a figura demonstra a diálise peritoneal, como outra forma de tratamento dialítico.



Figura 3- Cartilha educativa contendo informações sobre os tipos de tratamento

Para interação com o leitor procurou-se aproximar o máximo o público-alvo com os assuntos abordados, sempre na intenção de atraí-los como se a todo o momento estivessem num diálogo, para isso,

utilizou-se de expressões, tais como: “você sabe como se cuidar?”, “atenção”, “importante lembrar”. Acredita-se que essas expressões além de chamar a atenção do leitor, proporciona maior adesão a tecnologia educativa.

A cartilha educativa tem como objetivos promover aquisição de conhecimento para os pacientes renais, na intenção de proporcionar maior adesão à terapêutica instituída, bem como, levá-los para adoção de práticas de autocuidado e com isso proporcionando educação em saúde e conseqüentemente promoção da saúde desses indivíduos.

5 CONCLUSÃO

A pessoa com IRC vivencia uma brusca mudança no seu viver, convive com limitações, redução de suas competências, aumento da necessidade de ajuda, à dor física e emocional resultante da perda da independência e do aumento da necessidade de assistência. Além de um pensar na morte, devido ao tratamento doloroso, monótono e restrito que é a hemodiálise. Um procedimento que os maltrata, mas ao mesmo tempo representa a continuidade de suas vidas, ou seja, a hemodiálise é simultaneamente o “carrasco” e o “redentor”. O processo educativo deve acontecer em todas as fases do tratamento, de forma gradativa, contínua e interativa, respeitando-se as características individuais do doente, utilizando-se uma linguagem simples e adequada ao seu nível sociocultural, abrilhantando a profissão que está alcançando metas cada vez mais sólidas.

Sendo, imperativo ressaltar que este é um compromisso social ético, solidário, despojado de qualquer interesse unilateral, tendo como objetivos a promoção e recuperação da saúde, reintegração da pessoa no seu meio social e o desenvolvimento do potencial criativo do profissional na busca pela adesão ao tratamento e adequação à nova realidade. O cuidado pauta-se numa relação de corresponsabilidade, envolvimento, cooperação e espírito participativo de ambas as partes.

Nesse estudo observou-se que os serviços do enfermeiro no Centro de Hemodiálise têm diversas qualidades adequadas a sua função, sendo estas a administração de recursos, a assistência ao cliente, a educação ao paciente e a busca da ciência promovendo o aumento do próprio conhecimento e conseqüentemente à melhoria da assistência prestada. Porém, alguns papéis encontram-se ainda limitados, tais como a assistência técnica, ressaltando também a existência, porém limitada, da Sistematização da Assistência de Enfermagem no setor, o que evidencia ainda uma falta de sistematização nas ações desenvolvidas em especial relacionada à assistência direta ao usuário. Os resultados demonstraram que os profissionais necessitam desenvolver habilidades em outras áreas de atuação dentro desta temática, abrilhantando ainda mais a profissão que está alcançando metas cada vez mais sólidas na assistência.

Visto isso, entende-se que é mister a missão da enfermagem, para que estes possam aumentar o nível de conhecimento sobre sua doença, sinais de emergência, sua saúde, para além da questão de hemodiálise e para sua saúde e vida social. Garantindo, através de ações de enfermagem como consultas de enfermagem, ações educativas de promoção e prevenção, um atendimento adequado, integral e em tempo oportuno, evitando-se assim maiores complicações.

REFERÊNCIAS

ABTO. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. **Epidemiologia da Insuficiência Renal Crônica**. São Paulo, 2014.

ALMEIDA, A. M.. Revisão: a importância da saúde mental na qualidade de vida e sobrevida do portador de insuficiência renal crônica. **Jornal Brasileiro Nefrologia**, 25(4), 209-214, 2011.

ARAÚJO, C. S. LOPES, E. A; LIMA J. P. **As representações sociais sobre a doença renal crônica.** Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. Registro **Brasileiro de Transplantes-RBT** 2011. Ano XVII- nº 4-janeiro/dezembro, 2011. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2011/RBT-2011-ANUAL-PARCIAL.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2015.

BASTOS, M. G.; KIRSTAJN, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **J Bras Nefrol**, v. 63, n. 4, p. 629-636, 2011.

BARROS,E. Nefrologia:rotinas,diagnostico e tratamento.Porto Alegre:Artmed;2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria De Saúde. **Insuficiência Renal Crônica.** 2015. Disponível em:<http://www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.html> Acesso em: 15 Set. 2015.

BRASIL.Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de Transplante entre seres humanos.** Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília; 2014.

BREITSAMETER, G.; THOMÉ, E. G. R.; SILVEIRA, D. T.Complicações que levam o doente renal crônico a um serviço de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** Porto Alegre, v. 29, n.4, 2012.

CAMPOS, C. J. G. & TURATO, E. R. Tratamento hemodialítico sob a ótica do doente renal: estudo clínico qualitativo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 63(5), 799-805, 2010.

CASTRO, M. M. C., QUARANTINI, L., BATISTA-NEVES, S. KRAYCHETE, D. C., DALTRO, C. C., & MIRANDA-Scippa, A, A.. Validade da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão em pacientes com dor crônica. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, 56(5), 470-477, 2011.

CHAN R, BROOKS R, STEEL Z, HEUNG T, ERLICH J, CHOW J, et al. **The psychosocial correlates of quality of life in the dialysis population: a systematic review and meta-regression analysis.** Quality of life research [Internet]. 2011 [cited 2013 Jan 13]; 21(4):563-80. Available from pubmed Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/> Acesso em: 28 out. 2015.

COELHO, Antonio C. ET AL. Atualização em Fisiologia e fisiopatologia renal: Canais iônicos na células do epitélio tubular renal. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**,São Paulo, v. 22, n. 3, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei Nº 7.498 de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. Acesso em: 28 out. 2015

COSTA M.A. **Perfil epidemiológico dos pacientes em programa crônico de hemodiálise em João Pessoa-PB.** João Pessoa- UFP, 2012.

COUTINHO, M. P. L. & SARAIVA, E. R. A. Teoria das representações sociais. In: N. T. Alves (Orgs.) **Psicologia: reflexões para ensino e extensão.** João Pessoa, PB: Editora Universitária, 2013.

CUNHA, M. S. et al. Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida em pacientes renais crônicos submetidos a tratamento hemodialítico. **Revista Fisioterapia e Pesquisa.** São Paulo, v.16, n.2, p.155-160,

abr./jun. 2011. Disponível em: < www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/fpusp/v16n2/11.pdf >. Acesso em: 22 jul. 2015.

DRAIBE, J. T., AJZEN, P. G. **Manual de diálise**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2010.

FAVA, S.M.C.L. et al. Complicações mais frequentes relacionadas aos pacientes em tratamento dialítico. Reme: **Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte, v.10, n. 2, abr-jun., 2010.

FRAZÃO M.A; RAMOS E.G; LIRA M.E. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. **Acta paul. enferm. [online]**. vol. 23, n. 4, 2011.

GODOY M.A; NETO M.M; RIBEIRO. Complicações que levam o doente renal crônico a um serviço de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n.4, dez, 2015.

_____. **Adesão ao tratamento hemodialítico: Percepção dos pacientes renais crônicos**. Cogitare Enfermagem. Rio de Janeiro, 2015.

GOMES, B.; KARALLI-SAVRUN, F.; ERTAN, S.; SAVRUN, M. Haemodialysis-related headache. Cephalalgia, 2012.

JUNIOR, H.M.O.; FORMIGA, F.F.G.; ALEXANDRE, C.S. **Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes em programa crônico de hemodiálise em João Pessoa-PB**. 2013. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de João Pessoa, PB, 2013.

KOVAC, M. M. C., PATEL, L., PETERSON, Neves S., KIMMEL, D. C. Validade da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão em pacientes com dor crônica. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. Paraná, 2012.

KUSUMOTA L. A. **Avaliação da qualidade de vida relacionada á saúde de paciente em hemodiálise**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, Universidade São Paulo, PB, 2012.

LEFREVE, F.; LEFREVE, A.M.C. **O sujeito coletivo que fala**. Botucatu: Irtefacem, 2014.

LEVEY, A. S.; ATKINS, R.; CORESH, J.; COHEN, E. P.; COLLINS, A. J.; ECKARDT, K. U. et al. **Chronic kidney disease as a global public health problem: approaches and initiatives - a position statement from Kidney Disease Improving Global Outcomes**. Kidney Into, 2012.

LIMA, E.X.; SANTOS, I. Atualização de Enfermagem em nefrologia. Rio de Janeiro: **Sociedade Brasileira de Nefrologia**, 2014.

MACHADO, L. R. C. & CAR, M. R. A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica: entre o inevitável e o casual. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, 37(3), 27-35, 2013.

MATOS, J.P.S.; LUGON, J.R. **Hora de conhecer a dimensão da doença renal crônica no Brasil: UFF**, 2014.

MEDEIROS M. C. W. C. Adesão dos portadores de doença renal crônica ao tratamento conservador. **Revista Rene**, Fortaleza, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

PEREIRA, L. P; VIEIRA, M. V; ANTENOR FILHOC. Hemodiálise: a percepção do portador renal crônico. **Cogitare Enfermagem**. Rio de Janeiro,14(4), 689-95, 2011.

POMMIER,E.N; GUEVEL M.N.; JOURDAN M.J. Representações sociais de doenças crônicas: um estudo qualitativo com pessoas com diagnóstico de insuficiência renal crônica ou dor crônica. Salvador, 2010.

REIS, C. K., GUIRARDELLO, E. B. & CAMPOS, C. J. O indivíduo renal crônico e as demandas de atenção. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Alagoas, 61(3), 336-341, 2010.

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

ROGERS, B.A et al. O guia da Enfermagem: Fundamentos para Assistência. São Paulo:Iátria,2014.

SANTOS, F.R; FILGUEIRAS, M.S.T; CHAOUBAH, A; BASTOS, M.G; PAULA, R.B. Efeitos da abordagem interdisciplinar na qualidade de vida e em parâmetros laboratoriais de pacientes com doença renal crônica. **Rev. Psiquiatr. Clin.** Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 87-95, 2010.

SESSO, R.C.C.; GORDAN, P. Dados disponível sobre a doença renal crônica no Brasil. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. São Paulo v.29, 2015.

SESSO, R.C.C.; GORDAN, P. Dados disponível sobre a doença renal crônica no Brasil.**Jornal Brasileiro de Nefrologia**.v.29, 2015.

SHOWKAT, A.; ACCHIARDO, S. R.; OWEN Jr, W. F. Terapia com diálise no contexto do tratamento intensivo. In: IRWIN, R. S; RIPPE. J. M. **Terapia intensiva**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Inquérito brasileiro de diálise crônica - análise das tendências entre 2011 e 2013. **J. Bras. Nefrol.** [Internet] 2014; 36(4) Disponível: <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20140068> Acesso em: 08 jan. 2015.

SOUSA, G. R. **Estratégia De Educação Em Saúde Para Pacientes Em Tratamento Hemodialítico**. Monografia (Curso Bacharelado em Enfermagem), Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros. Piauí, 2012.

SOUZA S. V. **Doença Renal Crônica: conhecendo a experiência da criança**. Dissertação (Mestrado) - Escola Ana Nery. Rev.. Enfermagem, 2012.

TANURE, Gerard J. **Prprocesso de Enfermagem**.10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-koogan, 2012.

THOMÉ, E. G. R. Homens **doentes renais crônicos em hemodiálise**: a vida que poucos veem. 2011. 181 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: Ed da UFSC, 2010.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo, Atlas, 2010.

VASCONCELOS M.N; BARBOSA S.S; NETO S.S; SIQUEIRA K. M. Avaliação dos principais fatores etiológicos em indivíduos portadores de insuficiência renal crônica em hemodiálise. **ConScientiae Saúde**,2010.