

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ
FACENE - RN
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

KAMILA THALIA MOURA GOMES

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ACESSOS PARA HEMODIÁLISE:
AUTOPERCEPÇÃO DO PACIENTE COM DOENÇA RENAL CRÔNICA**

MOSSORÓ
2019

KAMILA THALIA MOURA GOMES

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ACESSOS PARA HEMODIÁLISE:
AUTOPERCEPÇÃO DO PACIENTE COM DOENÇA RENAL CRÔNICA**

Monografia apresentada a Faculdade de Enfermagem
Nova Esperança de Mossoró/RN, como exigência parcial
para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Evilamilton Gomes de Paula

MOSSORÓ

2019

G633r Gomes, Kamila Thalia Moura.

Representações sociais dos acessos para hemodiálise:
autopercepção do paciente com doença renal crônica /
Kamila Thalia Moura Gomes. – Mossoró, 2019.
64f.

Orientador: Prof.º Esp. Evilamilton Gomes de Paula.
Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade
Nova Esperança de Mossoró.

1. Doença renal crônica. 2. Acesso vascular. 3.
Hemodiálise. I. Título. II. Paula, Evilamilton Gomes de.

CDU 616.61

KAMILA THALIA MOURA GOMES

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ACESSOS PARA HEMODIÁLISE:
AUTOPERCEPÇÃO DO PACIENTE COM DOENÇA RENAL CRÔNICA**

Monografia apresentada pela aluna KAMILA THALIA MOURA GOMES, do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Esp. Evilamilton Gomes de Paula (FACENE/RN).
Orientador

Prof^a. Ma. Giselle dos Santos Costa Oliveira (FACENE/RN)
Membro

Prof^a. Esp. Janaina Fernandes Gasques Batista (FACENE/RN)
Membro

Dedico este trabalho a todos os pacientes renais crônicos que enfrentam inúmeras limitações devido ao convívio com o acesso vascular para hemodiálise e mesmo assim continuam firmes na caminhada buscando melhoria na sua qualidade de vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me concedeu a vida, além de abençoá-la, deu-me forças para superar todos os obstáculos até aqui;

A minha querida e amada mãe, Roberlania Moura que sempre me incentivou a conquistar os meus objetivos, depositando toda a sua confiança na minha capacidade profissional, até mesmo quando nem eu acredito que sou capaz. Ela me apoia nos momentos de alegria e esta sempre presente na tristeza, quando o mundo parece desabar é o amor dela que ajuda-me a erguer-me novamente, deixo aqui a minha eterna gratidão por todo o amor e dedicação durante a minha criação, sem você eu nada seria, você é tudo que eu tenho, te amo minha mãe!

A toda minha família, em especial meus avós Deusdete e Fatima, minhas tias Rivânia, Rosivânia e Rosângela agradeço por todo apoio e admiração;

Ao meu pai Geraldo Gomes, minha avó Francisca, meu avô Antonio (in memória), minha irmã Thassila, minha madrastra Tagna, além de toda família dela que eu considero minha, agradeço por todas as orações e torcida pelo meu sucesso profissional;

A minha amiga Karoline Tamires e seu esposo Junifran por me ajudar à ingressar na vida acadêmica;

Ao meu namorado Eduardo Rodrigues, agradeço pela força e por está sempre presente me incentivando, além de depositar toda a sua confiança na minha capacidade profissional, amo você!

A Natalia Alves, minha amiga de trabalho, por me ajudar sempre que preciso, isso foi primordial para realização dessa conquista, a você serei eternamente grata;

Ao meu Orientador, Evilamilton de Paula, por todo suporte, pelas dicas, pelos sustos que me desesperavam, pelos momentos de descontração, enfim por todas as orientações o meu muito obrigada.

A minha banca examinadora composta por essas excelentes profissionais Giselle dos Santos e Janaina, obrigada por aceitarem fazer parte desse momento.

A Ingrid Araújo, pela contribuição para melhoria deste trabalho.

As amigas que conquistei durante a graduação Aline Araújo, Cleilma Lira, Joseandra Ribeiro “Josy”, Larisse Januário, Lorryne Ramos, Maria das Graças “Gracinha”, Raiany Oliveira, Tatyana Glycia e Wilza Rodrigues, com vocês ri, chorei, me estressei, briguei, conversei, adquiri novos conhecimentos e independente de

qualquer distância eu sempre vou torcer pelo sucesso de cada uma, embora eu pareça ser fria, vocês tem um lugarzinho especial no meu coração, a vocês minha gratidão por esses quatro anos, jamais serão esquecidas.

A toda equipe do Centro de diálise de Mossoró, agradeço de coração.

Aos entrevistados agradeço por aceitarem fazer parte desse momento tão único, a vocês toda a minha admiração.

A Fabricia Raiane, Drº Antonio Leite e Drº Giovani Cersosimo agradeço por me emprestarem livros aos quais foram de grande relevância para elaboração desta trabalho. A vocês, meu eterno reconhecimento.

Agradeço a todas as pessoas que oram por mim. Vocês são anjos na minha vida!

E por último, não menos importante a Evelin Félix, Jéssica Costa e Sibebe Lima, por terem sido as melhores preceptoras durante essa jornada acadêmica, aqui deixo a minha sincera gratidão, por compartilharem os seus conhecimentos, vocês são incríveis.

“Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos. Escolhi estar presente na dor porque já estive muito perto do sofrimento. Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda. Escolhi o branco porque quero transmitir paz. Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fontes de saber. Escolhi ser enfermeira porque amo e respeito a vida!”

(Florence Nightingale)

RESUMO

A hemodiálise é a terapia renal substitutiva (TRS) mais utilizado entre os portadores de doença renal crônica, este método de terapia é aplicado no Brasil desde a década de 1950. Para que seja possível a realização da hemodiálise é necessário que o paciente possua um acesso vascular, os acessos utilizados são cateter venoso central (CVC) de curta permanência, de longa permanência como o permecath, a fistula arteriovenosa (FAV) e prótese de politetrafluoretileno (PTFE). Por haver a necessidade do acesso, a presente pesquisa tem como objetivo geral compreender a autopercepção do paciente renal crônico acerca do acesso vascular para hemodiálise. Trata-se de um estudo do tipo exploratório com caráter descritivo e abordagem quanti-qualitativa. A pesquisa foi realizada no Centro de Diálise de Mossoró (CDM), a população composta por um total de 173 pacientes e a amostra constituída por 62 pacientes. Os dados foram coletados através de uma entrevista com questões semiestruturadas com perguntas abertas e fechadas, assim possibilitando uma boa relação entre o entrevistador e o entrevistado. Essa entrevista foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE) João Pessoa – Paraíba, protocolo n° 159/2019 e CAAE: 22586919.5.0000.5179. Os dados qualitativos foram analisados de acordo com a análise de conteúdo de Bardin e os dados quantitativos organizados em planilha eletrônica no programa Microsoft Excel. Em relação ao sexo predominou o masculino com (58%). (61%) eram casados, (42%) iniciaram o ensino fundamental, porém, não concluíram. (87%) professa alguma religião. Quanto ao tempo de hemodiálise (63%) realizam entre 06 meses a 4 anos. Os objetivos da pesquisa foram alcançados e a hipótese confirmada, embora tenha sido observado que os pacientes que utilizam o CDL se declararam mais incomodados em conviver com o acesso vascular, mais da metade dos pacientes sentem insatisfação devido a esse convívio com o acesso vascular, em virtude dessa insatisfação os entrevistados afirmaram que o acesso interfere na sua qualidade de vida, além de contribuir para que os pacientes tenham uma percepção negativa de si. Conclui-se que em meio a tantas limitações, insatisfações decorrentes do convívio com o acesso vascular para hemodiálise e o medo de infecções e complicações, quem declara algum tipo de fé tem mais facilidade para enfrentar as situações de adoecimento.

Palavras-Chave: Doença Renal Crônica. Acesso Vascular. Hemodiálise.

ABSTRACT

Hemodialysis is the most commonly used renal replacement therapy (RRT) among patients with chronic kidney disease. This method of therapy has been applied in Brazil since the 1950s. To be able to perform hemodialysis it is necessary that the patient has access vascular access, the accessions used are long-term, short-stay central venous catheter (CVC) such as permecath, arteriovenous fistula (AVF) and polytetrafluoroethylene prosthesis (PTFE). Because there is a need for access to this research, its general objective is to understand the chronic kidney patient's self-perception of vascular access for hemodialysis. This is a descriptive exploratory study with a quantitative and qualitative approach. The research took place at the Mossoró Dialysis Center (CDM), a population of 173 patients and a sample of 62 patients. Data were collected through an interview with semi-structured questions with open and closed questions, thus enabling a good relationship between the interviewer and the interviewee. This interview was conducted after approval by the Research Ethics Committee (CEP) of the New Hope School of Nursing and Medicine (FACENE / FAMENE) João Pessoa - Paraíba, protocol n ° 159/2019 and CAAE: 22586919.5.0000.5179. Qualitative data were analyzed according to Bardin's content analysis and quantitative data organized in a spreadsheet using Microsoft Excel. Regarding gender predominated male with (58%). (61%) were married, (42%) started elementary school but did not complete, (87%) profess any religion. As for the time of hemodialysis (63%) perform from 06 months to 4 years. The research objectives were reached and the hypothesis confirmed, although it was observed that patients using CDL declared to be more bothered to live with vascular access, more than half of the patients feel dissatisfaction due to this coexistence with vascular access, in particular. Due to this dissatisfaction, the interviewees stated that access interferes with their quality of life, besides contributing to patients having a negative perception of themselves. It is concluded that amid so many limitations, dissatisfactions and resulting from living with vascular access for hemodialysis and the fear of infections and complications, those who declare some kind of faith find it easier to cope with illness situations.

Keywords: Chronic Kidney Disease. Vascular Access. Hemodialysis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Idade dos entrevistados.....	34
Tabela 2: Sexo dos entrevistados.....	35
Tabela 3: Estado Civil dos Entrevistados.....	36
Tabela 4: Escolaridade dos Entrevistados.....	36
Tabela 5: Religião dos Entrevistados.....	37
Tabela 6: Tipo de acesso vascular e tempo de tratamento dialítico.....	38
Tabela 7: Tristeza devido a convivência com o acesso vascular para hemodiálise..	40
Tabela 8: Interferência do acesso vascular no cotidiano do paciente.....	40
Tabela 9: Infecção e Medo de complicações com o acesso vascular para hemodiálise.....	41
Tabela 10: Conhecimento sobre os cuidados com o acesso vascular para hemodiálise e a realização do autocuidado.....	42
Tabela 11: Interferência do acesso vascular na qualidade de vida.....	42

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Desconforto quando começou a utilizar o acesso vascular.....	39
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AV – Acesso Vascular
CDL – Cateter duplo lúmen
CDM – Centro de diálise de Mossoró
CEP – Comitê de ética em pesquisa
COFEN – Conselho federal de enfermagem
CVC – Cateter venoso central
DM – Diabetes Mellitus
DPA – Diálise peritoneal automatizada
DPAC – Diálise peritoneal ambulatorial contínua
DRC – Doença renal crônica
FAV – Fístula arteriovenosa
HAS – Hipertensão arterial sistêmica
IPCS – Infecção primária da corrente sanguínea
IRC – Insuficiência renal crônica
ND – Nefropatia diabética
PTFE – Prótese de politetrafluoretileno
PTH – Paratormônio
RCV – Risco cardíaco vascular
SBN – Sociedade brasileira de nefrologia
SUS – Sistema único de saúde
TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido
TFG – Taxa de filtração glomerular
TRS – Terapia renal substitutiva
UBS – Unidade básica de saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO	14
1.2 HIPÓTESE.....	16
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3 REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1 A DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC)	17
3.1.1 Progressão da Doença Renal Crônica	17
3.2 PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PARA DOENÇA RENAL CRÔNICA ...	19
3.3 EPIDEMIOLOGIA DA DOENÇA RENAL CRÔNICA.....	20
3.4 TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (TRS)	22
3.4.1 Transplante Renal.....	22
3.4.2 Hemodiálise.....	23
3.4.3 Diálise Peritoneal (DP).....	23
3.5 ACESSOS PARA HEMODIÁLISE	24
3.5.1 Cateter Duplo Lúmen de Curta Permanência	24
3.5.2 Cateter Duplo Lúmen de Longa Permanência (Permcath)	25
3.5.3 Fístula Arteriovenosa (FAV).....	25
3.5.4 Prótese de Politetrafluoretileno (PTFE)	26
3.6 NECESSIDADES E FRAGILIDADES DO PACIENTE.....	27
4 METODOLOGIA	29
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	29
4.2 LOCAL DA PESQUISA	29
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	30
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA.....	30
4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA.....	31
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	31
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	32
4.8 FINANCIAMENTO	33
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	34
5.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	34

5.2	AUTOPERCEPÇÃO DOS PACIENTES SOBRE OS ACESSOS VASCULARES PARA HEMODIÁLISE	37
5.3	LIMITAÇÕES IMPOSTAS PELO USO DO ACESSO VASCULAR PARA HEMODIÁLISE	43
5.4	INSATISFAÇÃO DOS PACIENTES A RESPEITO DO ACESSO VASCULAR PARA HEMODIÁLISE.....	45
5.5	IMPACTOS RESULTANTE DO CONVÍVIO COM O ACESSO VASCULAR PARA HEMODIÁLISE.....	46
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
	REFERÊNCIAS	50
	APÊNDICES	56
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	57
	APÊNDICE B – Instrumento de coleta	58
	ANEXO	62
	ANEXO A – CERTIDÃO DO CEP	63

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) consiste na perda progressiva e irreversível das funções renais, pode iniciar-se de forma aguda ou de maneira lenta e progressiva (BISCAI; MARQUES, 2010). Nos últimos anos a DRC tem sido considerada um grande problema de saúde, dessa forma, vem recebendo uma atenção maior pelos profissionais da área da saúde, por ser considerada uma doença que não possui cura, mas sim meios de prolongar a vida do paciente (NEVES; SANTOS; TREVISAN, 2016). Além disso, a DRC pode causar limitações físicas, psicológicas e sociais, com sérias consequências tanto na vida do paciente, quanto na de seus familiares (CAVALCANTE et al., 2015).

O portador de DRC em estágios avançados, tem como modalidades de terapia renal substitutiva (TRS): o transplante renal, a hemodiálise e a diálise peritoneal. O tratamento mais eficaz e satisfatório é o transplante renal, entretanto a taxa de transplantes não alcança a demanda de novos pacientes. Quando o doente renal crônico não consegue o transplante ele necessita ser submetido a hemodiálise ou a diálise peritoneal como alternativa de vida (CABRAL et al., 2013).

O transplante renal é o tratamento de escolha para os pacientes com DRC, contanto que apresentem condições de submeter-se a cirurgia do transplante e não possuam contra indicações para o uso das medicações imunossupressoras. Essa modalidade de terapia substitutiva possibilita melhor qualidade de vida ao paciente (FURTADO et al., 2012).

A hemodiálise é o processo de depuração de sangue, que ocorre através de uma máquina, esta faz a função que o rim doente não pode mais fazer (SBN, 2019). Para que possa ser realizada a hemodiálise é necessário um acesso vascular, sendo que o mais utilizado é a FAV (CABRAL et al., 2013).

A diálise peritoneal já foi bastante utilizada, porém nos últimos anos tem sido pouco indicada (MENDES et al., 2016). Essa terapia apresenta-se de duas formas, a diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC) e diálise peritoneal automatizada (DPA), a DPAC é realizada de forma manual e DPA através de uma máquina cicladora (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2016).

Cada acesso vascular apresenta indicações e restrições de uso em sua particularidade (JUNIOR et al., 2013). Para Junior et al (2011), o acesso ideal é aquele capaz de fornecer um fluxo adequado, duradouro, facilmente obtido e com baixo índice de complicações (infecção, trombose etc).

A FAV é resultante de um procedimento cirúrgico, onde realizam uma anastomose entre uma artéria e uma veia, confeccionando um vaso de maior calibre, que contribui em um maior fluxo de sangue (SILVA; NUNES, 2011).

A prótese é a alternativa de acesso utilizada quando não se obtém sucesso na confecção da FAV, a mais usada é a de politetrafluoroetileno. O CDL de curta permanência é o acesso vascular temporário mais utilizado pelos pacientes submetidos a hemodiálise até que tenham um acesso definitivo disponível para uso. O permcath cateter venoso de longa permanência é indicado para os renais crônico que apresentam problemas na confecção da FAV (FERMI, 2010).

O interesse pela escolha do tema pesquisado surgiu devido ao cotidiano de trabalho como recepcionista em uma clínica de hemodiálise, por observar que os pacientes conversavam com os outros doentes renais crônicos a respeito das limitações encontradas devido a utilização do acesso vascular para hemodiálise, as mudanças na rotina diária, o medo de infecções relacionadas ao acesso, bem como a insatisfação devido a necessidade do uso de um acesso vascular para realização da terapia supracitada.

A relevância da pesquisa se dá pela necessidade de se compreender a autopercepção do paciente renal crônico acerca do acesso vascular para hemodiálise, com o propósito de propiciar uma melhoria na elaboração dos cuidados de enfermagem na perspectiva de contribuir na qualidade de vida do paciente, visto que existe a necessidade do acesso em todos os doentes renais crônicos para realização da hemodiálise.

Diante do exposto, surge o seguinte questionamento: Quais seriam as principais dificuldades relacionadas a tais acessos no cotidiano dos renais crônicos em hemodiálise?

1.2 HIPÓTESE

Sabe-se que o acesso vascular mais adequado para realização da TRS como a hemodiálise é a FAV, por garantir um melhor fluxo sanguíneo durante o procedimento e melhor comodidade no dia à dia do doente renal crônico, porém nem todos os pacientes submetidos a essa terapia possui essa opção disponível, devido a isso acredita-se que o paciente tenha dificuldades em conviver com o acesso vascular para hemodiálise, por consequência dessa possível insatisfação supõe-se que o renal crônico tenha uma autopercepção negativa de si mesmo em função da presença do acesso, em virtude deste causar sofrimento, podendo assim, interferir na sua qualidade de vida.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a autopercepção do paciente renal crônico acerca dos acessos vasculares para hemodiálise.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar a autopercepção dos pacientes sobre os acessos vasculares para hemodiálise;
- Identificar as principais limitações enfrentadas devido ao uso do acesso vascular para hemodiálise;
- Conhecer os impactos resultantes da convivência com os acessos vasculares para hemodiálise.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC)

É resultante de uma lesão renal, em geral é progressiva e irreversível, consequentemente ocasionando a perda das funções renais (AJZEN; SCHOR, 2011). Os rins têm como função básica limpar o plasma sanguíneo de substâncias indesejáveis para o organismo. Outra função é a produção de eritropoetina hormônio que age estimulando a medula óssea na eritropoese (produção de hemácias) (FERMI, 2010). Quando ocorre a perda contínua da função renal, essa progressão pode conduzir o paciente a DRC Estágio Terminal (BRASIL, 2014).

O doente renal crônico passa pela experiência de uma intensa mudança na sua forma de viver, devido às limitações, a hemodíalise como uma necessidade contínua que se torna um tratamento doloroso, o medo da morte, mas também vive com a expectativa da realização do transplante renal e melhoria na sua qualidade de vida (MEDEIROS; MEDEIROS, 2013).

A descoberta de uma DRC e a necessidade da realização do tratamento dialítico podem, primeiramente, ser encaradas como uma dificuldade, causando sofrimento físico e mental aos pacientes. Destaca-se a importância do profissional enfermeiro instrumentalizar-se, não apenas no domínio das tecnologias que envolvem o procedimento em si, mas, considerar e inserir no planejamento do cuidado de enfermagem, as questões associadas à influência emocional e social para atender as necessidades existente na vida desses pacientes (SILVA et al., 2011).

A descoberta precoce da DRC e a realização de condutas terapêuticas adequadas para o retardamento de sua progressão pode reduzir o sofrimento dos pacientes e os custos financeiros associados à DRC (JUNIOR, 2004).

3.1.1 Progressão da Doença Renal Crônica

Os Estágios da DRC são divididos de I (mais leve) a V (mais grave) conforme a taxa de filtração glomerular (TFG): a) estágio I – pacientes com taxa de filtração glomerular maior ou igual a 90 ml/min; b) estágio II – pacientes com TFG de 60 a 89 ml/min; c) estágio III – subdivide em dois níveis 3a, pacientes com TFG leve ou moderadamente reduzido 45 a 59 ml/min; 3b, pacientes com TFG moderada a acentuadamente reduzida 30 a 44 ml/min; d) estágio IV – pacientes com TFG de 15 a 29 ml/min; e) estágio V – pacientes com falência renal TFG menor que 15 ml/min (JOHNSON; FEEHALLY; FLOEGE, 2016).

No estágio I, encontram-se os pacientes com função renal normal, porém com presença de proteinúria ou hematúria glomerular ou alteração no exame de imagem. O acompanhamento desses indivíduos deverá ser realizado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para tratamento dos fatores de risco modificáveis de progressão da DRC e doença cardiovascular de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde: controlar a glicemia, hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida (BRASIL, 2014).

No Estágio II, os pacientes apresentam pequena perda da função dos rins, sendo esse o estágio mais precoce da insuficiência renal, chamado também de fase pré-insuficiência renal. O rim até esse estágio consegue manter as suas funcionalidades básicas, a creatinina sanguínea ainda apresenta valores bastante aproximados dos de referência normal. Quando os indivíduos dessa fase são expostos a utilização de drogas tóxicas aos rins, como anti-inflamatórios ou contrastes para exames radiológicos, acabam correndo maiores riscos de agravar as funções renais. É frequente se deparar com idosos nesse estágio, no entanto se não apresentarem doenças que atacam os rins ou associadas a DRC, a perda da função renal não acarreta em maiores problemas a médio/longo prazo, já que ao longo dos anos os rins vão perdendo as funções naturalmente devido ao envelhecimento (PINHEIRO, 2018).

O Estágio III, para o nefrologista maior parte dos pacientes evoluem para esse estágio. É constante as complicações associadas a DRC nessa fase da progressão, e todas devem ser avaliadas e tratadas corretamente. Nessa etapa o rim já tem pequena capacidade de produzir a eritropoetina, hormônio que controla a produção de hemácias (glóbulos vermelhos) pela medula óssea, levando o paciente a apresentar anemia progressiva. Outrossim, é bastante frequente o aparecimento de doença óssea chamada de osteodistrofia, decorrente da elevação do paratormônio

(PTH) e pela queda na produção de vitamina D, hormônios que controlam a quantidade de cálcio nos ossos e no sangue. A presença de albuminúria (maior que 30 mg/24h) é um marcador adicional de dano renal que parece identificar os pacientes com nefropatia de natureza progressiva, o que sinaliza o destino da progressão para os estágios 4 e 5 da DRC. Os indivíduos devem iniciar o tratamento e ser acompanhados por um nefrologista, já que a partir deste ponto, costuma haver progressão relativamente rápida da insuficiência renal caso não realize um tratamento adequado (RIELLA, 2010).

Estágio IV, quando o indivíduo chega a esse estágio ele apresenta uma ou mais complicações relacionadas à DRC como doença ósseo-mineral, anemia, hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia, neuropatia ou desnutrição. Todas essas complicações devem ser tratadas da maneira mais adequada. O objetivo característico dessa etapa é centrar na redução dos riscos cardiovascular (RCV), visto que muitos pacientes evoluem para o óbito em consequência de um episódio cardiovascular (RIELLA, 2010).

É ideal que o paciente receba orientações de uma equipe multiprofissional acerca das formas de TRS, para eleger a modalidade da TRS mais apropriada, realizar a confecção do acesso vascular, o mais indicado para hemodiálise é a FAV. No entanto a modalidade da TRS que oferece uma maior sobrevida é o transplante, porém quando apresentado graves problemas de adesão aos medicamentos essa opção de TRS acaba não podendo ser indicada (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2016).

Estágio V, os rins já não dispõem mais a capacidade de conservar o controle do meio interno e os distúrbios metabólicos podem ser graves, como aumento de potássio no sangue (que pode desencadear arritmias cardíacas graves), retenção de ácidos, intensa perda do apetite, náuseas, vômitos, perda de peso e desnutrição. A diurese pode diminuir significativamente neste período, o líquido em excesso nas pernas e nos pulmões causam edemas, cansaço e falta de ar (MORSCH; VERONESE, 2011).

3.2 PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PARA DOENÇA RENAL CRÔNICA

Dentre os fatores de risco relacionados a DRC os principais são a nefropatia diabética (ND) e HAS não controlada. A ND é a principal causa de doença renal terminal. A HAS é muito comum em pacientes com DRC, e o nível da pressão arterial

associa-se à taxa de perda da função renal. É uma das principais causas da doença renal crônica terminal em todo o mundo (JOHNSON; FEEHALLY; FLOEGE, 2016).

Segundos dados do Ministério da Saúde (2014), muitos fatores estão associados tanto à etiologia quanto à progressão para perda de função renal. Os indivíduos sob o risco de desenvolver DRC são: a) Idosos; b) Portadores de obesidade (IMC > 30 Kg/m²); c) Histórico de doença do aparelho circulatório (doença coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca); d) Histórico de DRC na família; e) Tabagismo; f) Uso de agentes nefrotóxicos; doenças cardiovasculares; dislipidemia.

Em relação ao diagnóstico da doença renal primária, os mais frequentes em 2016 foram hipertensão arterial (34%) e diabetes (30%), seguidos por glomerulonefrite crônica (9%) e rins policísticos (4%); outros diagnósticos foram feitos em 12% e este ficou indefinido em 11% dos casos. Não houve alteração significativa nesses percentuais nos últimos anos (SESSO et al., 2017).

Os principais mecanismos da HAS na insuficiência renal crônica são sobrecarga salina e de volume devido a perda progressiva da capacidade renal de excretar sódio, além de aumento de atividade do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) e disfunção endotelial (BORTOLOTTI, 2008).

Diabetes Mellitus (DM), é o conjunto variado de doenças que se configuram por aumento da glicose no sangue, é uma das maiores causas de doença renal. Qualquer indivíduo com diabetes (tipo I ou II) corre o risco de desenvolver doença renal. A nefropatia diabética se manifesta após vários anos depois de o paciente contrair diabetes. A doença nos rins não apresenta sintomas precoces. Além de invisível, o processo de danificação dos rins é irreversível e pode progredir até converter-se em insuficiência renal crônica terminal (SBN, 2019).

As glomerulopatias ou glomerulonefrites podem ter origem nos rins e acometer apenas esses órgãos, sendo chamadas de primárias, ou podem ser secundárias a outras doenças, como diabetes, hepatites, doenças autoimunes, dentre outras (SBN, 2019).

3.3 EPIDEMIOLOGIA DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

A DRC vem se tornando um grande problema de saúde pública em todo o mundo, provocando um enorme impacto negativo na expectativa e qualidade de vida

de seus portadores e requisitando parte significativa dos recursos designados para a saúde (FILHO; RODRIGUES, 2013).

Até o primeiro semestre de 2016, o número de unidades de diálise cadastradas na sociedade brasileira de nefrologia (SBN) era de 834, nas quais 747 tinham o programa de tratamento dialítico crônico ativo, para a realização do censo 2016 um total de 309 (41,4%) unidades responderam ao questionário disponível na página eletrônica da SBN e foram analisadas. Os dados informados pelas 309 unidades participantes são referentes a 50.807 pacientes em diálise. Desse total de pacientes, 83% eram reembolsados pelo SUS e 17% por seguros de saúde privado (SESSO et al., 2017).

O número estimado de pacientes que iniciaram tratamento dialítico no ano de 2016 no Brasil foi de 39.714, equivalente a uma taxa de incidência de 193 pacientes por milhão da população (pmp). Dos pacientes novos 48% iniciaram tratamento na região Sudeste, 19% na região Nordeste, 17% na região Sul, 10%, na região Centro-Oeste e 5% na região Norte. O total de pacientes novos que começaram diálise apresentando ND foi de 16.309, correspondendo a uma taxa de 79 pacientes pmp, 41% do total dos casos incidentes. O número estimado de óbitos em 2016 foi de 22.337, correspondendo a uma taxa de mortalidade bruta de 18,2% durante o ano (SESSO et al., 2017).

Segundo o Registro Brasileiro De Transplantes (2016), o número de pacientes em lista de espera para o transplante renal no Brasil, em dezembro de 2016, era de 21.264 (104 pmp), cerca de metade do número estimado de 36.000 a 42.000 (30-35% da prevalência em diálise, que é de 120.000 pacientes). Em três estados (SP, MG e PR) com 36,6% da população, estão em lista de espera 14.964 pacientes (71,4% dos pacientes do país), enquanto que, em todos estados da Região Norte, a lista é inferior a 35 pmp, sendo também é muito pequena no RN (32 pmp) e em SC (43 pmp). Ingressaram em lista de espera, para o transplante renal, 13.078 pacientes (64 pmp), em torno de 70-85% do esperado (50-60% dos ingressos em diálise, de 150 pmp) e houve baixa mortalidade em lista (4,7%), menor que a esperada de cerca de 6-8%.

Ainda de acordo com o Registro Brasileiro De Transplantes (2016), houve uma queda no número dos transplantes renais devido à diminuição do transplante com doador falecido, de 2,4%, apesar do pequeno aumento da taxa de doadores efetivos, indicando um maior descarte dos rins, de 26% para os rins doados e de 19% para os removidos. O número de transplantes com doador vivo, que vinha caindo nos últimos

dez anos, estabilizou (crescimento de 0,9%) numa taxa muito baixa (5,9 pmp), muito inferior a uma taxa aceitável, em torno de 10 pmp; apenas SP (12,9 pmp) e PR (12,8 pmp) ultrapassaram essa taxa. A taxa de transplantes renais com doador vivo não parente e não cônjuge cresceu para 6,7%. Apresentaram taxa de transplante superior a 40 pmp: PR (48,6 pmp), RS (48,2 pmp) e SP (46,2 pmp).

A prevalência entre os pacientes portadores de DRC em 2016 era no sexo masculino totalizando 56%. O percentual de pacientes em diálise com idade menor ou igual a 12 anos, entre 13 a 19, 20 a 64 anos, 65 a 74 anos ou ≥ 75 anos foi de 0,3%, 0,9%, 65,7%, 21,8% e 11,2%, respectivamente. Os pacientes que realizavam a hemodiálise como terapia renal substitutiva era de 92,1% e 7,9% era a diálise peritoneal, sendo que, desta, a diálise peritoneal automatizada (DPA) era a modalidade predominante (SESSO et al., 2017).

3.4 TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (TRS)

Subdivide-se em transplante renal, hemodiálise e diálise peritoneal. De acordo com a SBN (2019) a indicação para o tratamento renal é realizado pelo médico nefrologista que avalia o paciente na consulta médica, investigando os seus sintomas e examinando o seu corpo; dosagem de ureia e creatinina no sangue; dosagem de potássio no sangue; dosagem de ácidos no sangue; quantidade de urina produzida durante um dia e uma noite (urina de 24 horas); cálculo da porcentagem de funcionamento dos rins (clearance de creatinina e ureia); avaliação de anemia (hemograma, dosagem de ferro, saturação de ferro e ferritina); presença de doença óssea.

3.4.1 Transplante Renal

É considerado a alternativa de substituição renal mais completa. Por garantir a liberdade de realizar as atividades de rotina diárias e com o principal benefício a melhoria da qualidade de vida do paciente (SBN, 2019). O transplante possui dois tipos de doadores, os vivos que podem ser subdivididos em vivos relacionados (parentes como pais e irmãos) e vivos não relacionados (esposa, marido, amigos): dependendo da legislação local e doadores não vivos, os rins são retirados após confirmação de morte encefálica e autorização dos familiares (FERMI, 2010).

Um rim saudável, de um doador vivo ou falecido é transplantado no paciente portador de Insuficiência Renal Crônica – IRC, o rim implantado exerce as funções de filtração e eliminações de líquidos e toxinas. O receptor é aquele que estiver mais compatível (menor risco de infecção) com o doador. Para essa comprovação é realizado diversos exames, tanto no receptor, quanto no doador, para certificar que o mesmo não possui doenças que possam ser transmitidas para o receptor. Vale ressaltar que o paciente transplantado deve continuar realizando acompanhamento médico, visto que é necessário fazer uso de remédios imunossupressores que contribuem na redução de rejeição do rim implantado (SBN, 2019).

3.4.2 Hemodiálise

A hemodiálise é o método de TRS utilizado no Brasil desde a década de 1950 (SILVA et al., 2011). É o tratamento mais utilizado entre os portadores de DRC. Realizado em uma máquina que faz a limpeza e a filtração do sangue, fazendo a função que os rins não conseguem mais realizar, através de um acesso vascular sendo ele cateter (tubo) ou uma FAV (SBN, 2019).

Os principais componentes do sistema de hemodiálise são o rim artificial ou dialisador; os respectivos dispositivos mecânicos que bombeiam o sangue do paciente e o dialisato (líquido de composição química específica, usado para realização da hemodiálise) (MEDEIROS; MEDEIROS, 2013). O sangue do paciente é impulsionado por uma bomba, chega até o dialisador onde é exposto a solução de diálise (dialisato), sendo assim ocorre a retirada do líquido, do excesso de sal, das toxinas e dos resíduos prejudiciais a saúde. Sendo também responsável por controlar a pressão arterial, ajudando o corpo a manter o equilíbrio de algumas substâncias como sódio, potássio, ureia e creatinina (SBN, 2019).

O tempo que o paciente passa na máquina dialisando pode variar de acordo com o caso clínico de cada um, a maioria dos pacientes realizam o esquema convencional, sendo submetidos a 3 sessões por semana, em dias intercalados, com duração de 4 horas por diálise (RIELLA, 2010).

3.4.3 Diálise Peritoneal (DP)

É o recurso terapêutico onde o processo da filtração acontece dentro do organismo. O peritônio membrana semipermeável, atua como um filtro natural

substituindo a atividade dos rins. Na cavidade peritoneal que fica entre os principais órgãos abdominais, é colocado e drenado um líquido de diálise na cavidade através de um cateter (tubo flexível biocompatível), este cateter é permanente e indolor. Existe duas maneiras de dialisar: a diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC) é feita de forma manual, 4 vezes por dia e diálise peritoneal automatizada (DPA) que é realizada através de uma máquina cicladora que infunde e drena o líquido, 1 vez por dia. Após um tempo o paciente pode realizar esse tratamento à domicílio de maneira independente (SBN, 2019).

3.5 ACESSOS PARA HEMODIÁLISE

Os cateteres venosos centrais (CVC) são bastante utilizados como acesso vascular (AV) para realização de hemodiálise. Preferencialmente utilizado em pacientes que necessitam de hemodiálise de urgência, portador de insuficiência renal aguda (IRA) e doença renal crônica quando ainda não possui o acesso vascular permanente ou quando a FAV apresenta algum problema. São utilizados dois tipos de cateteres, os não tunelizados feitos normalmente de polietileno, poliuretano, de uso limitado com curta permanência para hemodiálise e alta mortalidade, recomendado que não exceda 7 dias de utilização. Os tunelizados tem uma menor mortalidade e pode ser usado por vários meses, ambos apresentam estrutura maleável por serem de silicone (JOHNSON; FEEHALLY; FLOEGE, 2016).

Os resultados das hemodiálises com uso do CVC não apresentam uma eficácia tão boa comparada a hemodiálise realizada através do acesso arteriovenoso, devido o CVC ofertar um fluxo sanguíneo insuficiente. Pacientes com cateter central apresentam infecções mais frequentes. Quanto a sobrevida do cateter é cerca de 60% em 6 meses e 40% em 1 ano, quando realizado as revisões (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2016).

3.5.1 Cateter Duplo Lúmen de Curta Permanência

O cateter duplo lúmen (CDL) temporário é utilizado em pacientes com insuficiência renal aguda, indivíduos que necessita de hemodiálise com urgência, doente renal crônico que ainda não possui um acesso vascular permanente acessível e os que perdem esse acesso vascular permanente. O CDL suporta um fluxo de

sangue extracorpóreo de até 300 ml/min. Podem ser implantados nas veias subclávia, jugular interna e femoral (HENRICH, 2011).

O CDL pode apresentar complicações tanto durante a sua inserção como pneumotórax, hemotórax, lesão de nervos, hemorragia, arritmias, além das complicações na inserção, pode apresentar complicações tardias como as infecções superficiais e graves, trombose e coagulação do cateter. Nesse acesso deve ser realizado cuidados como curativos; no final de cada sessão de hemodiálise ocorre a lavagem das duas vias do CDL com soro fisiológico para que não ocorra coagulação; uso de anticoagulantes, o anticoagulante deve ser aspirado antes da utilização do cateter para evitar que o paciente receba dosagem exagerada de heparina durante a sessão de hemodiálise (FERMI, 2010).

3.5.2 Cateter Duplo Lúmen de Longa Permanência (Permcath)

O uso desse cateter é indicado para pacientes que necessitam de um acesso prolongado e os que apresentam complicações na confecção da fístula arteriovenosa. Possui um cuff de feltro ou drácon o que contribui na redução de infecções relacionados ao CVC. Os locais de inserção são os mesmos do cateter de curta permanência, a veia jugular interna direita por ter o seu trajeto venoso até o átrio direito sem desvio e consideravelmente curto, acaba sendo o local de inserção ideal. A veia subclávia teoricamente acaba sendo a que deve ser menos indicada por apresentar complicações durante a sua inserção (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2016). Pode apresentar complicações como infecção e trombose que pode ser decorrente de um baixo fluxo sanguíneo durante a sessão de hemodiálise ou coagulação do cateter (FERMI, 2010).

3.5.3 Fístula Arteriovenosa (FAV)

A FAV é a junção de uma artéria e uma veia nativa, o que proporciona um fluxo de sangue diretamente da artéria para veia. A anastomose habitual é feita no punho, entre a artéria radial e a veia cefálica, embora haja diversas variações possíveis, com anastomose na tabaquira anatômica, no antebraço, no cotovelo ou acima do cotovelo. A sua maturação normalmente ocorre no período de 6 a 8 semanas, ao longo da maturação devido ao dilatamento da veia e da artéria, o fluxo sanguíneo na FAV é

aumentado gradualmente. Antes de ocorrer a maturação a FAV não deve ser utilizada. Esse acesso em indivíduos com vasos sanguíneos inadequados, tem um baixo índice de maturação, o que acaba sendo uma desvantagem (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2016).

As fistulas arteriovenosas são mais confeccionadas no membro superior do que o membro inferior devido ao menor acontecimento de complicações, melhor comodidade ao paciente e por propor maior facilidade de punção. Como citado anteriormente a FAV possui mais de uma opção de ligação de vasos, a fístula arteriovenosa primária é a radiocefálica, as secundárias braquicefálica, ulnar-basílica, braquiobasílica e radiobasílica (FERMI, 2010).

As complicações mais comuns relacionadas são: a não maturação da FAV, estenose e trombose, isquemia induzida pelo acesso, pseudoaneurisma, infecções, fluxo baixo. A não maturação pode ser revertida com uma angioplastia. Estenose pode se desenvolver em qualquer região da fístula, quando ocorre aumenta o risco de falência da mesma. A trombose quando possível deve ser tratada em até 6 horas, para que seja viável a desobstrução da fístula. A isquemia induzida é grave, ocorre devido a uma circulação não adequada, caso não seja realizado intervenção o paciente pode ter que amputar o membro (JOHNSON; FEEHALLY; FLOEGE, 2016).

A enfermagem é responsável pela realização dos cuidados como antissepsia; punção arterial; punção venosa; pontos de punção; fixação das agulhas; escolha adequada do calibre da agulha de fístula; extravasamento sanguíneo (hematoma); curativos; monitorização da pressão arterial; monitorização da pressão venosa da fístula. O paciente deve realizar os cuidados como lavar o membro que está a fístula antes da punção; evitar compressões e cargas no membro que se encontra a fístula, não deve carregar peso, dormir sobre o braço e não permitir verificação de pressão nesse membro; não realizar tricotomia no membro da FAV; realizar exercício com uma bola de borracha para ajudar a preservar o funcionamento da FAV; no caso de sangramento o paciente deve comprimir o local com material limpo e elevar o membro do acesso; verificar se a fístula está funcionando; observar o local da fístula, se apresentar alguma alteração deve comunicar imediatamente às equipes médica e de enfermagem (FERMI, 2010).

3.5.4 Prótese de Politetrafluoretileno (PTFE)

A Prótese, também chamada de enxerto é normalmente introduzido no antebraço utilizando configuração em alça (artéria braquial para veia basilica) ou reta (artéria radial distal para veia basilica), entretanto caso ocorra a perda, uma nova prótese pode ser inserida no braço, na parede torácica (artéria axilar para veia axilar e artéria axilar para veia jugular) ou na coxa (artéria femoral para veia femoral). O tecido fibroso fixa o enxerto no túnel subdérmico e alcança hemostasia nos pontos de punção por agulha, dentro do prazo de 3 a 4 semanas. Embora os enxertos de PTFE tolerem inúmeras trombectomias e revisões, eles manifestam maior tendência a trombozes e infecções comparado as fístulas arteriovenosas primárias. A maior parte dos enxertos PTFE são perdidos devido trombose ou infecção, eventualmente, o material se gasta em consequência das constantes punções, em um período de 3 anos (HENRICH, 2011).

Este acesso pode apresentar complicações como infecções e trombose. Os cuidados da equipe de enfermagem são antissepsia; punções arterial e venosa; extravasamento sanguíneo (hematoma); curativos e monitorização da pressão arterial do paciente e da prótese, logo depois da implantação da prótese deve monitorar a pressão arterial do paciente, caso ocorra uma hipotensão grave pode paralisar o acesso. Os pacientes devem realizar os mesmos cuidados adotados para a FAV (FERMI, 2010).

3.6 NECESSIDADES E FRAGILIDADES DO PACIENTE

O tratamento hemodialítico é reconhecido pelo paciente renal crônico como uma alternativa de vida, porém esse tratamento acarreta em uma sobrecarga física e emocional devido as limitações apresentadas na vida desse indivíduo (PEREIRA; GUEDES, 2009). Dentre as limitações encontradas entre os pacientes submetidos a hemodiálise destaca-se a impossibilidade de trabalhar o que causa sentimento de inutilidade e desvalorização, de maneira que esse paciente acredita ser um incômodo para a sua família (CARREIRA; MARCON, 2003).

A função sexual também é um dos fatores afetados, devido a doença renal provocar a perda do libido e da potência sexual. Os acessos vasculares utilizados para realização da hemodiálise, ocasionam cicatrizes e alterações no corpo do paciente que interfere significativamente na sua autoimagem (QUINTANA; MÜLLER, 2006).

Essas alterações além de afetarem a autoimagem, acaba mexendo na autoestima do paciente de forma negativa, ocasionando o sentimento de desvalor e interferindo nas relações afetivas do mesmo. Todo o processo vivenciado pelo renal crônico após a descoberta da DRC pode ocasionar complicações sociais, físicas, psicológicas e afetivas (COUTINHO; SCHERER, 2015).

Devido a toda essa mudança brusca na vida do paciente, é necessário um acompanhamento psicológico desde a descoberta da doença. O papel do psicólogo na hemodiálise é muito importante, pois oferece aos pacientes o direito de se expressar, conversar sobre suas dificuldades, medos e angústias, assuntos esses que alguns renais crônicos não conseguem ter com os seus familiares e até mesmo com outros profissionais. A assistência de uma equipe multidisciplinar é fundamental, a troca de informações entre a equipe acaba proporcionando uma melhoria ao tratamento e na qualidade de vida do paciente (PASCOAL et al., 2009).

Os pacientes necessitam também de orientações para aprender a se adaptar à nova condição de vida, com objetivo de contribuir no autocuidado e nas intercorrências resultante do tratamento. Conscientizar o mesmo devido à necessidade da restrição hídrica; alimentação adequado para tal patologia; uso dos medicamentos; controle da glicemia e da pressão arterial sistêmica (SANTOS; ROCHA; BERARDINELLI, 2011).

O autocuidado com o acesso é fundamental para a manutenção do mesmo. Os pacientes que utilizam os cateteres devem evitar molhar o mesmo, bem como observar se apresenta sinais de infecção. Quanto a FAV não se deve realizar aferição da pressão arterial, nem puncionar algum acesso venoso no membro que está confeccionado a FAV, evitar dormir sobre o membro, não carregar peso e sempre lavar o membro antes do início de cada sessão de hemodiálise (SANTOS; ROCHA; BERARDINELLI, 2011).

Ainda de acordo com Santos, Rocha e Berardinelli (2011) as complicações como hipotensão, câibras, náuseas e vômitos podem ser minimizadas se o paciente seguir as orientações sobre a ingestão de líquidos e alimentação, pois, na maioria das vezes, essas complicações são decorrentes de uma ultrafiltração muito intensa para a remoção do excesso de líquidos ingerido no intervalo dialítico.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

A presente pesquisa trata-se de um estudo do tipo exploratório com caráter descritivo e abordagem quanti-qualitativa.

A pesquisa exploratória é a aquela que visa proporcionar maior entendimento do pesquisador sobre o assunto, com objetivo de torná-lo mais compreensível ou criar novas hipóteses, dessa forma poderá ser utilizado em estudos posteriores. A pesquisa descritiva tem como finalidade proporcionar a descrição das características de determinada população, são incluídas nesse grupo as pesquisas que tem o propósito de levantamento de opiniões, atitudes e crenças da população. São também aquelas que tem em vista identificar a existência de relações entre variáveis, e tendem definir a natureza dessa relação (GIL, 2010).

De acordo com Neto (2012), uma pesquisa quantitativa representa um conjunto de ensaios, constituídos com bases científicas e estatísticas, com finalidade de definir a influência de diversas variáveis nos resultados de um dado sistema ou processo. Existem dois principais instrumentos a ser abordados na pesquisa quantitativa, são eles: experimentos e levantamentos. Nesse tipo de pesquisa utiliza-se de forma intensa os testes estatísticos, ao qual são conduzidos de forma planejada, caracteriza-se pelo controle das variáveis independentes de modo a analisar o impacto sobre a variável dependente.

A pesquisa qualitativa pode ser analisada de acordo com a condição de informação do pesquisador, entendendo que a realidade desta pesquisa tem vários níveis, tentando entender e interpretar os fatos. Desta forma, pode se construir as explicações pertinentes para os fatos observados, sendo essencial entender os mesmos, reconquistando a subjetividade em relação aos fenômenos sociais. Esta abordagem tem como objetivo a compreensão dos fenômenos nas suas peculiaridades históricas e pela interpretação dos eventos (NETO, 2012).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa aconteceu no Centro de Diálise de Mossoró (CDM), situado na Avenida Rio Branco, nº 1200, CEP: 59600-400, bom Jardim, CNPJ: 06.859.985/0001-

91 no município de Mossoró - Rio Grande do Norte, onde atendem pacientes residentes de Mossoró e regiões circunvizinhas, através do Sistema Único de Saúde (SUS) e convênios. A equipe é composta por 03 médicos nefrologista, 04 clínicos geral, 03 enfermeiros(as) especialistas em nefrologia, 01 assistente social, 01 psicóloga, 01 nutricionista, 19 técnicos de enfermagem, 02 técnicos de laboratório e 01 farmacêutica.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

População é um conjunto de elementos que possuem determinadas características, ou seja, geralmente fala-se de população como referência ao total de habitantes de um determinado lugar (GIL, 2008).

Amostra é o subconjunto do universo ou da população, por meio do qual se estabelecem ou se estimam as características desse universo ou população, é uma parcela da população ao qual será estudada (GIL, 2008).

A população desse estudo é composta por 173 pacientes submetidos ao tratamento de hemodiálise no centro de diálise supracitado. Para o cálculo da amostra se fez uso da calculadora amostral disponível em <https://pt.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/> (SURVEYMONKEY, 2019). Portanto a amostra resulta em um total de 62 pacientes selecionados aleatoriamente, com acessos vasculares para hemodiálise diversificados.

Critérios de inclusão: Foram inclusos nessa pesquisa pacientes na faixa etária de 18 a 65 anos, com função cognitiva preservada, que realizam tratamento no período mínimo de 6 meses, além de terem concordado com o Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e assiná-lo.

Critérios de exclusão: Não foram inclusos pacientes que não estejavam dentro da faixa etária supracitada, com a função cognitiva prejudicada, realizando o tratamento a menos de 6 meses e aqueles que não concordaram com o TCLE e se negaram a assinar.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA

Com o intuito de atingir os objetivos da pesquisa foi realizado uma entrevista com questões semiestruturadas com perguntas abertas e fechadas, assim

possibilitando uma boa relação entre o entrevistador e o entrevistado. Para Neto (2012), a entrevista pode ser desenvolvida pelo pesquisador (entrevistador), através de um questionário ao qual é lido diretamente para o participante, que responde geralmente por meio de fala (ou sinais), as respostas são anotadas ou gravadas pelo pesquisador.

A entrevista semiestruturada é composta de perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de falar sobre o assunto proposto. Esse tipo de entrevista é muito utilizado quando se deseja delimitar a quantidade de informações, relacionadas ao tema proposto, com a finalidade de alcançar os objetivos (BONI; QUARESMA, 2005).

4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA

O procedimento de coleta dos dados sucedeu-se após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE) João Pessoa – Paraíba, protocolo nº 159/2019 e CAAE: 22586919.5.0000.5179.

A Coleta foi iniciada 01 hora depois do início da sessão de hemodiálise de cada turno, de modo que não houvesse interferência no prosseguimento da sessão, quando todos os pacientes já estavam ligados às máquinas e os profissionais já tinham organizado o andamento do turno, a pesquisadora se dirigiu a cada paciente de forma individual. Foi esclarecido ao paciente o objetivo da pesquisa, deixando claro que o mesmo não era obrigado a participar da pesquisa, ao aceitarem, assinaram o TCLE em duas vias, uma ficou com o participante e a outra com o pesquisador. O TCLE é o documento que garante ao participante da pesquisa o respeito aos seus direitos e o mesmo tem a liberdade de desistir da sua participação a qualquer momento. O sigilo é sempre mantido para que ocorra a preservação da integridade moral de cada indivíduo participante da pesquisa.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados desta pesquisa foi realizada a partir da abordagem quanti-qualitativa. Os dados qualitativos foram analisados conforme propõe a análise de conteúdo de Bardin. Quanto aos dados quantitativos, estes estão organizados em

planilhas eletrônicas no programa Microsoft Excel, os quais foram apresentados em frequência simples e porcentagem. Sempre quando necessário as variáveis sofreram transformação do tipo binária. Para Bardin (2010), a análise qualitativa não necessariamente rejeita toda e qualquer forma de quantificação. Apenas os índices é que não aparecem com tanta frequência, podendo o pesquisador recorrer a testes quantitativos quando existir índices similares em argumentos semelhantes.

A análise de conteúdo de Bardin organiza-se em três polos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. A pré-análise é a fase propriamente dita da organização. É um período de intuições, porém tem como objetivo tornar operacional e sistematizar as ideias iniciais, de modo a guiar um esquema preciso do desenvolvimento das operações contínuas no plano de análise. Esta etapa geralmente possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a elaboração das hipóteses e dos objetivos e a concepção dos indicadores que fundamentam a interpretação final. A exploração do material é a fase correspondente as operações de codificação. O tratamento dos resultados obtidos e interpretação, os resultados são tratados de maneira a serem significativos e válidos (BARDIN, 2010).

Já conforme Moraes (2005), os dados quantitativos são muitas vezes apresentados por meio de quadros, gráficos e distribuições de frequência. Esses dados quantitativos apresentam informação resultante de características susceptíveis de serem medidas, com diferentes intensidades, que podem ser de natureza discreta (descontínua) ou contínua.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE) João Pessoa – Paraíba, respeitando todos os preceitos éticos e legais preconizados pela Resolução N° 466, de 12 dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, considerando o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes envolvidos. O participante foi informado sobre todos os objetivos desta pesquisa, ao qual estão todos expostos no TCLE, assim como, a garantia do anonimato e o direito de desistir em qualquer fase da mesma (BRASIL, 2012).

Bem como todos os aspectos éticos contemplados na Resolução do Cofen N° 0564/2017 onde aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, foram considerados (COFEN, 2017).

A presente pesquisa apresentou riscos mínimos para o participante, como, constrangimento e desconforto ao responder as perguntas contidas no questionário da entrevista. Riscos estes que foram minimizados após os esclarecimentos da finalidade da pesquisa, bem como o anonimato da identificação do participante e das informações coletadas.

Os benefícios incluem a investigação da autopercepção do paciente acerca do acesso vascular para hemodiálise, acesso esse que é de extrema necessidade em pacientes renais crônicos que realizam a terapia supracitada como alternativa de vida, investigação esta que contribuirá para conhecimento dos fatores que causam limitações e afetam esses pacientes, na intenção de contribuir na qualidade de vida e convívio mais satisfatório com o acesso. Os benefícios superam os riscos desta pesquisa.

4.8 FINANCIAMENTO

Todas as despesas relacionadas a realização da pesquisa foram de plena responsabilidade da pesquisadora associada. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE-RN) disponibilizou as referências contidas na sua biblioteca, assim como o orientador e banca examinadora.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A presente pesquisa foi realizada com 62 pacientes que concordaram participar da entrevista realizada no Centro de Diálise de Mossoró – CDM. Nos resultados e discussões serão apresentados as informações coletadas junto aos pacientes renais crônicos sobre a sua autopercepção acerca dos acessos vasculares para hemodiálise. Os entrevistados serão representados pela letra “R” fazendo referência ao termo RENAL, numerados de 1 a 65, para que seja preservado o seu anonimato.

A seguir será abordado o perfil sociodemográfico de todos os pacientes que participaram da pesquisa; a autopercepção dos pacientes sobre os acessos vasculares para hemodiálise, bem como, as categorias: Limitações impostas pelo uso do acesso vascular para hemodiálise; Insatisfação dos pacientes a respeito do acesso vascular para hemodiálise; Impactos resultante do convívio com o acesso vascular para hemodiálise.

5.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Os dados sociodemográficos foram analisados através de tabelas constituídas pelas seguintes características: idade, sexo, estado civil, escolaridade e religião. A fim de caracterizar o perfil dos pacientes entrevistados.

Tabela 1: Idade dos entrevistados.

Idade	Freq.	%
20 a 30 anos	3	5%
31 a 41 anos	15	24%
42 a 52 anos	18	29%
53 a 65 anos	26	42%
Total	62	100%

Fonte: Pesquisa de campo, 2019.

A tabela 1 apresenta que 5% dos participantes estão dentro da faixa etária de 20 a 30 anos, 24% entre 31 a 41 anos, 29% entre 42 a 52 anos e 42% estão entre 53 a 65 anos.

De acordo com Pilger et al. (2010) o surgimento de doenças não transmissíveis pode induzir alterações funcionais com maior grau de intensidade, como a doença renal crônica. Sendo assim, a população com DRC, também tem aumentado devido ao envelhecimento da população em geral e ao aumento do número de pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus, que são as principais causas desta patologia atualmente.

Corroborando com o autor supracitado, percebe-se que a faixa etária com a maior quantidade de paciente entre 53 a 65 anos de idade, sabe que as funções dos nossos rins reduzem naturalmente de acordo com o envelhecimento. Tal fenômeno é diretamente afetado pelas doenças crônicas degenerativas como a hipertensão e diabetes que são comuns em função do envelhecimento.

Tabela 2: Sexo dos entrevistados.

Sexo	Freq.	%
Masculino	36	58%
Feminino	26	42%
Total	62	100%

Fonte: Pesquisa de campo, 2019.

O sexo predominante entre os entrevistados foi o masculino com 58%.

Esses dados sugerem que os homens procuram menos os serviços de saúde do que as mulheres, visto que estas buscam os serviços de saúde devido a cuidados ginecológicos, o que as leva a se preocuparem e cuidarem mais da saúde, conseqüentemente os homens estão mais suscetíveis a doenças do que as mulheres (RIBEIRO et al., 2014).

Concordando com o autor supracitado, os homens apresentam uma grande resistência em buscar os serviços de saúde, principalmente para prevenção, apenas procuram serviços em pronto atendimento quando os quadros de saúde já encontram-se agravados.

Tabela 3: Estado Civil dos Entrevistados.

Estado Civil	Freq.	%
Solteiro (a)	15	24%
Casado (a)	38	61%
Viúvo (a)	5	8%
Divorciado (a)	4	6%
Total	62	100%

Fonte: Pesquisa de campo, 2019.

A participação da família no processo de cuidado a pessoa com doença renal crônica em tratamento hemodialítico, significa ir além do modelo exclusivamente biológico, visando à integralidade e qualificação do cuidado em saúde (DADALT et al., 2013). Acredita-se que o apoio de um companheiro (a) é fundamental para uma boa aceitação e incentivo ao tratamento (AZEVEDO; AZEVEDO; MANHÃES, 2015).

Dos 62 pacientes entrevistados observa-se que mais da metade se declaram casados. Esse dado é de extrema relevância, pois a presença de um companheiro na vida do paciente é essencial para ajudar com apoio emocional, bem como, auxiliar na melhoria da qualidade de vida.

Tabela 4: Escolaridade dos Entrevistados.

Escolaridade	Freq.	%
Analfabetos	5	8%
Ens. Fund. Incompleto	26	42%
Ens. Fund. Completo	4	6%
Ens. Médio Incompleto	4	6%
Ens. Médio Completo	18	29%
Ens. Superior Incompleto	1	2%
Ens. Superior completo	4	6%
Total	62	100%

Fonte: Pesquisa de campo, 2019.

Quanto ao nível de escolaridade 42% dos participantes disseram ter estudo até o ensino fundamental, porém não chegaram a concluí-lo.

Acredita-se que indivíduos com nível escolar maior são melhores de compreender sobre a importância do tratamento e dos cuidados que um paciente renal deve ter (AZEVEDO; AZEVEDO; MANHÃES, 2015).

Corroborando com o autor acima citado, isso pode interferir na compreensão quanto ao tratamento dialítico e os cuidados para tal patologia, assim como, os cuidados com o acesso vascular. Os participantes que declararam o nível de escolaridade mais elevado, apresentaram mais conhecimentos sobre o seu quadro de saúde, a função da hemodiálise e a importância do acesso vascular.

Tabela 5: Religião dos Entrevistados.

Religião	Freq.	%
Católico	30	48%
Protestante	24	39%
Espírita	0	0%
Outras	8	13%
Total	62	100%

Fonte: Pesquisa de Campo, 2019.

Em relação a religião destacou-se a católica. Os indivíduos que possuem alguma religião ou crença demonstram menos dificuldades no enfrentamento da doença renal do que indivíduos que declaram não possuir nenhuma religião. A crença em Deus, o otimismo e o pensamento positivo originados do enfrentamento com foco na religião são fortes influências no desenvolvimento de soluções às situações difíceis decorrente da doença (SILVA et al., 2016).

Conforme descrito pelos autores em questão, percebe-se cotidianamente, nos espaços onde se produz saúde, que quem declara algum tipo de fé tem mais facilidade para enfrentar as situações de adoecimento.

5.2 AUTOPERCEPÇÃO DOS PACIENTES SOBRE OS ACESSOS VASCULARES PARA HEMODIÁLISE

Os dados apresentados a seguir, estão relacionados a autopercepção do paciente renal crônico acerca dos acessos vasculares para hemodiálise, que é o cerne dessa pesquisa.

Tabela 6: Tipo de acesso vascular e tempo de tratamento dialítico.

Tipo de Acesso	Freq.	%
CDL de Curta Duração	16	26%
CDL de Longa Duração	2	3%
FAV	44	71%
PTFE		

Tempo de Tratamento		
06 meses a 4 anos	39	63%
5 a 10 anos	8	13%
11 anos acima	15	24%

Fonte: Pesquisa de campo, 2019

As fístulas arteriovenosas são os acessos vasculares permanentes mais utilizados, por apresentar a melhor frequência de funcionamento e constitui uma das principais metas do tratamento hemodialítico (PEREIRA et al., 2014).

Corroborando com o autor, a FAV é o acesso mais utilizado por ser o de melhor escolha, pois apresenta melhor funcionamento, conforto ao paciente e um menor índice de complicações comparado aos outros acessos vasculares.

Pereira et al. (2014), relata que teoricamente não está determinado um limite de tempo a ser vivido ao paciente em tratamento hemodialítico. Pois sabe-se que há muitos pacientes com DRC realizando esse tipo de tratamento há mais de uma década.

Com relação ao tempo de tratamento, foi analisado que 63% dos entrevistados realizam esse tratamento de 06 meses a 4 anos, 8 deles fazem de 5 a 10 anos e 15 realizam a mais de 11 anos, dessa forma foi compreendido que o tempo auxilia na

adaptação com o acesso vascular. Sabe-se que quanto maior o tempo de tratamento, maior as possibilidades do uso de vários acessos vasculares, que acabam deixando marcas no corpo, podendo interferir na autopercepção por parte dos pacientes.

Gráfico 1: Desconforto ao utilizar o acesso vascular.



Fonte: Pesquisa de campo, 2019.

Cada indivíduo, de acordo com sua história de vida e constituição psíquica, pode reagir de diferentes formas à necessidade de hemodiálise e desenvolver alguns sentimentos como tristeza, revolta, inconformismo e até mesmo depressão, demonstrando a influência das características de personalidade do paciente diante da doença (PASCOAL et al., 2009).

No que se refere ao desconforto ocasionado pelo acesso vascular, 34 dos participantes responderam que sentiram desconforto a utilizar o acesso vascular para hemodiálise, apenas 28 responderam não. Embora exista uma menor quantidade de pacientes em uso do CDL, foi observado que esse acesso causa maior desconforto quando comparado a FAV, como pode ser observado durante a pesquisa.

Tabela 7: Tristeza devido a convivência com o acesso vascular para hemodiálise.

Tristeza	Freq.	%
Sim	23	37%
Não	39	63%
Total	62	100%

Fonte: Pesquisa de campo, 2019.

De acordo com Horta e Lopes (2017), o paciente com DRC apresenta limitações físicas para realizar atividades, andar, realizar esforços físicos, carregar peso, dentre outras, gerando tristeza devido às adaptações e às mudanças geradas, e essas mudanças não acontecem de maneira rápida, é um processo complexo.

Reafirmando o que foi supracitado, cada indivíduo enfrenta de forma diferente a DRC e também o convívio com o acesso vascular, devido a isso, quando questionados sobre o sentimento de tristeza devido ao convívio com o acesso vascular muitos declaram não terem sentido tristeza, pois reconhecem a necessidade nesse acesso para manutenção da hemodiálise, visto que essa acaba sendo a alternativa de vida, até que sejam chamados para um transplante renal, fato este que causa esperança de melhoria da qualidade de vida.

Tabela 8: Interferência do acesso vascular no cotidiano do paciente.

Interfere no dia a dia	Freq.	%
Sim	27	44%
Não	35	56%
Atrapalha na realização		
Banho		
Sim	17	27%
Não	45	73%
Trabalho		
Sim	21	34%
Não	41	66%
Atividade Sexual		
Sim	13	21%
Não	49	79%

Fonte: Pesquisa de campo, 2019.

O paciente com DRC convive diariamente com uma doença incurável e de longa duração. Com a evolução da doença, surgem complicações a curto e longo prazo que provocam limitações e alterações que repercutem na vida do renal crônico e de seus familiares. São muitas as dificuldades enfrentadas pelo paciente com DRC em tratamento hemodialítico. As limitações, restrições, negação ao tratamento, depressão e tantas outras complicações que também ocorrem durante a sessão de hemodiálise, deixam o paciente vulnerável e temeroso diante das novas mudanças em sua vida (HORTA; LOPES, 2017).

Concordando com o autor referenciado, existe muitas limitações e restrições para os pacientes, durante a entrevista foi observado que quem utiliza o CDL, se declaram mais afetados e incomodados pelas limitações, causando sentimento de insatisfação, devido o acesso interferir nas atividades do dia a dia, no banho, pra trabalhar e até mesmo durante a relação sexual com os seus cônjuges.

Tabela 9: Infecção e Medo de complicações com o acesso vascular para hemodiálise.

Infecção decorrente do Acesso	Freq.	%
Sim	19	31%
Não	43	69%
Medo de infecção e complicação		
Sim	46	74%
Não	16	26%
Total	62	100%

Fonte: Pesquisa de campo, 2019.

Indivíduos que vivenciam enfermidades crônicas perdem vínculos e controle de sua onipotência. Entre essas perdas, mais frequentemente, está o sentimento de medo do futuro pela incapacidade de mudar seu rumo. O medo da morte como emoção predominante, apresentam consequências como transtornos de humor, ansiedade, angústias e desafetos (RUDNICKI, 2014).

Apenas 19 dos entrevistados já apresentaram infecção no acesso vascular. Porém quando perguntados sobre o medo de infecções e complicações com o acesso, 74% dos entrevistados confirmaram ter medo. Embora não tenha feito parte dos questionamentos desta pesquisa, alguns pacientes referiram medo da morte e a

questão do medo pode interferir significativamente na qualidade de vida desse renal crônico.

Tabela 10: Conhecimento sobre os cuidados com o acesso vascular para hemodiálise e a realização do autocuidado.

Ciente dos Cuidados Necessários	Freq.	%
Sim	62	100%
Não	0	0%
Realizam autocuidado		
Sim	50	81%
Não	12	19%
Total	62	100%

Fonte: Pesquisa de campo, 2019.

Pereira et al. (2014), afirma que um dos grandes problemas dos pacientes em programa de diálise crônica é um acesso vascular que garanta a manutenção de seu tratamento. Nogueira et al., (2016), considera que o cuidado de si emerge a partir do conhecimento e aceitação de sua atual condição, com novos hábitos, possibilitando a manutenção do tratamento por meio do cuidado com o acesso e outras mudanças no seu cotidiano.

Quando questionados sobre o conhecimento dos cuidados necessários a serem realizados com o acesso vascular, 100% se declarou ciente, 81% informaram que fazem o autocuidado por medo de que ocorra complicações com o seu acesso, já 19% disseram que seguia o autocuidado de forma parcial, pois não conseguem realizá-lo em sua totalidade, embora tenham ciência da importância dos mesmos.

Tabela 11: Interferência do acesso vascular na qualidade de vida.

Interfere na Qualidade de Vida	Freq.	%
Sim	34	55%
Não	28	45%
Total	62	100%

Fonte: Pesquisa de campo, 2019.

A qualidade de vida do paciente pode ser melhorada ao encorajar o autocuidado. Dessa forma, a equipe de enfermagem deve fornecer apoio e capacitar

o paciente, por meio de educação continuada informando sobre sua doença, limitações, sinais e sintomas e principalmente os cuidados com o acesso para hemodiálise (NOGUEIRA et al., 2016).

Reforçando a afirmação do autor supracitado, pode existir uma melhora na qualidade de vida do paciente renal quando existe a eficácia no autocuidado, quando eles são orientados sobre o seu quadro clínico, conhecem os cuidados que podem ser realizados por eles, por consequência conseguem adquirir novos hábitos que auxiliam na qualidade de vida.

Quanto aos dados qualitativos, ao consolidar as falas obtidas a partir da abordagem aos participantes, foram elencadas 03 categorias que traduzem a autopercepção e a convivência com os acessos para hemodiálise, as quais são: Limitações impostas pelo uso do acesso vascular para hemodiálise; Insatisfação dos pacientes a respeito do acesso vascular para hemodiálise; Impactos resultante do convívio com o acesso vascular para hemodiálise.

Seguem os resultados organizados nas referidas categorias:

5.3 LIMITAÇÕES IMPOSTAS PELO USO DO ACESSO VASCULAR PARA HEMODIÁLISE

Esta categoria descreve as limitações que os pacientes relataram encontrar em razão do uso do acesso vascular.

R1: “Pegar peso, dormir, a gente tem que esquecer esse braço ... uso só um braço o outro deixo lá queto pra não perder né!? Que nós precisa.”

R2: “Tem coisas que a gente não consegue utilizar o braço da fístula, nem colocar força, tomar remédio, dormir por cima, mas aí com o tempo a gente tem que se acostumar”

R3: “Não poder trabalhar é a pior coisa, porque a pessoa fica dependendo do outro e isso é chato”

R4: “O medo de perder me impedi de fazer as coisa, de fazer tudo, eu não faço nada”

R5: “O cuidado, pegar peso, ter cuidado para não comprimir, o uso de roupas apertadas, a forma de dormir e nunca cortar esse membro se não o sangue sai todo por aqui”

O paciente deve evitar compressões no membro da fístula, não carregar peso e não dormir sobre o braço e ainda deve evitar o uso de roupas apertadas, de relógios e pulseiras apertados, pois tais ações podem interromper o fluxo sanguíneo, levando à obstrução do acesso. A administração de medicamentos e a coleta de sangue para exames podem levar à trombose, no entanto o maior risco é a ocorrência de hematomas. Além disso, esse cuidado é indispensável para a preservação da rede venosa do braço da fístula (PAIVA; LIMA, 2008).

Foi percebido que os pacientes são bem orientados pela equipe da instituição quanto aos cuidados necessários que devem ser realizados para manter a FAV com bom funcionamento, igualmente para redução de infecções no CVC, embora esses cuidados sejam considerados como as limitações encontradas diante da convivência com o acesso, é notório que boa parte dos pacientes entrevistados os realizam de forma satisfatória.

Chama-nos a atenção, a fala de “R3”, evidenciando que por causa do acesso para hemodiálise, seu processo produtivo foi prejudicado, passando a “depende” de outras pessoas, e isso lhe causa uma certa frustração. Já “R4” demonstra um certo pavor diante da possibilidade de perder o acesso, e isso o paralisa quanto a realizar coisas comuns do cotidiano.

R6: “Digo que tenho limitação total, nem poeira eu posso levar pra não ter infecção, até pra varrer a casa incomoda”

R7: “... O povo fica olhando eu tenho raiva, a verdade é que a pessoa sem isso é muito mais melhor, é ruim né!? Num é bom não ter que usar isso”

R8: “... Pra vestir a roupa, ele trava na veia é ruim demais mulher, mas é o meio pra gente sobreviver né!? A gente precisa”

Pacientes que utilizam cateter apresentam maiores riscos de infecção quando comparados com pacientes com enxerto, que por sua vez apresentam taxas de infecção superior aqueles com FAV nativa (ZICA, 2016). O CVC representa o principal fator de risco para infecção primária da corrente sanguínea (IPCS), quando comparado a outros tipos de acesso, além de estar relacionado a maior risco de mortalidade e/ou desenvolvimento de outras complicações (SCHWANKE et al., 2018).

Os pacientes que utilizam o cateter duplo lúmen, relataram que a facilidade da infecção é uma das limitações encontradas e que interfere na realização de suas atividades diárias, é compreensível esse medo exposto por eles, visto que, o índice de infecção é maior em cateteres venosos comparados as em FAV. Percebe-se na fala de “R6” limitações para realização de tarefas consideradas corriqueiras, como os afazeres do lar.

5.4 INSATISFAÇÃO DOS PACIENTES A RESPEITO DO ACESSO VASCULAR PARA HEMODIÁLISE

Com relação a insatisfação, os pacientes que utilizam o CDL de curta e longa duração mostraram-se bastante insatisfeitos com os mesmos, devido a impossibilidade para tomar banho em açudes, rios, piscinas, praia, chuveiro e lavar os cabelos.

R6: “Dançar, ir à praia, piscina, meu ballet, o teatro, sinto vontade de fazer as minhas coisas, eu gosto, o cateter trava na veia ai atrapalha”

R9: “Tomar banho no chuveiro”

R7: “Queria pelo menos minha fístula de novo, era muito mais melhor”

R10: “... to doida que a minha fístula der certo, pra tirar isso”

R11: “... Depois que você está aqui a fístula é a maior vitória, foi a minha alegria conseguir ela, Deus me livre perder...”

R22: “... Não quero voltar para o cateter, a fístula é uma conquista, foi a maior conquista depois que tô aqui”

A DRC, a dependência da máquina de hemodiálise e do cateter são fatores desestabilizadores para o renal crônico. Sentimentos de diferença, inferioridade em relação às pessoas saudáveis e baixa autoestima podem causar dificuldades nas atividades da vida do paciente e nas adaptações a novos hábitos e comportamentos exigem alguns sacrifícios e renúncias. A FAV é percebida como solução para a retomada de hábitos cotidianos limitados pelo cateter (GONZALEZ; TEIXEIRA; BRANCO, 2017)

Corroborando com o autor acima citado, o indivíduo acaba se sentindo inferior até mesmo em relação as pessoas que tem como acesso disponível a FAV, como evidenciado na fala de “R7”. Acreditasse que com esse tipo de acesso eles estarão mais aptos para retomar algumas atividades do seu cotidiano.

Porém até mesmo os indivíduos que realizam a hemodiálise através da FAV mostram insatisfações acerca desse acesso, como pode ser visto nas falas a seguir:

R43: “Fazer musculação e praticar jiu-jitsu, eu parei tudo por causa da fístula”

R14: “Andar de moto, as vezes ela quer parar, pescar eu gostava muito”

R35: “Gostava de jogar bola e andar de bicicleta, mas isso não faço mais porque me causa medo”

Das complicações geradas nos pacientes em hemodiálise, resultantes da autoimagem prejudicada, destaca-se a depressão, podendo existir também outros transtornos psicológicos associados (GONZALEZ; TEIXEIRA; BRANCO, 2017).

Todas as insatisfações expressadas pelos pacientes denotam um sentimento de tristeza. Por outro lado, eles reconhecem que o uso do acesso vascular é necessário para que possa ser realizada a hemodiálise, com isso, eles tentam criar estratégias para melhor convívio com o acesso, na expectativa de melhorar sua qualidade de vida.

Percebe-se nas falas do “R43” e “R35”, uma certa frustração por não se sentirem seguros para a prática de esportes que eram comuns em sua rotina e que foram abolidos por medo de prejudicar o acesso vascular.

5.5 IMPACTOS RESULTANTE DO CONVÍVIO COM O ACESSO VASCULAR PARA HEMODIÁLISE

Devido as mudanças impostas pelo convívio com o acesso vascular, observou-se que os pacientes relatam grandes impactos, e que se sentem incomodados com os questionamentos, curiosidades e comentários da sociedade, o que acaba interferindo na sua autoestima.

R7: “Eu queria poder ir numa praia, numa piscina essas coisas, sem o povo ficar olhando e perguntando, todo canto o povo pergunta é ruim isso, eu não gosto, queria pelo menos minha fístula de novo, era muito mais melhor”

R17: “O povo ta perguntando o que é, porque usa, é ruim né bom não o povo perguntando”

R19: “...Na autoestima é tanto que eu ando com as blusas assim para esconder, eu não gosto não, tô doida que a minha fístula der certo, pra tirar isso, o povo ficar perguntando é ruim também”

Alguns falaram que com o tempo foram se acostumando com as mudanças impostas pelo acesso, e criaram estratégias para realizar as atividades necessárias do dia a dia.

R20: “Faz tanto tempo que uso que já me acostumei”

R60: “Por enquanto não tenho limitações, já criei técnicas para fazer as coisas”

R65: “Pra dormir eu já me acostumei, como não pegar peso, tem que se acostumar porque a pessoa só vive porque tem ela”

De acordo com Ibiapina et al. (2016) a DRC ocasiona uma série de implicações que marcam a vida do indivíduo desde o diagnóstico, sendo comuns as manifestações psíquicas que levam a alterações na interação social e desequilíbrios psicológicos, assim causando limitações de grande impacto, que interfere na sua qualidade de vida do paciente.

Segundo Medeiros (2018) a DRC e o tratamento hemodialítico implicam em impactos negativos nos âmbitos físico, psíquico e social do indivíduo, em consequência das mudanças impostas pelo hábito de vida e rotina. Todos esses impactos prejudicam a autoestima e a forma de sua autopercepção sobre o estado de saúde.

Ainda de acordo Medeiros (2018) a autoestima pode ser compreendida como o sentimento e a consideração que uma pessoa tem em relação a si mesma, isto é, expor uma atitude de aprovação (positiva) ou de depreciação (negativa). Por si só, a DRC é responsável por inúmeras implicações negativas nos aspectos biopsicossociais que comprometem o estado de saúde de seus portadores.

Em concordância com os autores supracitados, todos esses impactos resultam em alterações significativas na vida do paciente, causando assim uma autopercepção negativa de si mesmo, a dependência da realização da hemodiálise, a rotina das sessões, o tempo que passa na clínica de diálise, o convívio com o acesso vascular independente de qual seja o mesmo, são coisas que causam limitações e essas limitações são impactantes para o paciente e interfere em todos os âmbitos de sua vida.

Percebe-se na fala de “R7” impactos importantes quanto a condução da vida social, que em virtude da presença do acesso se torna limitada. Já “R17”, se sente impactado (a) com a curiosidade popular, o que de certa forma, passa a ser uma limitação para o convívio social. “R19” demonstra desconforto com a autoimagem, e para conviver socialmente sem chamar a atenção para o acesso, utiliza vestimentas que o esconde, para evitar abordagens consequente da curiosidade popular que lhe traria impacto negativo.

Durante a entrevista, quando perguntados sobre serem abordados por alguém com curiosidade em saber o motivo de usarem um acesso vascular, 82% responderam que sim. E alguns relataram que isso incomoda, acredita-se que esses questionamentos interferem de forma negativa na autoestima do paciente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa, discutiu a autopercepção do paciente renal crônico, as limitações encontradas, a insatisfação e os impactos acerca do acesso vascular para hemodiálise. Dessa forma os objetivos da pesquisa foram alcançados, assim como a hipótese confirmada, embora tenha observado que os pacientes que utilizam o CDL, se declararam mais incomodados com o convívio com o acesso vascular. Porém mais da metade dos pacientes sentem insatisfação devido ao convívio com o acesso vascular, em virtude dessa insatisfação os entrevistados afirmaram que o acesso interfere na sua qualidade de vida.

Ao ouvi-los, descobrimos que em meio a tantas limitações decorrentes do convívio com o acesso vascular para hemodiálise e o medo de infecções e complicações, ainda assim eles agradecem a Deus e buscam compreender a necessidade de estarem com aquele acesso disponível para realização da hemodiálise, isso foi muito comovente.

Não encontramos dificuldades na realização da pesquisa, já que os participantes se mostraram dispostos a auxiliar na investigação sobre a sua autopercepção acerca do acesso vascular para hemodiálise.

A pesquisa torna-se importante para que os profissionais de enfermagem e a comunidade acadêmica, possam compreender melhor como o paciente renal crônico se auto avalia em relação ao convívio com o acesso vascular para hemodiálise, podendo assim contribuir na adaptação com o acesso e a melhoria na qualidade de vida desses indivíduos.

REFERÊNCIAS

AJZEN, Horácio; SCHOR, Nestor. **Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da Unifesp-EPM: NEFROLOGIA**. 3. ed. São Paulo: Manole, 2011.

AZEVEDO, Stéfany Marques de; AZEVEDO, Aline Siqueira de; MANHÃES, Letycia Sardinha Peixoto. Insuficiência renal crônica: análise do binômio enfermeiro portador de irc. **Ciências Biológicas e da saúde**, Campo dos Goytacazes, ano 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Recep%C3%A7%C3%A3o/Downloads/883-Article%20Text-3004-1-10-20151223.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2019.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BISCAI, Mariane Muniz; MARQUES, Isaac Rosa. Perfil de diagnósticos de enfermagem antes de iniciar o tratamento hemodialítico. **REBEN**, Brasília, v. 63, n. 3, 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019593014.pdf>. Acesso em: 22 maio 2019.

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Santa Catarina, v. 2, 2005. Disponível em: <file:///C:/Users/CONVIDADO!/Downloads/18027-56348-1-PB.pdf>. Acesso em: 1 maio 2019.

BORTOLOTTO, Luiz Aparecido. Hipertensão arterial e insuficiência renal crônica. **Rev Bras Hipertens**, São Paulo, vol.15, 2008. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/15-3/09-hipertensao.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes Clínicas Para O Cuidado Ao Paciente Com Doença Renal Crônica – Drc No Sistema Único De Saúde. **BVS**, Brasília, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdfhttp://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf. Acesso em: 25 mar. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução Nº 466, De 12 De Dezembro De 2012**. 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 7 maio 2019.

CABRAL, Luzivania da Costa *et al.* A percepção dos pacientes hemodialíticos frente à fístula arteriovenosa. **R. Interd.**, [S. l.], v. 6, n. 2, 2013. Disponível em: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/43/pdf_44. Acesso em: 27 maio 2019.

CARREIRA, Ligia; MARCON, Sonia Silva. Cotidiano E Trabalho: Concepções De Indivíduos Portadores De Insuficiência Renal Crônica E Seus Familiares. **Rev Latino-am Enfermagem**, [S. l.], 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n6/v11n6a18.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2019.

CAVALCANTE, Milady Cutrim Vieira *et al.* Portadores de doença renal crônica em fase produtiva: percepção sobre limitações resultantes do adoecimento. **Rev Med Minas Gerais**, São Luís, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/CONVIDADO!/Downloads/v25n4a04.pdf>. Acesso em: 27 maio 2019.

COFEN. **Resolução Cofen Nº 0564/2017**. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 7 maio 2019.

COUTINHO, Maria Lúcia Rosa; SCHERER, Alessandra d' Avila. Imagem Corporal De Pacientes Renais Crônicos Transplantados. **Psicologia Hospitalar**, [S. l.], 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v13n2/13n2a03.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2019.

DADALT, Gabriela Martins *et al.* A importância da família no contexto da doença renal crônica e do tratamento hemodialítico. **SENPE**, Natal/RN, 2013. Disponível em: abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/1326po.pdf. Acesso em: 5 nov. 2019.

DAUGIRDAS, John T.; BLAKE, Peter G.; ING, Todd S. **Manual de Diálise**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

FERMI, Marcia Regina Valente. **Diálise para Enfermagem: Guia Prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

FILHO, Valmir José Crestani; RODRIGUES, Rodrigo Alexandre da Cunha. Progressão da doença renal crônica: experiência ambulatorial em Santarém - Pará. **J Bras Nefrol**, Santarém, 8 mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v35n2/v35n2a04.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2019.

FURTADO, AM. de Oliveira *et al.* O enfermeiro assistencial e educador em uma unidade de transplante renal: uma questão desafiadora. **Revista Eletrônica Trimestral De Enfermagem**, Rio de Janeiro, n. 27, 2012. Disponível em: <https://docplayer.com.br/13165583-O-enfermeiro-assistencial-e-educador-em-uma-unidade-de-transplante-renal-uma-questao-desafiadora.html>. Acesso em: 27 maio 2019.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisas Sociais**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HENRICH, William L. **Princípios e Práticas de Diálise**. Rio de Janeiro: DiLivros, 2011.

HORTA, Heloisa Helena Lemos; LOPES, Mara Lisa. Complicações decorrentes do tratamento dialítico: contribuição do enfermeiro no cuidado e educação ao paciente. **Rev. Enf. Contemporânea**, Bahia, 2017. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1457/1082>. Acesso em: 13 nov. 2019.

IBIAPINA, Aline Raquel de Sousa *et al.* Aspectos psicossociais do paciente renal crônico em terapia hemodialítica. **SANARE**, Sobral, 2016. Disponível em:

file:///C:/Users/CONVIDADO!/Downloads/924-2051-1-SM.pdf. Acesso em: 6 nov. 2019.

JOHNSON, Richard J.; FEEHALLY, John; FLOEGE, Jürgen. **Nefrologia Clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

JUNIOR, João Egídio Romão. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. **J Bras Nefrol**, 2004. Disponível em: file:///C:/Users/Recep%C3%A7%C3%A3o/Downloads/v26n3s1a02.pdf. Acesso em: 8 maio 2019.

JUNIOR, Milton Alves das Neves *et al.* Acesso vascular para hemodiálise: o que há de novo?. **J Vasc Bras.**, São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v12n3/1677-5449-jvb-12-03-00221.pdf>. Acesso em: 29 maio 2019.

JUNIOR, Milton Alves das Neves *et al.* Avaliação da perviedade precoce das fístulas arteriovenosas para hemodiálise. **J Vasc Bras**, São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v10n2/a03v10n2>. Acesso em: 29 maio 2019.

MEDEIROS, Alice Junielly de Sousa ; MEDEIROS, Elainy Maria Dias de. A assistência de enfermagem prestada no tratamento hemodialítico promovido junto ao portador de insuficiência renal crônica - Uma revisão de literatura. **Revista Brasileira De Educação E Saúde**, Pombal, 2013. Disponível em: file:///C:/Users/Recep%C3%A7%C3%A3o/Downloads/2129-5959-1-PB.pdf. Acesso em: 23 abr. 2019.

MEDEIROS , Eliziane Santos. Autoestima e estado de saúde de pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **UFU**, UBERLÂNDIA, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/23919/3/AutoestimaEstadoSaude.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2019.

MENDES, Marcela Lara *et al.* Diálise peritoneal como primeira opção de tratamento dialítico de início não planejado. **J. Bras. Nefrol.**, Botucatu, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbn/v39n4/pt_0101-2800-jbn-39-04-0441.pdf. Acesso em: 27 maio 2019.

MORAIS, Carlos. Descrição, análise e interpretação de informação quantitativa: Escalas de medida, estatística descritiva e inferência estatística. **Instituto Politécnico de Bragança Escola Superior de Educação**, Bragança, 2005. Disponível em: <http://www.ipb.pt/~cmmm/discip/ConceitosEstatistica.pdf>. Acesso em: 9 maio 2019.

MORSCH, Cássia ; VERONESE, Francisco José Veríssimo. Doença Renal Crônica: Definição E Complicações. **Rev HCPA**, Porto Alegre: 2011. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/158449/000898660.pdf?sequence=1>. Acesso em: 08 abr. 2019.

NETO, José Antonio Chehuen (org.). **Metodologia da Pesquisa Científica: da graduação à pós-graduação**. 1. ed. Curitiba: CRV, 2012.

NEVES , Elen de Castro; SANTOS, Geani da Silva dos; TREVISAN , Judith Aparecida. HEMODÍALISE: CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PESSOAS COM FÍSTULA

ARTERIOVENOSA. **Icesp promove**, [S. l.], 2016. Disponível em: http://nipromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/7053276987c95612ce614d0ff2166a94.pdf. Acesso em: 27 maio 2019.

NOGUEIRA, Flávia Lidyane Lima *et al.* PERCEPÇÃO DO PACIENTE RENAL CRÔNICO ACERCA DOS CUIDADOS COM ACESSOS PARA HEMODIÁLISE. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4836/483653826003/html/index.html>. Acesso em: 12 nov. 2019.

PAIVA, Thalys Regina Silva; LIMA, Francisca Elisângela Teixeira. Manutenção das fístulas arteriovenosas confeccionadas no centro de nefrologia de caucaia-ce. **RemE – Rev. Min. Enferm**, CAUCAIA-CE, 2008. Disponível em: <file:///C:/Users/Recep%C3%A7%C3%A3o/Downloads/v12n3a04.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2019.

PASCOAL, Melissa *et al.* A importância da assistência psicológica junto ao paciente em hemodiálise. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000200002. Acesso em: 25 ago. 2019.

PEREIRA, Eleno Rafael *et al.* ANÁLISE DAS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES DURANTE A TERAPIA HEMODIALÍTICA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, [s. l.], 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/CONVIDADO!/Downloads/603-3770-1-PB.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2019.

PEREIRA, Lívia de Paula; GUEDES, Maria Vilani Cavalcante. Hemodiálise: A Percepção Do Portador Renal Crônico. **Cogitare Enferm**, Ceará, 2009. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/16384/10864>. Acesso em: 11 ago. 2019.

PILGER, Calíope *et al.* Hemodiálise: seu significado e impacto para a vida do idoso. **Esc Anna Nery**, [s. l.], 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a04.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2019.

PINHEIRO, Pedro. **Estágios da Insuficiência Renal Crônica**. [S. l.], 10 dez. 2018. Disponível em: <https://www.mdsaude.com/2009/08/insuficiencia-renal-cronica-sintomas.html>. Acesso em: 04 abr. 2019.

QUINTANA, Alberto Manuel; MÜLLER, Ana Cláudia. Da Saúde À Doença: Representações Sociais Sobre A Insuficiência Renal Crônica E O Transplante Renal. **Psicologia Argumento**, Curitiba, 2006. Disponível em: [file:///C:/Users/CONVIDADO!/Downloads/20233-34973-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/CONVIDADO!/Downloads/20233-34973-1-SM%20(1).pdf). Acesso em: 18 ago. 2019.

REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2009-2016). **Associação Brasileira de Transplante de Órgãos**, São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2016/RBT2016-leitura.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2019.

RIBEIRO, Ivonizete Pires et al. Perfil Epidemiológico dos portadores de insuficiência renal crônica submetidos à terapia hemodialítica. **Rev. Cofen**, [s. l.], 2014. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/567/249>. Acesso em: 5 nov. 2019.

RIELLA, Miguel Carlos. **Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

RUDNICKI, Tânia. Doença renal crônica: vivência do paciente em tratamento de hemodiálise. **Contextos Clínic**, São Leopoldo, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822014000100011. Acesso em: 6 nov. 2019.

SANTOS, Iraci dos; ROCHA, Renata de Paula Faria; BERARDINELLI, Lina Márcia Miguéis. Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise. **REBEn**, Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a18v64n2.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2019.

SCHWANKE, Alessandra Amaral *et al.* Cateter venoso central para hemodiálise: incidência de infecção e fatores de risco. **REBEn**, Brasília, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000301115&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 6 nov. 2019.

SESSO, Ricardo Cintra *et al.* Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016. **Unifesp**, São Paulo, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbn/v39n3/pt_0101-2800-jbn-39-03-0261.pdf. Acesso em: 21 abr. 2019.

SILVA, Aberlânia da Costa *et al.* A Ação Do Enfermeiro Na Prevenção De Doenças Renais Crônicas: Uma Revisão Integrativa. **SANARE**, [S. l.], 2015. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/840/511>. Acesso em: 09 abr. 2019.

SILVA, Alessandra Silva da *et al.* Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem Reben**, Rio Grande, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a06v64n5.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2019.

SILVA, Kleber Aparecido da ; NUNES, Zigmar Borges. As intervenções de enfermagem mais prevalentes em um serviço de hemodiálise frente às intercorrências com a fístula arteriovenosa durante a sessão de hemodiálise. **J Health Sci Inst**, Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: https://www3.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2011/02_abr-jun/V29_n2_2011_p110-113.pdf. Acesso em: 29 maio 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **Doenças Comuns: Diabetes-mellitus**. São Paulo: Copyright, 2019. Disponível em: <https://sbn.org.br/publico/doencas-comuns/diabetes-mellitus/>. Acesso em: 22 abr. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **Doenças Comuns: Glomerulopatias**. São Paulo: Copyright, 2019. Disponível em: <https://sbn.org.br/publico/doencas-comuns/glomerulopatias/>. Acesso em: 22 abr. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **Tratamentos:** Transplante renal. São Paulo, 2019. Disponível em: <https://sbn.org.br/publico/tratamentos/transplante-renal/>. Acesso em: 22 abr. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **Tratamentos:** Hemodiálise. São Paulo, 2019. Disponível em: <https://sbn.org.br/publico/tratamentos/hemodialise/>. Acesso em: 22 abr. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **Tratamentos:** Dialise peritoneal. São Paulo, 2019. Disponível em: <https://sbn.org.br/publico/tratamentos/dialise-peritoneal/>. Acesso em: 22 abr. 2019.

SURVEYMONKEY. **Calculadora de tamanho de amostra.** [S. l.], 2019. Disponível em: <https://pt.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>. Acesso em: 22 maio 2019.

ZICA, Daniela Dos Santos. Manual educativo sobre cuidados com acesso vascular para hemodiálise. **Univas**, POUSO ALEGRE - MG, 2016. Disponível em: <http://www.univas.edu.br/mpcas/docs/dissertacoes/37.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) Sr (a).

A seguinte pesquisa que tem por título **Representações Sociais Dos Acessos Para Hemodiálise: Autopercepção Do Paciente Com Doença Renal Crônica**, desenvolvido por Kamila Thalia Moura Gomes pesquisador associado e aluno do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, sob a orientação do pesquisador responsável, o professor Esp. Evilamilton Gomes de Paula, que tem como objetivo geral: Compreender a autopercepção do paciente renal crônico acerca dos acessos vasculares para hemodiálise.

E como objetivos específicos: Investigar a autopercepção dos pacientes sobre os acessos vasculares para hemodiálise; Identificar as principais limitações enfrentadas devido ao uso do acesso vascular para hemodiálise e Conhecer os impactos resultantes da convivência com os acessos vasculares para hemodiálise.

A mesma justifica-se, pela, necessidade de compreender a autopercepção do paciente renal crônico acerca do acesso vascular para hemodiálise, com o propósito de propiciar uma melhoria na elaboração dos cuidados de enfermagem na perspectiva de contribuir na qualidade de vida do paciente, visto que existe a necessidade deste acesso em todos os doentes renais crônicos para realização da hemodiálise.

Com relação aos riscos e benefícios da pesquisa, estes serão mínimos, como desconforto durante a fase de entrevista ou constrangimento em relação a temática abordada, entretanto tais riscos serão minimizados considerando que os objetivos do trabalho serão explicados na perspectiva de se evitar possíveis situações de desconforto e que a pesquisa será realizada em ambiente reservado no intuito de atenuar possíveis constrangimentos. Desta forma, através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, solicito a sua participação nesta pesquisa e a autorização para utilizar os resultados para fins científicos (monografia, divulgação em revistas e eventos científicos como congressos, seminários, etc.).

Convém informar que será garantido o seu anonimato, bem como será assegurada a sua privacidade e o seu direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa. Portanto, não é obrigatório fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora participante. Informamos também que a pesquisa

apresenta riscos mínimos às pessoas envolvidas, porém os benefícios superam quaisquer riscos.

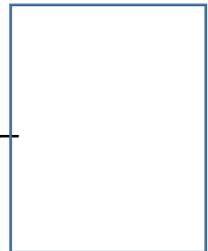
O pesquisador e o Comitê de Ética em Pesquisa desta IES estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, a justificativa, os riscos e os benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar do mesmo. Declaro também que a pesquisadora participante me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pelo pesquisador responsável, em duas vias iguais, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador responsável.

Mossoró, ____/____/ 2019.

Evilamilton Gomes de Paula

Participante da Pesquisa



¹Endereço residencial do(a) pesquisador(a) responsável: Rua. Santa Verônica, 2734. Santa Delmira – Mossoró/RN, CEP.: 59614-700 Fone: +55 (84) 98752-0303. E-mail: evigdepaula@facenemossoro.com.br

²Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone : +55 (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com.br

I - Questões Sociodemográfica**Idade:** _____**Sexo** Masculino Feminino**Estado Civil** Solteiro (a) Casado (a) Viúvo (a) Divorciado (a)**Escolaridade** Analfabeto Ens. Fund. Incompleto Ens. Fund. Completo Ens. Médio Incompleto Ens. Médio Completo Ens. Superior Incompleto Ens. Superior Completo**Religião** Católico Protestante Espírita

Outras: _____

II - Questões relacionadas ao tema

1. A quanto tempo faz hemodiálise?

2. Qual o tipo de acesso vascular utilizado para realização da hemodiálise?

 CATETER DUPLO LUMEN CURTA DURAÇÃO CATETER DUPLO LUMEN LONGA DURAÇÃO FAV PTFE

3. Onde esta localizado anatomicamente o acesso?

4. Sentiu algum desconforto quando começou a utilizar o acesso vascular?

() Sim () Não

5. O fato de ter que conviver com este acesso lhe causa tristeza?

() Sim () Não

6. Você já foi abordado por alguém que tinha curiosidade em saber o motivo de usar um acesso vascular?

() Sim () Não

7. Você acredita que o acesso vascular interfere no seu dia a dia?

() Sim () Não

8. O acesso atrapalha na realização de:

Banho: () Sim () Não

Trabalho () Sim () Não

Atividade sexual () Sim () Não

9. Quais as principais limitações encontradas em razão ao uso do acesso vascular?

10. Consegue ter momentos de lazer?

() Sim () Não

11. Quais atividades de lazer gostaria de realizar?

12. Já teve alguma infecção decorrente ao acesso?

() Sim () Não

13. Tem medo de infecções ou complicações com o acesso?

() Sim () Não

14. É ciente dos cuidados que precisam ser realizados?

() Sim () Não

15. Realiza os cuidados necessário para colaborar na redução de complicações relacionadas ao acesso?

() Sim () Não

16. Na sua percepção o acesso interfere na sua qualidade de vida?

() Sim () Não

ANEXO

ANEXO A – CERTIDÃO DO CEP



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 8ª Reunião Ordinária realizada em 10 de outubro de 2019. Após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ACESSOS PARA HEMODIÁLISE; AUTOPERCEPÇÃO DO PACIENTE COM DOENÇA RENAL CRÔNICA". Protocolo CEP: 159/2019 e CAAE: 22586919.5.0000.5179. Pesquisador Responsável: EVILAMILTON GOMES DE PAULA e Pesquisadoras Participantes: KAMILA THALIA MOURA GOMES; JANAINA FERNANDES GASWUES BATISTA.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão para dezembro de 2019, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 10 de outubro de 2019.

Maria do Socorro Gadelha Nóbrega
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa -
 FACENE/FAMENE