

UNIVERSIDADE PAULISTA
CENTRO DE CONSULTORIA EDUCACIONAL - CCE

BRUNO LEAL RAMOS

PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA JUNTO AO PACIENTE EM
TRATAMENTO DIALÍTICO

RECIFE, PE

2012

BRUNO LEAL RAMOS

PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA JUNTO AO PACIENTE EM
TRATAMENTO DIALÍTICO

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Pós-graduação em Nefrologia da Universidade Paulista e Centro de Consultoria Educacional como parte dos requisitos para obtenção do Título de Especialista em Nefrologia.

Orientadora: Prof^a. Ms. Maria da Penha Carlos de Sá

RECIFE, PE

2012

R175p Ramos, Bruno Leal, 1975-
Participação da família junto ao paciente em tratamento dialítico / Bruno Leal
Ramos. – Recife : Ed. do Autor, 2012.
28f.

Orientadora: Profª Ms. Maria da Penha Carlos de Sá.
Monografia (Curso de Pós-graduação em Nefrologia) – Universidade Paulista.
Centro de Consultoria Educacional.
Resumo em português e inglês.
Inclui referências.
Inclui anexos.

1. INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA – TRATAMENTO. 2. HEMODIÁLISE – PACIENTES – CUIDADO E TRATAMENTO. 3. PACIENTES – RELAÇÕES COM A FAMÍLIA. 4. FAMÍLIA – ASPECTOS EDUCACIONAIS. 5. PACIENTES – QUALIDADE DE VIDA. 6. ENFERMEIROS – ASPECTOS EDUCACIONAIS. 7. MÉDICOS E PACIENTES – RELAÇÕES. 8. RINS – DOENÇAS – PESQUISA. I. Sá, Maria da Penha Carlos de. II. Título.

CDU 616.61
CDD 611.61

PeR – BPE 12-0446

BRUNO LEAL RAMOS

PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA JUNTO AO PACIENTE EM
TRATAMENTO DIALÍTICO

Monografia apresentada a Banca Examinadora do Curso de Pós-graduação em Nefrologia da Universidade Paulista e Centro de Consultoria Educacional como parte dos requisitos para conclusão do mesmo.

Aprovado em _____ de _____ de _____.

Orientadora: Prof^a. Ms. Maria da Penha Carlos de Sá

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, meu maior parceiro, que sempre me deu forças para lutar, oportunidade de crescimento, e abençoou meus passos, acreditando que sou capaz. Dedico também a “ZÉ” (Karlla Pollyanna da Silva Costa), que me incentivou, ensinou e me ajudou por diversas vezes nesta etapa da minha vida. Não esquecendo também de dedicá-lo a minha família que me deram todo carinho e amparo de que necessitei.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família por acreditaram e investiram, para que essa realização pudesse concretizar – se. Incentivando-me e acreditando que sou capaz. Agradeço pela acolhida nas horas em que tudo parecia não dar mais certo.

À Karlla,

Pela disposição incondicional em me ajudar durante o curso, pelas diversas vezes que pacientemente me estendeu a mão e guiou-me para que eu não me desvia-se do caminho, nunca esquecerei tamanho carinho e dedicação.

À professora Adélia,

Pela dedicação e incentivo, se mostrando sempre disponível a esclarecer nossas dúvidas, e nos orientando na realização do curso.

À professora Penha,

Pela disposição e empenho em nos ajudar corrigindo os erros, mostrando as falhas e encaminhando-nos ao acerto.

Aos colegas de turma

A todos os colegas que ao longo de nossa vivência fizeram – me amadurecer e enriquecer meus conhecimentos.

“Aprendi que numa briga eu preciso escolher de que lado estou, mesmo quando não quero me envolver. Que, quando duas pessoas discutem, não significa que elas se odeiem; e quando duas pessoas não discutem não significa que elas se amem”.

Charles Chaplin

RESUMO

Trata-se de um estudo bibliográfico de caráter descritivo que teve por base fontes informatizadas (LILACS, SCIELO, BIREME). A partir desta pesquisa, busca-se identificar a importância da família no tratamento dialítico e auxiliar na conscientização da necessidade do apoio familiar para estimular a adesão ao tratamento. Listando os fatores que favorecem na adesão ao tratamento e na participação familiar. A lesão renal com perda progressiva e irreversível da função dos rins caracteriza a doença renal crônica, que em sua fase mais avançada é definida como Insuficiência Renal Crônica (IRC) (3). A família vivencia uma experiência estressante em decorrência de uma doença persistente e passa a reavaliar seus significados e saberes, se ajustando as condições e criando expectativas frente à realidade da cronicidade (12). O tratamento dialítico promove modificações no convívio social dos pacientes (20). A partir disso, é essencial que o Enfermeiro adote ações de Educação em Saúde que contribuam para conscientização familiar a fim de promover a participação familiar no incentivo ao tratamento.

Palavras-chave: IRC, Família, Estímulo, Tratamento.

ABSTRACT

This is a bibliographical study of descriptive character that was based on computerized sources (LILACS, SCIELO, BIREME). From this research, we attempt to identify the importance of family in dialysis treatment and assist in raising awareness of the need for family support to encourage adherence to treatment. Listing the factors that promote adherence to treatment and family participation. The renal lesion with progressive and irreversible loss of kidney function characterizes the chronic kidney disease, which in its most advanced stage is defined as chronic renal failure (CRF) (3). The family experiences a stressful experience because of a lingering disease and begins to reevaluate their meanings and knowledge, setting expectations and creating the conditions facing the reality of chronicity (12). The dialysis treatment promotes changes in the social life of the patients (20). From this it is essential that the nurse adopt in Health Education actions that contribute to family awareness to promote family participation to encourage treatment

Keywords: IRC, Family, Stimulus, Treatment

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	12
	2.1 Objetivo Geral.....	12
	2.2 Objetivo Específico.....	12
3	REVISÃO DE LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	20
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
	REFERENCIAS	23

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas as doenças crônicas têm recebido maior atenção por parte dos profissionais de saúde, em decorrência da alta morbimortalidade da população mundial, a IRC é considerada uma condição debilitante que não possui alternativas de melhora rápida; mas, tem uma evolução progressiva que acarreta além de alterações sociais um comprometimento financeiro e emocional considerável (1).

Os rins são órgãos multifuncionais que realizam controle eletrolítico e regulação do volume dos fluídos corpóreos, além de participarem da produção e metabolismo de hormônios, controle da produção de células vermelhas e ativação da vitamina D, também excretam resíduos metabólicos (2). A lesão renal com perda progressiva e irreversível da função dos rins caracteriza a doença renal crônica, que em sua fase mais avançada é definida como Insuficiência Renal Crônica (IRC) e têm por principais causas a hipertensão arterial e o diabetes mellitus (3).

O aumento no número de pessoas mantidas sobre tratamento substitutivo da função renal representa hoje um problema de saúde pública (3). Mesmo com tantos avanços tecnológicos a IRC representa não apenas um problema médico, uma debilitação física e fisiológica; mas também, problemas sociais e econômicos devastadores, principalmente em países de 3º mundo, há regiões na Ásia e África Central onde não há possibilidade de regular o suporte dialítico (1,4).

Os problemas decorrentes da cronicidade da doença são condições médicas ou problemas de saúde com sintomas e incapacidades associadas (5,6). Com o diagnóstico de doença renal o indivíduo vivência uma série de mudanças que marcarão sua vida; a interação social é prejudicada em decorrência dos desequilíbrios psicológicos e não somente o paciente como também sua família sofrerão alterações na qualidade de vida por conta das limitações ocasionadas pela doença (7). Além do isolamento social, perda do emprego, dependência de auxílio da previdência social, limitações quanto à locomoção, perda da autoridade no contexto familiar, disfunção sexual, dependência de tratamento medicamentoso e substitutivo, impossibilidade de continuar realizando atividades rotineiras em razão da periodicidade das sessões de hemodiálise, dentre outros (8,9).

A compreensão das limitações que interferem no cotidiano destes pacientes tem sido alvo de estudos para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (10). Busca-se hoje, uma terapêutica que melhore a qualidade de vida do paciente renal crônico não apenas prolongando a vida desses pacientes; mas, amenizando o processo doloroso do tratamento dialítico e minimizando os sintomas da doença, ou seja, não apenas aumentar a sobrevida, mas também almejar a reabilitação (11).

A família vivência uma experiência estressante em decorrência de uma doença persistente e passa a reavaliar seus significados e saberes, se ajustando as condições e criando expectativas frente à realidade da cronicidade (12). Assumem o cuidado e aprendem a buscar recursos que facilitem e acomodem as necessidades do momento. Embora possam encontrar dificuldades, algumas famílias chegam a hesitar diante dos fatores estressores, até porque os membros não se adaptam de maneira uniforme, visto que cada pessoa possui uma crença no que diz respeito ao adoecer. Nestes momentos a doença crônica impulsiona os familiares a se concentrarem de forma intensiva no cuidado com o doente. O que evidencia a necessidade do ciclo de vida familiar, estimulando os integrantes a buscar recursos que auxiliem a lidar com as demandas exigidas pela doença crônica, sem colocar em risco o seu desenvolvimento e o da família como um sistema (13).

O interesse por este tema surgiu no período do meu estágio extracurricular, em decorrência das dificuldades expressas pelos familiares dos portadores de IRC em tratamento Dialítico. Evidenciando a necessidade de realizar um trabalho paralelo com a família a fim de estimular o auxílio/apoio ao doente renal. Esta pesquisa será realizada com a finalidade de orientar a participação da família no tratamento dialítico. Espera-se com esta ação melhorar a adesão do paciente nefropata à terapia dialítica, incluindo “respeito” à dieta nutricional, comprometimento com o tratamento e diminuição do absenteísmo. Evidenciando a necessidade de este tratamento ser seguido rigorosamente a fim de promover melhora na qualidade de vida até se ter a perspectiva de um transplante renal. Estudos recentes conduzem a uma melhoria na qualidade de vida destes pacientes, incluindo programas educacionais e reabilitação, fazendo com que profissionais de diferentes áreas possam criar possibilidades para facilitar no enfrentamento desta nova realidade (1). E, incentivar a participação ativa da família no tratamento dialítico.

2 OBJETIVOS:

2.1 Objetivo Geral:

Identificar a importância da família junto ao paciente em tratamento dialítico e a necessidade do apoio familiar para estimular a adesão ao tratamento.

2.2 Objetivos Específicos:

- Definir a Doença Renal e sua Epidemiologia;
- Descrever as principais alterações comportamentais vivenciadas durante o tratamento dialítico;
- Destacar a experiência familiar no enfrentamento à doença como base para promover adaptação e adesão do paciente ao tratamento dialítico;
- Enfatizar a necessidade da Humanização Hospitalar utilizando como sugestão um espaço informal para campo de atuação: a sala de espera da hemodiálise, onde poderiam ser esclarecidas as dúvidas dos familiares e compartilhadas vivências;
- Incentivar a abordagem interdisciplinar com a finalidade de melhorar a qualidade de vida de pacientes com DRC em tratamento conservador, evidenciando a necessidade de apoio multiprofissional à família e ao portador de IRC.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) consiste em lesão renal com perda progressiva e irreversível da função de depuração, ou seja, da filtração glomerular, função tubular e função endócrina. Em sua fase mais avançada os rins não conseguem manter a normalidade, uma síndrome clínica, de evolução lenta e longa duração. Identificada quando os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno devido à perda de suas funções, o que ocasiona comprometimento dos outros órgãos do organismo. (14, 15)

Para Ribeiro et al. (2009), define-se insuficiência renal quando os rins não são capazes de remover os produtos de degradação metabólica do corpo ou de realizar as funções reguladoras. Desta maneira as substâncias normalmente eliminadas na urina tendem a acumular-se nos líquidos corporais em consequência da excreção renal comprometida, e ocasionam ruptura nas funções endócrinas e metabólicas, além de distúrbios hidroeletrolíticos e ácido-básicos. É uma doença sistêmica e consiste na via final comum de muitas diferentes doenças do rim e do trato urinário (33).

A IRC é dividida em seis estágios funcionais de acordo com o grau de função renal do paciente. Estes estágios compreendem desde a fase onde os indivíduos não apresentam lesão renal e mantêm sua função renal normal, porém se encaixam dentro do grupo de risco, até a fase cinco que inclui o indivíduo com lesão renal e insuficiência renal terminal ou dialítica (36).

A doença renal é considerada um grande problema de saúde pública, pelas elevadas taxas de morbidade e mortalidade e, além disso, tem impacto negativo sobre a qualidade de vida relacionada à saúde. São cerca de 17 milhões de pessoas acometidas pela IRC ao ano (16). No Brasil, segundo o censo 2008 da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), há 310 Unidades Renais que oferecem Programa Crônico Ambulatorial de Diálise atendendo cerca de 41.614 pacientes. Somente na região Nordeste, há 7.948 pessoas em tratamento dialítico. E, de acordo com SBN, em 2010, mais de 92 mil pessoas se encontravam em tratamento dialítico, sendo a hemodiálise o tipo de terapia renal substitutiva mais utilizada (17, 39).

Aderir ao tratamento significa aceitar a terapêutica proposta e segui-la adequadamente. Entretanto, o paciente com IRC em tratamento dialítico é conduzido a conviver diariamente com uma doença incurável que o obriga a uma forma de tratamento dolorosa, de longa duração e que provoca juntamente com a evolução da doença e suas complicações uma sucessão de situações para o doente que comprometem, além do aspecto físico, o psicológico, com repercussões pessoais, familiares e sociais, limitações e alterações de grande impacto que atingem tanto sua própria qualidade de vida quanto a do grupo familiar, mudanças que incluem restrições alimentares, dificuldades para manter-se no emprego, diminuição das atividades sociais, dificuldade de comunicação entre os membros da família, preocupações com os mais jovens, principalmente, com casamento, procriação e desejo sexual, limitação da expectativa de vida, perda da auto-estima e alteração da auto-imagem. E, para ajudar o doente no enfrentamento da sua nova condição de vida, é necessário compreender a experiência familiar através da vivência como cuidador, pois, é visível a importância de acolher as angústias expostas e oferecer suporte e assistência digna às necessidades, diante das limitações de saúde do doente renal e de amparo destes familiares (18, 19, 20, 34, 37).

O doente com IRC passa por graves mudanças na vida social, no trabalho, nos hábitos alimentares e na vida sexual, que acarretam alterações na sua integridade física e emocional. A doença representa prejuízo corporal e limitações, pois, em geral, há afastamento do doente de seu grupo social, de seu lazer e, às vezes, da própria família. Diante da doença, o indivíduo sente-se ameaçado, inseguro, por saber que sua vida vai ser modificada por causa do tratamento, (...) o que traz consequências à qualidade de vida (RAMOS, 2008, p. 73).

A efetiva adesão ao tratamento da IRC favorece ao indivíduo e pode representar uma sessão de hemodiálise com menor risco de intercorrências e aprimoramento do bem-estar físico, social e psicológico (19). Desta forma, é necessário ao doente elaborar lutos, pelo corpo que não é mais o mesmo, pela autonomia que até então dispunha.

O portador de IRC experimenta uma brusca mudança no seu viver e começa a conviver com limitações, um pensar na morte e o tratamento doloroso que é a hemodiálise. É possível considerar, então, que as consequências do adoecimento têm um alcance maior do que se supõe, e que podem alterar a qualidade de vida das pessoas envolvidas, especialmente os familiares: cuidadores, os quais têm influência visível nas reações dos doentes diante do diagnóstico e tratamento. Cabe, assim, conhecer alguns aspectos desta situação e oferecer alternativas de trabalho para acolhimento e enfrentamento (20).

As alterações de saúde/doença atingem também a família que sofre ajustes e desajustes relacionados à doença. A rotina familiar muda drasticamente com as constantes visitas ao médico, medicações, hospitalizações, tratamento; o que acaba atingindo todas as pessoas que convivem com o doente. Geralmente, a família também vivencia uma situação de crise definida pelo sentimento de impotência. É esse o principal motivo pelo qual a família também precisa ser incluída no tratamento (22). Pois, o cuidado interdisciplinar na diálise possibilita, entre outros benefícios, redução do número de hospitalizações, melhor controle da hipertensão arterial, dos distúrbios metabólicos e da anemia, bem como melhor preparo psicológico no período anterior ao início da diálise.

A assistência multiprofissional aos familiares é de extrema importância à medida que a relação com a doença evidencia a existência de um núcleo familiar e não somente de um doente, agravado pelo fato de que, não raro, existe a possibilidade de que somente a família continue existindo. Ou seja, paciente-família é um binômio indivisível, e como tal deve ser abordado no contexto hospitalar, com o risco de perder-se um aspecto muito importante na intervenção do psicólogo: as implicações emocionais que um processo de hospitalização provoca no núcleo familiar (23)

No caso do doente renal os mais diversos sentimentos são envolvidos na busca pelo diagnóstico e tratamento. São quatro horas de espera, três dias na semana, em um tratamento hemodialítico que muda toda a dinâmica de vida dos doentes e familiares envolvidos. Entretanto, tenta-se construir, ao entrar na instituição hospitalar, estratégias de enfrentamento com os doentes, formas de integrar a equipe multiprofissional, mas esquece-se daqueles que os acompanham diariamente e que mudam suas rotinas em função do doente. Portanto, podemos concluir que o familiar que se dedica a cuidar do outro possui também necessidade

de receber cuidado e atenção especiais. Pois, são acompanhantes que estão tão internados quanto os seus familiares e necessitam de um cuidado que passa pelo processo de Humanização Hospitalar, pois, os mesmos passam a viver o dia-a-dia do hospital, tanto quanto o paciente e a equipe (24).

A estrutura familiar se desorganiza, é necessário esclarecimentos de dúvidas, acolhimento em relação às suas expectativas sobre a doença e o tratamento, orientações sobre as rotinas que foram modificadas, os medos e mitos que surgem. Os cuidadores demandam orientação e esclarecimentos Visto que também são envolvidos no adoecimento, no diagnóstico, no tratamento e principalmente nos cuidados com o indivíduo, e também são afetados por limitações e perdas as mais diversas (24). E, a sala de espera é o local ideal para esclarecer essas dúvidas, pois, é um território onde cuidadores esperam o retorno dos familiares, e conversam, trocam experiências, observam, expressam suas vivências relacionadas à doença. Poderia ser traçada uma estratégia de atuação multiprofissional, com a finalidade de abrir espaço para os acompanhantes refletirem as mudanças que surgiram e as formas de adaptação à doença (25). É o que se chama de psicoeducação: a difusão da informação que cada cuidador pode utilizar no desenvolvimento e crescimento pessoal (26).

O grupo de sala de espera onde ocorre à hemodiálise, então, é caracterizado como uma forma produtiva de ocupar um espaço e tempo ociosos na instituição, com a transformação do período de espera em momento de trabalho. Trata-se de potencializar um espaço informal já existente na instituição.

Nesta composição, vê-se, por exemplo, que é mais fácil falar das emoções com um igual a partir da relação que se institui no grupo. Assim, a sala de espera sensibiliza o participante quanto às dimensões psicológicas da sua situação, trocando a posição passiva e receptiva para uma posição ativa e participativa (IVANCKO, 2004).

A atividade tem por objetivo evidenciar construções subjetivas através de experiências trocadas entre os cuidadores de indivíduos que realizam tratamento hemodialítico, evidenciando a idéia de que esta ação promove melhorias na qualidade de vida dos envolvidos. Dentre os temas tratados podemos citar aqueles que envolvem os aspectos físicos, psicológicos e sociais da doença que afetam doentes e familiares. Além da importância evidente que os Rins passam a desempenhar após descoberta da doença e início do tratamento (26).

Apesar de sobrevivência humana depender do funcionamento desses órgãos vitais (GARCIA, 2004), constatou-se a falta de reconhecimento por estas pessoas dos rins como mantenedores do equilíbrio funcional do organismo. É notável que, apenas com o envolvimento com a doença renal, os familiares percebem a relação dos rins com a vida.

Este fato de intimidade com a função do órgão pode ser explicado frente à proximidade com a doença e o progresso do tratamento, surge então uma construção teórica dos familiares para com os sintomas característicos (28). E por consequência uma sucessão de significados relacionados aos acontecimentos, crenças e mitos acerca da doença renal, da necessidade e da importância do tratamento dialítico, construindo diferentes hipóteses sobre o futuro e sobre sua própria identidade (29).

A hemodiálise geralmente promove frustrações e limitações, uma vez que é acompanhada de diversas restrições. Mas, tem por objetivos básicos: aumentar a longevidade, reduzir a morbidade e melhorar a qualidade de vida dos pacientes (30).

É uma doença que ocasiona situações estressantes ao paciente e seus familiares, ao mesmo tempo em que possibilita sobrevida e melhoria na qualidade de vida à espera por um transplante renal que pode durar pelo resto de sua vida e, por esse motivo, muitas vezes o indivíduo tem que criar estratégias de enfrentamento para as novas condições de vida: perda do emprego, tendo que se reorganizar para outra atividade ou viver da aposentadoria, alteração do papel de mantenedor da família, mudanças de rotina, diminuição da energia física, alteração da aparência pessoal e novas incumbências relacionadas ao tratamento (28).

“O doente com IRC passa por graves mudanças na vida social, no trabalho, nos hábitos alimentares e na vida sexual, que acarretam alterações na sua integridade física e emocional” (RAMOS, 2008, p. 73).

A mudança de rotina em decorrência ao adoecimento provoca consequências expressivas na vida dos cuidadores e podem se manifestar nas questões espirituais. É evidente a presença da fé nos cuidadores envolvidos com os doentes renais. Uma demonstração de amparo que parece complementar a confiança no médico, no enfermeiro, na equipe. A fé cresce à medida que a gravidade da doença aumenta e a fragilização do doente se intensifica, o cuidador se sente cada vez mais impotente

frente à evolução da doença e busca na fé algo que lhe proporcione segurança e esperança de melhora (31).

“É preciso considerar as conceituações das pessoas ainda que essas estejam distante daquilo que preconizamos em nossa própria crença pessoal...”
(ANGERAMI-CAMON, 2002, p. 12).

A IRC afeta o curso normal da vida e por consequência as relações sociais, os familiares desempenham papel importantíssimo no quesito saúde x doença e suas reações muito contribuem para a própria reação do doente (32) Os familiares se envolvem de tal forma que o tratamento traz respostas às suas vidas: limitações, alterações, impossibilidades e perdas também são vivenciadas, conforme a relação com o doente, pois, paciente-família é um binômio indivisível, e como tal deve ser abordado no contexto hospitalar (31).

A doença renal traz aos cuidadores a responsabilidade pela vida do outro, despertando neles uma postura de manter o doente ativo para que ele não se entregue á tristeza ou às frustrações provenientes do tratamento. Porém, vale ressaltar que as reações variam conforme os indivíduos e as relações (24). A influência na condução do enfermo em relação à adesão e aceitação do tratamento é o principal motivo pelo qual o cuidador também precisa ser incluído no tratamento. “O suporte familiar, as competências de cada membro da família, o nível de esclarecimento e a qualidade da comunicação com a equipe de saúde influenciam sobremaneira o manejo da doença pelo paciente” (FERNANDES, 2007, p. 133).

Faz-se necessário além de incluí-los (os familiares) e responsabilizá-los pela qualidade de vida e adesão ao tratamento acolher e orientar o cuidador. Cuidar dele como integrante da “equipe” e incentivador do esquema terapêutico. Além de criar possibilidades de refinamento das informações sobre a doença com a qual convivem (25). Assim, vivências podem ser compartilhadas sentimentos e pensamentos expressos e dúvidas sanadas. Trocando a posição passiva e receptiva para uma posição ativa e participativa (27).

O trabalho em grupo na sala de espera com os cuidadores pode favorecer, portanto uma relação de cumplicidade e tem por finalidade diminuir ansiedades, preocupações, tirar dúvidas, desabafar medos, raivas, angústias, alívios e se permitir uma melhoria de qualidade de vida ao rever o que os motiva ao cuidado

com os doentes. Permitindo a troca de saberes que, enriquecem o conhecimento científico acerca das repercussões da enfermidade não somente nos doentes, mas nos cuidadores.

O estudo tem por objetivo ser visto como um incentivo à educação na promoção de saúde, instrumento de reflexão, expressão de sentimentos, idéias e suporte multiprofissional, como potencializador de atividades em um tempo que estaria ocioso; pois, a abordagem de portadores de doença renal crônica (DRC) em tratamento conservador, por meio de equipes interdisciplinares, pode melhorar a qualidade de vida desses pacientes com a finalidade de constatar e sanar alterações provocadas pelo processo saúde-doença nos aspectos biopsicossociais do adoecimento. Tais intervenções devem ser focadas na abordagem global dessa população, por meio de equipes multiprofissionais, uma vez que se pode obter melhor qualidade do atendimento prestado e, conseqüentemente, maior adesão dos pacientes ao tratamento.

Faz-se necessário evidenciar a importante função do Enfermeiro como educador, um compromisso ético e profissional. Sendo este um dos grandes responsáveis por incentivar o autocuidado à saúde visto que desenvolve a atuação mais próxima aos pacientes. A atuação deste profissional na prevenção à progressão da DRC se traduz na assistência prestada de forma assistemática aos pacientes na atenção básica em saúde, sem discriminar ações específicas da prevenção e da progressão, como sendo um processo inseparável (35). Pois o enfermeiro como coordenador da equipe deve coordenar a assistência prestada, identificando as necessidades individuais de cada cliente, proporcionando meios de atendimento que visem uma melhor adequação do tratamento, garantindo assim uma qualidade de vida melhor, aproveitando todos os momentos para criar condições de mudanças quando necessário. A prática do cuidar personalizado está diretamente ligada à qualidade da assistência prestada, e uma das formas de alcançar este objetivo é através do processo de enfermagem (38).

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, baseado em pesquisa bibliográfica, realizado entre os meses de outubro e dezembro de 2010.

Que têm por fontes textuais livros e artigos publicados nos periódicos: LILACS, SCIELO, BIREME. E, que possuam interpretações textuais recentes sobre a participação da família junto ao paciente em tratamento dialítico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A IRC consiste em lesão renal com perda progressiva e irreversível da função renal, é considerada uma condição debilitante caracterizada por uma evolução rápida de impacto negativo e que compromete, além do aspecto físico, o psicológico, com repercussões pessoais, familiares e sociais, limitações e alterações de grande impacto que atingem tanto sua própria qualidade de vida quanto a do grupo familiar (1, 20).

O aumento no número de pessoas mantidas sobre tratamento substitutivo da função renal representa hoje um problema de saúde pública, de acordo com SBN, em 2010, mais de 92 mil pessoas se encontravam em tratamento dialítico, sendo a hemodiálise o tipo de terapia renal substitutiva mais utilizada um problema social e econômico devastador, principalmente em países de 3º mundo, onde não há possibilidade de regular o suporte dialítico (1, 3, 17, 39).

Com o diagnóstico de doença renal o indivíduo vivência uma série de mudanças que marcarão sua vida; aderir ao tratamento significa aceitar a terapêutica proposta e segui-la adequadamente o que pode representar uma sessão de hemodiálise com menor risco de intercorrências e aprimoramento do bem-estar físico, social e psicológico (7, 18, 19).

A família vivência uma experiência estressante em decorrência de uma doença persistente e passa a reavaliar seus saberes criando expectativas frente à realidade da cronicidade. A rotina familiar muda drasticamente com as constantes visitas ao médico, medicações, hospitalizações, tratamento; o que acaba atingindo todas as pessoas que convivem com o doente. Geralmente, a família também vivencia uma situação de crise definida pelo sentimento de impotência. É esse o principal motivo pelo qual a família também precisa ser incluída no tratamento (12, 22). Pois, o cuidado interdisciplinar na diálise possibilita, entre outros benefícios, redução do número de hospitalizações, melhor controle da hipertensão arterial, dos distúrbios metabólicos e da anemia, bem como melhor preparo psicológico no período anterior ao início da diálise. É o que se chama de psicoeducação: a difusão da informação que cada cuidador pode utilizar no desenvolvimento e crescimento pessoal a fim de estimular o auxílio/apoio ao doente renal e sua família através da educação na

promoção à saúde, como potencializador de atividades em um tempo que estaria ocioso (26).

Esta pesquisa tem por finalidade orientar a participação da família no tratamento dialítico, incluindo programas educacionais e reabilitação, fazendo com que profissionais de diferentes áreas possam criar possibilidades para facilitar no enfrentamento desta nova realidade. E, incentivar a participação ativa da família no tratamento dialítico (1). Além de incluí-los (os familiares) e responsabilizá-los pela qualidade de vida e adesão ao tratamento acolher e orientar o cuidador. Cuidar dele como integrante da “equipe” e incentivador do esquema terapêutico. Além de criar possibilidades de refinamento das informações sobre a doença com a qual convivem (25).

Faz-se necessário evidenciar a importante função do Enfermeiro sendo este um dos grandes responsáveis por incentivar o autocuidado à saúde visto que desenvolve a atuação mais próxima aos pacientes na prevenção à progressão da DRC (35). Pois o enfermeiro identifica as necessidades individuais de cada cliente, proporcionando meios de atendimento que visam uma melhor adequação do tratamento, garantindo assim uma melhor qualidade de vida, aproveitando todos os momentos para criar condições de mudanças quando necessário (38).

Encerro meu estudo com a certeza de que ganhei uma nova visão da área clínica/psicológica no que diz respeito ao tratamento dialítico. Bem mais humanizada que no início do projeto. Esta pesquisa poderá oferecer benefícios no que diz respeito à reorganização e reorientação sobre o tratamento dialítico em pacientes crônicos. Visto que, o trabalho autônomo do Enfermeiro, nesta área é perfeitamente possível de ser realizado, sendo esta uma profissão que está encontrando seus caminhos, descobrindo seus desafios e suas estratégias para alcançar metas cada vez mais sólidas.

REFERÊNCIAS

1. MADEIRA EQP, LOPES GS, SANTOS SFF. A investigação epidemiológica na prevenção da insuficiência renal terminal. Ênfase no estudo da agregação familiar: Medoinline [periódico online] 1998 Abr-Jun [consultado em agosto de 2011]
2. SANCHES, M.H.; PESTANA, J.O.M; SPOLIDORIO,L.C.; DENARDIN, O.V.P. Cuidados odontológicos em portadores de Insuficiência Renal Crônica. Revista Paulista de Odontologi, V.26, N.5, SET/OUT.2004, P.29-32.
3. ROMÃO JÚNIOR J.E.Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. J. Bras. Nefol 2004: 26 (3): 1-3.
4. SALOMÃO A, ET AL. Projeto piloto de hemodiálise curta diária: melhora da qualidade de vida de renais crônicos. J Bras Nefrol 2002; 24(4): 168-75.
5. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Amostragem dos centros de diálise do Brasil [citado 06 dez 2007]. Disponível em: <HTTP://www.sbn.org.br/censo/2006/Amostragem.pp#7> Acessado ago/11
6. MARTINS LM, França APD, KIMURA M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. Rer Latino-am Enfermagem 1996 março; 4(3): 5-8.
7. ASSOCIAÇÃO DOS RENAIIS E TRANSPLANTADOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Qualidade de vida. Rio de Janeiro; ADRETERJ; 2005

8. CESARINO, CB. Paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: atividade educativa do enfermeiro. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da USP; 1995.
9. CORMIER, DM, STEWART M. Support and coping of male hemodialysis-dependent patients. *Int J Nurs Stud* 1997; 34(6): 420-30...
10. BITTENCOURT ZZLC. Qualidade de vida e representações sociais em portadores de patologias crônicas: estudo de um grupo de renais crônicos transplantados. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2003.156p
11. GOMES CMA. Descrição da qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise. *Ver Med Minas Gerais* 1997; 7 (2/4); 60-3.
12. CHESLA CA. Nursing science and chronic illness: articulating suffering and possibility in family life. *J Fam Nurs* 2005 nov; 11(4):371-87.
13. ROLLAND IS. Doença crônica e o ciclo de vida familiar. As doenças no ciclo de vida familiar. 2° Ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas;2001.
14. SCHETTINO G. Paciente Crítico: Diagnóstico e Tratamento. São Paulo: Hospital Sírio Libanês; 2006.
15. KLAFKE A. Perfil lipídico de pacientes com IRC em tratamento conservador, hemodiálise ou diálise peritoneal. *J.Bras.Nefrol* 2005; 27 (3): 116-7.

16. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital. Brasília (DF);2005.
17. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Censo de Diálise SBN 2008. Disponível em: http://www.sbn.org.br/censos/censos_anteriores/censo_2008.pdf. Acesso em: 21 de out de 2011.
18. SILVEIRA LMC, Ribeiro VMB. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. Interface: Comunicação, Saúde, Educação [periódico na Internet] 2005 [citado 2006 set 25];9(16):91-104. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a08.pdf> Acesso em: 12 de out de 2011.
19. THOMAS CV, Alchieri JC. Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à hemodiálise. Avaliação Psicológica [periódico na Internet] 2005 [citado 2006 ago 16];4(1): 57-64. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/avp/v4n1/v4n1a07.pdf>. Acesso em 09 out 2011.
20. RESENDE, Marineia Crosara de. **Atendimento psicológico a doentes com Insuficiência Renal Crônica: em busca de ajustamento psicológico**. Revista Psic. Clínica [online]. Vol.19. N. 2. p. 87-99. Rio de Janeiro: 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v19n2/a07v19n2.pdf>>. Acesso em 09 out 2011.
21. RAMOS, Islane Costa (et.al.). **Portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise: significados da experiência vivida na implementação do cuidado**. Periódicos Acta Scientiarum. Health Sciences. IN: Portal de Periódicos da UEM. [online]. Vol. 30, n. 1. Maringá, 2008. p. 73-79. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci>>. Acesso em 11 out 2011.

22. FERNANDES, Luciana Freitas. **Perspectivas da Psicologia no campo do transplante renal**. IN: LAGE, Ana Maria Vieira e MONTEIRO, Kátia Cristine Cavalcante (orgs.). Psicologia Hospitalar. Teoria e Prática em Hospital Universitário. Fortaleza: Edições UFC, 2007.
23. CARVALHO, Kleumar Brasil de. **A atuação do psicólogo no suporte ao doente, família e equipe multiprofissional no processo da humanização hospitalar**. IN: Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde. Belo Horizonte, Fev-Jul 2008, Ano 4, n.7. p. 14-22.
24. TEIXEIRA, Valdirene Camargo Mendonça. **Acompanhantes hospitalizados**. IN: Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde. Belo Horizonte, ago Fev-Jul 2008, Ano 4, n.7. p. 40-49.
25. VERISSIMO, Danilo Saretta; VALLE, Elizabeth Ranier Martins do. **Grupos de sala de espera no apoio ao paciente somático**. Rev. SPAGESP. [online]. dez. 2005, vol.6, n. 2 [citado 11 Outubro 2008], p.28-36. Disponível em <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/>>. Acesso em 11 mar 2012.
26. CABALLO, V. E. **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. São Paulo: Editora Santos, 1996.
27. IVANCKO, Silvia Martins. **E o tratamento se inicia na Sala de Espera...** IN: ANGERAMICAMON, V. A. (org.). Atualidades em Psicologia da Saúde. São Paulo: Thomson Learning, 2004.
28. GODOY, Márcia Regina; NETO, Giácomo Balbinotto; RIBEIRO, Eduardo Pontual. **Estimando as perdas de rendimento devido à doença renal crônica no**

- Brasil.** Artigo Científico. [online]. IN: Seminário do PPGE/UFRGS e da II Jornada de Economia da Saúde da Associação Brasileira de Economia da Saúde. Belo Horizonte, 2005. Disponível em:<http://www.ufrgs.br/ppge/pcientifica/2006_01.pdf>. Acesso em 28 jan 2012.
29. BAHLS, Saint Clair; NAVOLAR, Ariana Bassetti Borba. **Terapia cognitivo comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos.** Revista eletrônica de Psicologia - Psico UTP. [online]. N. 04. Curitiba, jul. 2004. Disponível em: <http://www.utp.br/psico.utp.online/site4/terapia_cog.pdf>. Acesso em 15 nov 2011.
30. FERNANDES MGM, et al. Diagnósticos de Enfermagem de uma família com um membro portador de IRC. *Enferm Rev.* 1998;4(7-8): 18-24.
31. ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. **Novos rumos na psicologia da saúde.** São Paulo: Thomson Learning, 2002.
32. KLÜBER-ROSS, E. **A família do paciente.** IN: KLÜBER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
33. RIBEIRO, D.F.et al. Processo de cuidar do idoso em diálise peritoneal ambulatorial continua no domicílio. **Acta Paul Enferm.** N 22, 2009.
34. HIGA, Karina. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. **Acta paul. enferm.** vol.21 no. spe São Paulo 2008.

35. TREVIZAN, M.A. et al. Aspectos legais da enfermagem hiperbárica brasileira: por que regulamentar?. **Rev. Bras. Enferm**: 63(2):312-316,mar – abr 2010.
36. OLIVEIRA, D.G.; GUERRA, W.L.; DIAS, S.B. **Percepção do portador de insuficiência renal crônica acerca da prevenção da doença. Revista Enfermagem Integrada** – Ipatinga: Unileste-MG - V.3 - N.2 - Nov./Dez. 2010.
37. PARADISO C. **Cuidados aos pacientes com disfunção urinária e renal**. In: Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: **tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10a ed. Janeiro: Guanabara Koogan; p.1398-412, 2006.
38. BISCA, M.M.; MARQUES, I.R..Perfil de diagnósticos de enfermagem antes de iniciar o tratamento hemodialítico. **Rev. Bras Enferm**, Brasília maio-jun; 63(3): 435-9,2010.
39. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Censo de Diálise SBN 2010. Disponível em: http://www.sbn.org.br/censos/censos_anteriores/censo_2010.pdf
Acesso em: 21 de out de 2011.

ANEXO
DECLARAÇÃO

Eu, **Bruno Leal Ramos**, portador do documento de identidade RG 1.217.759/SSP-SE, CPF nº 662.251.165-91, aluno regularmente matriculado no curso de Pós - Graduação em Nefrologia, do programa de *Lato Sensu* da UNIP – UNIVERDIDADE PAULISTA, sob o nº EN10126, declaro a quem possa interessar e para todos os fins de direito, que:

1. Sou a legítima autora da monografia cujo título é: **“PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA JUNTO AO PACIENTE EM TRATAMENTO DIALÍTICO”**, da qual esta declaração faz parte, em seus ANEXOS;
2. Respeitei a legislação vigente sobre direitos autorais, em especial, citado sempre as fontes as quais recorri para transcrever ou adaptar textos produzidos por terceiros, conforme as normas técnicas em vigor.

Declaro-me, ainda, ciente de que se for apurado a qualquer tempo qualquer falsidade quanto às declarações 1 e 2, acima, este meu trabalho monográfico poderá ser considerado NULO e, conseqüentemente, o certificado de conclusão de curso/diploma correspondente ao curso para o qual entreguei esta monografia será cancelado, podendo toda e qualquer informação a respeito desse fato vir a tornar-se de conhecimento público.

Por ser expressão da verdade, dato e assino a presente DECLARAÇÃO,

Em São Paulo, ____/____ de 2012.

Assinatura do aluno

Autenticação dessa assinatura, pelo funcionário da Secretaria da Pós- Graduação <i>Lato Sensu</i>
