

**A vivência de cuidado do paciente em hemodiálise**

**The experience of patient care in hemodialysis**

**La vivencia de cuidado del paciente en hemodiálisis**

Recebido: 12/08/2020 | Revisado: 25/08/2020 | Aceito: 27/08/2020 | Publicado: 30/08/2020

**José Baudilio Belzarez Guedez**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8042-0317>

Universidade Federal do Paraná, Brasil

E-mail: [josebelzarez@gmail.com](mailto:josebelzarez@gmail.com)

**Maria Ribeiro Lacerda**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5035-0434>

Universidade Federal do Paraná, Brasil

E-mail: [mrlacerda55@gmail.com](mailto:mrlacerda55@gmail.com)

**Jaqueline Dias do Nascimento**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4249-4809>

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Brasil

E-mail: [jaquineddias1@hotmail.com](mailto:jaquineddias1@hotmail.com)

**Luana Tonin**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3168-5762>

Universidade Federal do Paraná, Brasil

E-mail: [luanatonin@gmail.com](mailto:luanatonin@gmail.com)

**Ana Paula Hermann**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0546-2194>

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Brasil

E-mail: [anaphermann@gmail.com](mailto:anaphermann@gmail.com)

**Maria de Fátima Mantovani**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7961-8273>

Universidade Federal do Paraná, Brasil

E-mail: [mfatimamantovani@ufpr.br](mailto:mfatimamantovani@ufpr.br)

**Resumo**

A Doença Renal Crônica frequentemente implica ao paciente um regime de cuidados rigorosos devido ao tratamento de Hemodiálise. Diante disso foi planteado como objetivo

compreender a vivência de cuidado do paciente na hemodiálise e construir um modelo teórico que represente esta vivência. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que utilizou como método a Teoria Fundamentada nos Dados. Foram feitas entrevistas semiestruturadas com 24 sujeitos: 10 pacientes sob tratamento de hemodiálise; 7 cuidadores familiares de pacientes em hemodiálise que participavam ativamente no dia a dia dos cuidados; e 7 profissionais integrantes da equipe multiprofissional. A análise dos dados se deu com a codificação substantiva, aberta e seletiva, e codificação teórica. Identificou-se que esta vivência tem como causa a categoria “Iniciando a trajetória de cuidados”, tendo como condições intervenientes as categorias “Confrontando-se com uma nova vida de cuidados” e “Sendo cuidado”, cuja consequência foi “Harmonizando-se com a hemodiálise e seus cuidados” no contexto de “Transmutando-se frente aos cuidados para a manutenção da vida”. Deste modo concluiu-se que a vivência de cuidados é um evento que demanda do paciente aprendizagem, modificações e adaptações. Para isso, o paciente precisará de apoio emocional, psicológico e espiritual de diferentes fontes, profissional, familiar e social, para se envolver satisfatoriamente nesta vivência.

**Palavras-chave:** Insuficiência renal; Unidades hospitalares de hemodiálise; Teoria fundamentada; Cuidados de enfermagem.

### **Abstract**

Chronic Kidney Disease often implies a strict care regime for the patient due to the Hemodialysis treatment. Having as objective to understand the patient's care experience in hemodialysis and build a theoretical model that represents this experience. Is about qualitative research, using Grounded Theory as a method. Semi-structured interviews were conducted with 24 subjects: 10 patients undergoing hemodialysis; 7 family caregivers of hemodialysis patients who actively participated in the day-to-day care; and 7 professionals from the multiprofesional team. Data analysis took place with substantive, open and selective coding, and theoretical coding. Was identified that this experience is caused by the category “Starting the care trajectory”, having as intervening conditions the categories “Confronting a new life of care” and “Being cared for”, whose consequence was “Harmonizing- with hemodialysis and its care” in the context of “Transmuting yourself in the face of care for the maintenance of life”. In this way it is concluded that the experience of care is an event that demands learning, modifications and adaptations from the patient. For this, the patient will need emotional, psychological and spiritual support from different sources such as professional, family and social support to be involved satisfactorily in this experience.

**Keywords:** Renal insufficiency; Hemodialysis hospital units; Grounded theory; Nursing care.

## **Resumen**

La insuficiencia renal crónica frecuentemente implica para el paciente la sumisión a un régimen de cuidados rigurosos debido al tratamiento de hemodiálisis. Delante de esto fue plantado como objetivo comprender la vivencia de cuidado del paciente en hemodiálisis y construir un modelo teórico que represente esta vivencia. Se trata de un estudio cualitativo que utilizó como metodología la teoría fundamentada en los datos. Fueron realizadas entrevistas semiestructuradas con 24 sujetos: 10 pacientes recibiendo hemodiálisis; 7 familiares cuidadores de pacientes en hemodiálisis; y 7 profesionales integrantes del equipo multiprofesional. El análisis de datos fue ejecutado mediante codificación substantiva, abierta y selectiva, y codificación teórica. En los resultados se identificó que esta vivencia tiene como causa “Iniciando la trayectoria de cuidados” teniendo como condiciones intervinientes las “confrontándose con una nueva vida de cuidados” y “siendo cuidado”, cuya consecuencia fue “Armonizándose con la hemodiálisis y sus cuidados” en el contexto de transmutándose frente a los cuidados para la manutención de la vida”. De este modo se concluyó que la vivencia de cuidado es un evento que demanda del paciente aprendizaje, modificaciones y adaptaciones. Para eso el paciente necesitara de apoyo emocional, psicológico y espiritual de diferentes entes, profesional, familiar y social para involucrarse satisfactoriamente en esta vivencia.

**Palabras clave:** Insuficiencia renal; Unidades de hemodiálisis en hospital; Teoría fundamentada; Atención de enfermería.

## **1. Introdução**

Entre os eventos de impacto na vida humana, está a doença e mais especificamente, a doença crônica, que indica para o indivíduo uma necessidade imediata de fazer ajustes que lhe permitam realizar um processo de integração dessa nova experiência ao seu estilo de vida. Este evento faz com que a pessoa reaprenda um novo padrão vida que demandará força espiritual, novos hábitos e rotinas indesejadas, para integrar às atividades representativas da sua essência vivencial (Nascimento et al., 2018).

Especificamente no caso da Doença Renal Crônica (DRC), seu curso é diferenciado de outras patologias crônicas, já que geralmente evolui silenciosamente no paciente a ponto de gerar danos irreversíveis, levando-o ao tratamento de suporte renal (Medina, 2016).

Embora os tratamentos de suporte renal auxiliem na melhora significativa da condição de saúde do paciente, eles não curam a doença. Estes tratamentos compreendem: Hemodiálise (HD), Diálise Peritoneal (DP) e Transplante Renal (TR), dos quais a mais implementada é a HD (Varela et al., 2015).

A opção pela terapêutica depende de diversos fatores desde as especificidades do perfil clínico do paciente, as situações econômicas, sociais até as condições de moradia entre outras, como exemplo a DP no domicílio do paciente, e o TR, que além destas situações, está ligado às dificuldades para receber a doação do órgão, vislumbrando-se então a HD como uma o tratamento mais viável (Varela et al., 2015).

A HD não é um evento recente no Brasil, sendo até hoje a terapia mais implementada para tratar o paciente com DRC no país inteiro. Observa-se que o reconhecimento dos cuidados que o paciente necessita no decorrer da vivência do tratamento e as subjetividades que os contextualizam ainda são pouco percebidos pela população em geral e, até mesmo, entre os profissionais da saúde ligados à HD (Santos et al., 2017).

Desta maneira, para identificar essa experiência, é necessário reconhecer as simbolizações atribuídas pelo paciente e como elas são o ponto de partida para ele configurar um novo sistema de respostas comportamentais que pode favorecer ou prejudicar sua experiência de cuidados, desencadeando efeitos diretos tanto positivos quanto negativos na saúde física, psicológica e emocional do indivíduo (Ibiapina et al., 2016).

Considera-se igualmente que nesta experiência de cuidados em HD o papel da enfermagem é fundamental, pois é um dos principais fornecedores de orientações tanto para o paciente como para seu familiar, sendo geralmente um dos primeiros profissionais a identificar os sofrimentos físicos, psicológicos e emocionais do paciente; devendo então aperfeiçoar-se na identificação destas situações por meio de constante descoberta dos componentes subjetivos que circundam estes (Serralde & Antonio, 2017).

Nesse íterim, é considerado que para a enfermagem planejar e desenvolver estratégias adequadas para ajudar o paciente na adaptação e adesão a esta nova demanda de cuidados em HD, é essencial levar em consideração que isto não acontece de forma padronizada; pois ao contrário, é um evento em que cada pessoa tem particularidades relacionadas ao contexto sociocultural e sua história de vida, que geralmente será o ponto de partida para o indivíduo confrontar empaticamente ou com resiliência esta experiência (Cruz et al., 2016).

Embora algumas pesquisas na área de enfermagem sejam realizadas com o foco nas singularidades da experiência de cuidados, ainda há algumas lacunas neste conhecimento,

entre elas, definir como o paciente descreve esta vivência e especificar como ele a partir das subjetividades configura sua experiência de cuidados (Herbias, 2016).

Assim, questiona-se: “como o paciente em hemodiálise vivencia o cuidado?”. E tem-se como objetivos: compreender a vivência de cuidado do paciente na hemodiálise e construir um modelo teórico que represente esta vivência.

## 2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa- interpretativa, que utilizou o método da Grounded Theory (GT), no qual o processo de coleta, análise e codificação de dados acontece simultaneamente, devendo o pesquisador definir quais seriam os grupos amostrais, com o propósito de desenvolver a teoria que está emergindo, sendo então o objetivo da amostragem a seleção prudente de incidentes e eventos que podem contribuir para o desenvolvimento e o relacionamento das categorias emanadas dos dados (Glaser & Strauss, 2006).

A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador principal, mediante entrevista semiestruturada gravada em áudio e transcrita, com um total de 24 participantes em um centro clínico privado destinado ao atendimento de HD.

Para as entrevistas, foi elaborado um instrumento com questões abertas que possibilitaram um diálogo ativo entre o entrevistador e o participante; do mesmo modo, após a transcrição e a análise de cada entrevista, foram incluídas novas perguntas conforme a necessidade de respostas para a construção do modelo teórico, seguindo o que é proposto pela metodologia.

Os participantes compuseram 03 grupos amostrais. Para a definição do primeiro grupo o pesquisador realizou um período de observação de 14 dias na unidade de tratamento, observando a rotina da unidade, conversando com os profissionais, familiares, funcionários e pacientes.

Desta maneira, depois do primeiro contato com os pacientes, familiares, funcionários e profissionais da equipe multiprofissional e de ouvir as falas de suas experiências com relação ao cuidado em HD, percebeu-se que os pacientes estavam impregnados significativamente desta experiência, sendo indicados para o primeiro grupo amostral. Assim, o primeiro grupo amostral foi formado por 10 pacientes, cujos critérios de inclusão foram: ser paciente recebendo HD há mais de um ano no momento da entrevista e ter acima de 18 anos de idade.

Após realizar as 10 entrevistas do primeiro grupo e fazer leitura e análise exaustiva de todos os dados, surgiu a hipótese de que o segundo grupo amostral fosse formado por

cuidadores familiares que participassem do cuidado de pacientes em HD; não sendo necessariamente os familiares cuidadores dos pacientes que conformaram o primeiro grupo amostral. Assim, o segundo grupo foi constituído por sete familiares cuidadores de pacientes em HD que participam diariamente dos cuidados de um paciente em HD há mais de um ano.

Percebeu-se repetidamente a influência que a equipe multiprofissional trazia na aprendizagem, no enfrentamento e na adaptação do paciente aos cuidados em HD, sendo isso citado e confirmado pelo segundo grupo amostral. Desta maneira, o terceiro grupo amostral foi composto por sete integrantes da equipe multiprofissional de saúde especificamente: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas e psicólogos. A quantidade de profissionais não será citada neste estudo, pois devido ao número reduzido de profissionais por área tem-se o risco de identificação dos participantes, comprometendo seu anonimato.

A análise de dados consistiu em duas fases: substantiva e teórica. Na primeira, foi conceituada a substância empírica da área de estudo, estando segregada em dois estágios de codificação; codificação aberta e codificação seletiva, sendo vitais para esta codificação o método comparativo constante e a circularidade dos dados acompanhados da redação de memorandos e diagramas (Glaser, 2016).

A codificação teórica é o momento em que acontece a descoberta da teoria que descreve as relações entre os conceitos que emergiram na codificação substantiva, deste modo, explicando o arquétipo de comportamento social no fenômeno (Santos J. G. et al., 2018).

Esta teoria descreve como os códigos substantivos se relacionam entre si por meio de hipóteses que foram integradas em uma teoria, entrelaçando, desta maneira, a história fragmentada na codificação aberta (Glaser, 2016).

O estudo foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal a Nível Superior (CAPES), tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com o parecer número 2.971.965 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 98422518.8.0000.0102.

### **3. Resultados**

A vivência de cuidado do paciente em hemodiálise tem como categoria central “Envolvendo-se em uma nova vida de cuidados ao fazer hemodiálise”. A causa desta vivência foi descrita pela categoria “Iniciando a trajetória de cuidados”, tendo como condições intervenientes as categorias “Confrontando-se com uma nova vida de cuidados” e “Sendo

cuidado”, cuja consequência foi “Harmonizando-se com a hemodiálise e seus cuidados” no contexto de “Transmutando-se frente aos cuidados para a manutenção da vida”.

A Figura 1, apresenta o modelo teórico “A vivência de cuidado do paciente em Hemodiálise”, o qual será apresentado em cada uma das categorias a seguir.

**Figura 1** - A vivência de cuidado do paciente em HD.



Fonte: Autores (2020).

Envolvendo-se em uma nova vida de cuidados ao fazer HD é a categoria central do modelo teórico. Este envolvimento é modulado pelo confronto interno decorrente do enfrentamento e convivência diária com os desconfortos produzidos pelo tratamento e pelo cuidado recebido do cuidador familiar, profissionais de saúde e do apoio de uma rede. Ao envolver-se em uma vida de cuidados o paciente se adapta aos cuidados, aceita e adere ao tratamento e assim, transmuta-se para a manutenção da vida.

A causa do fenômeno está evidenciada na categoria “Iniciando a trajetória de cuidados” que é formada por duas subcategorias, descobrindo que tem DRC e (Des) conhecendo o que é HD, essa categoria descreve o início do fenômeno, sendo a mesma a fonte ou razão dele.

Ao descobrir a doença em sua vida, o paciente recebe a notícia do tratamento de maneira inesperada, se assusta com o diagnóstico e suas repercussões, fica perturbado com a HD, julga que o tratamento interfere no seu projeto de vida.

*É um baque muito grande é como se caísse uma tempestade na cabeça da pessoa, então a HD é uma notícia muito forte (E. 2)*

Ao se inserir na HD, a pessoa sente que tem um (Des) conhecimento do que é HD, decide então buscar orientações sobre o assunto, lida com informações incertas e necessidade orientações profissionais de maneira contínua. Ao receber tais orientações considera o profissional como a melhor fonte de conhecimentos, compartilha esta aprendizagem com seu círculo de convívio, mas ambigualmente apresenta dificuldade para assimilar todas as informações profissionais recebidas.

A categoria “Confrontando-se com uma nova vida de cuidados” é uma das condições intervenientes do modelo teórico, subdivide-se nas subcategorias “enfrentando a HD” e “convivendo diariamente com os desconfortos produzidos pela HD”. As condições intervenientes são aquelas que alteram o impacto das condições causais.

Enfrentar esta situação implica fazer um tratamento (in) desejável, submeter-se a procedimentos dolorosos, tornar-se dependente do tratamento dialítico. Para este enfrentamento o paciente precisa de suporte psicológico e tem na família sua maior motivação, precisa ainda de suporte espiritual e deposita suas esperanças na realização de um TR.

Parte da confrontação da nova vida de cuidados é conviver no dia a dia com os efeitos produzidos pela terapia no corpo físico e psicológico, tendo então o paciente que: lidar com o mal-estar pós dialítico, suportar as dores da punção, considerar a imprevisibilidade do tratamento, podendo ficar inativo diante o tratamento, sofrendo continuamente com a dualidade do tratamento que faz bem e faz mal simultaneamente.

A categoria “Sendo cuidado” apresenta-se como outra condição interveniente no fenômeno, a qual é composta pelas subcategorias: “necessitando de um cuidador familiar”, “desenvolvendo relações de cuidado profissional”, “tendo que contar com uma rede de apoio social”.

Diante do adoecimento e do dano progressivo que gera o tratamento, a pessoa apresenta uma eventual ou total incapacidade de cuidar-se, assim necessita de um cuidador familiar, o que o torna um indivíduo dependente dos cuidados. O paciente espera que o cuidador seja empático com sua condição, mas tenta continuamente ser independente dele.

O paciente busca ainda, desenvolver uma relação de cuidado com a equipe multiprofissional de saúde, assim utilizará o vínculo para estabelecer segurança.

*... você se torna um bebê de novo, minha mãe me ajuda com a higiene, para não molhar no local, era aqui na altura do peito, então você vira um bebê de novo (P.7)*

Ao contar com uma rede de apoio social o paciente requer uma família funcional, apoio profissional e dos serviços de saúde, amigos e grupos de autoajuda, que motivam a cuidar-se entre os colegas da HD e a desenvolver novas crenças após a HD.

A categoria “transmutando-se frente aos cuidados para a manutenção da vida” contextualiza a vivência do fenômeno e divide-se em duas subcategorias: “Tendo a vida sujeita às restrições” e “Mudando a forma de viver”. Esta categoria compreende circunstâncias, as quais as pessoas respondem por meio de ações.

Ter a vida sujeita às restrições, indica como a fraqueza física, limitações na ingesta hídrica e alimentar e outros, fazem com que o paciente se sujeite a uma vida longe do trabalho, com restrições a viagens, entre outras limitações. Assim, o paciente se sente impactado, afetando o psicológico, mas assume fazer as restrições para não morrer e para isso precisará de disciplina para atender as limitações.

*[...]então a gente fica certo tempo preso aqui, não tem como viajar assim com facilidade, para passar mais tempo no lugar que você queira ir, e acabam acontecendo esse tipo de coisas. (P. 6)*

Assim, com a finalidade de cuidar-se, muda o estilo de vida, pois o contexto em que o indivíduo transita é de mudanças constantes que o obrigam a deixar sua profissão, modificar seus hábitos de vida, depender de outra pessoa, limitar-se nas interações sociais, repensar a dinâmica familiar e perceber a vida de um jeito diferente.

A categoria “Harmonizando-se com a HD e seus cuidados” (consequência) é formada pelas subcategorias: “aceitando a HD” e “adaptando-se a HD a aos cuidados”. A aceitação é singular para cada paciente, sendo parte disso considerar que sua vida continua devido ao tratamento dialítico e assume a unidade de tratamento como uma segunda casa.

*Quando eu aceitei a hemodiálise a minha mente aceitou o que eu estava fazendo, eu melhorei, porque se você começa a pensar que não vai dar certo é isso o que vai acontecer (P. 6)*

Adaptar-se a HD e aos cuidados é um evento progressivo sem um tempo determinado, mas para o paciente engajar-se precisa de um ambiente acolhedor na unidade de tratamento, acostumar-se a viver com as precauções do acesso venoso, adequar suas limitações ao seu círculo social, atividades diárias e considerar que é capaz de continuar a vida.

#### 4. Discussão

Para envolver-se nesta nova vida de cuidado faz-se necessária a intervenção de entes externos como a presença de um cuidador familiar, cuidadores profissionais e uma rede de apoio que tutelem o paciente. É fundamental que o paciente sinta segurança neste envolvimento a qual geralmente é advinda do suporte que podem oferecer familiares, amigos e dos colegas que junto com ele estão realizando HD, e igualmente perceber a equipe de saúde como um ente com a capacidade de responder seus cuidados e as diferentes intercorrências de saúde (Almeida et al., 2019).

Na categoria “iniciando a trajetória de cuidado”, revela-se que a pessoa considera que o momento de receber o diagnóstico da DRC acontece como algo repentino, assim, surpreendendo-se com a notícia da DRC e a necessidade de fazer o tratamento.

Vislumbra-se o começo como um evento incisivamente transformador e inesperado, que altera seus planos, devendo, então, o paciente tomar decisões a fim de ajustar a vida a esta situação, implica em afastar-se de projetos, e com isso a sensação de que esta condição de cuidados acabou com suas perspectivas futuras (Perdomo & Ruiz, 2018).

Na categoria “Confrontando-se com uma nova vida de cuidados”, evidencia-se que o paciente vive o enfrentamento do tratamento e convive diariamente com os desconfortos que este produz. Tem-se que as muitas privações impostas pelos cuidados coadjuvam para a pessoa sentir-se como um indivíduo deficiente e frágil, precisando diante disso de alguém disponível para ouvir todas estas expressões de tristeza, podendo isto fortalecer e direcionar o paciente no processo de enfrentamento (Ferreira, Agra & Formiga, 2017).

Idem o fato de enfrentar abruptas modificações e dificuldades de saúde persistentemente, podem incutir para a pessoa assumir uma percepção diferente de si e, conseqüentemente, cogitar a ideia de que as pessoas o excluam dos círculos sociais pelo fato de ele agora ser um indivíduo com um jeito de vida diferenciado dos demais (Rodriguez et al., 2019).

Na categoria “sendo cuidado” indicou-se que a partir deste tratamento o paciente “necessita de um cuidador familiar”, “desenvolve relações de cuidado profissional” e “tem que contar com uma rede de apoio”.

Considera-se que embora a necessidade e opinião do paciente seja preservada, em alguns momentos este julga que sua autonomia se encontra ameaçada, pelo fato de necessitar sempre de um cuidador o qual está roubando sua autenticidade, por ser este quem

continuamente decide em grande medida como e quando ele deva realizar as diversas atividades do seu cotidiano (Cruz et al., 2016).

Do mesmo modo, o paciente em HD necessita desenvolver extrema confiança nos cuidados profissionais, devendo o profissional sempre mostrar-se prestativo e atencioso (Silva et al., 2016), considerar que uma relação de cuidado fundamentada na confiança é essencial para o paciente se sentir seguro e seguir as recomendações sugeridas pela equipe de saúde (Pereira, Pereira & Silva, 2018).

A categoria “transmutando-se frente aos cuidados para a manutenção da vida”, revela como o paciente está inserido em um contexto de mudanças de rotina, tendo que sujeitar-se a novos hábitos de vida, diante o qual ele experimenta muitas emoções negativas.

O fato da pessoa ouvir desde o início da doença, continuamente, o que não deve fazer para se cuidar, acarretará transtornos emocionais como tristeza profunda, angústia, medo, desilusão, sentindo-se então que essas restrições contornam seu existir, considerando que é impossível viver com qualidade vida (Salimena et al., 2018).

É apresentado na categoria “Harmonizando-se com a HD e seus cuidados” como o paciente atinge uma harmonização de seu estilo de vida com a nova necessidade de cuidados em HD, “aceitando a HD” e “adaptando-se a HD a seus cuidados”.

Considera-se então que a aceitação do tratamento é um processo que ocorre de maneira singular para cada pessoa, que dependerá da capacidade de resiliência do paciente, a qual lhe possibilita promover e desenvolver mecanismos de proteção diante da negação o qual é benéfico para ele aderir o tratamento ao seu estilo de vida (Galvão et al., 2019).

O fato de ter a oportunidade de participar de atividades físicas e de laser vislumbra-se como um forte estímulo para o paciente se adaptar ao tratamento e continuar a vida através da HD, podendo da mesma maneira a prática destas contribuir para a pessoa melhorar a percepção de si mesma e da situação que está vivenciando (Panzetti et al., 2020).

Os autores citados para discussão comprovaram os diferentes desafios que enfrenta o paciente que recebe HD para envolver-se nesta vivência de cuidado, do mesmo modo constataram as diversas mudanças que atravessa este paciente, desde o momento em que se introduz este novo estilo de vida com a finalidade de transmutar suas percepções e atingir uma harmonização com a novo modo de vida em HD. Este fato, torna-se necessário para manter-se com os seus cuidados durante a realização da HD.

## 5. Considerações Finais

Considera-se que os objetivos desta pesquisa foram atingidos, pois foi possível construir um modelo teórico que representasse a vivência de cuidado do paciente em HD e por meio dele compreender em que consiste este fenômeno que impõe um novo estilo de vida para o paciente e família, que precisa reaprender a viver para ser cuidado, submeter-se a regimes dietéticos e restrição de ingesta hídrica que geram estresse e tendo que adquirir uma consciência de cuidados contínuos que vão acompanhá-lo em todo momento.

O estudo teórico apresentado limita-se a uma perspectiva de um fenômeno específico, de uma determinada população em um único serviço. Assim, a vivência aqui apresentada resulta de um contexto próprio, devendo-se considerar a limitação espacial e temporal evidenciada.

Pretende-se com este estudo contribuir para o ensino, pois acredita-se que este estudo oferece fundamentos científicos que permitiram reconsiderar a maneira como a prática do cuidado é ensinada em diversos cursos da saúde, estabelecendo novos princípios para o cuidado profissional cimentados na percepção de quem faz hemodiálise.

Entende-se igualmente que, apesar dos valiosos e diversos aportes que este estudo tem para o paciente receber cuidados profissionais que considerem suas percepções, e mesmo das contribuições para conscientizar e sensibilizar a sociedade e corpo científico, novas perguntas surgem que precisam ser respondidas com a finalidade de melhorar a qualidade de vida do paciente com DRC. Assim, futuras pesquisas que identifiquem como acontecem os cuidados para o paciente em tratamento convencional e como é a vivência de cuidados de quem já recebeu o TR podem possibilitar a construção de protocolos especificamente direcionados às necessidades de cuidado destes pacientes.

## Referências

Almeida, O. A., Santos, W. S., Rehem, T. M., & Medeiros, M. (2019). Envolvimento da pessoa com doença renal crônica em seus cuidados: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*. 24(5), 1689-98.

Cruz, M. R. F., Salimena, A. M. O., Souza, I. E. O., & Melo, M. C. S. C. (2016). Descoberta da doença renal crônica e o cotidiano da hemodiálise. *Revista Cienc Cuid Saude*. 15(1), 36-43.

Ferreira, L. F., Agra, G., & Formiga, N. (2017). Experiências e sentimentos de pacientes em terapia hemodialítica. *RSC online*. 6(1), 39-46.

Galvão, J. O., Castanha, A. R., Furtado, F. M. S. F., & Melo, E. T. (2019). Processos de enfrentamento e resiliência em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *Contextos Clínicos*. 12(2), 659-684.

Glaser, B., & Strauss, A. (2006). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research*. London: Aldine Transaction.15-16.

Glaser, B. (2016). *The Grounded Theory Perspective*. In: *Its Origing and Growth*. Mill Valey, CA: Sociology Pres. 25-78.

Herbias, L. H., Soto, R. A., Figueroa, H. B., & Reinoso, L. A. (2016). Significado de calidad de vida en pacientes con terapia de hemodiálisis: un estudio fenomenológico. *Revista Enferm Nefrol*. 19(1), 37-44.

Ibiapina, A. S., Soares, N. S. A., Amorim, E. M., Souza, A. T. S., Sousa, D. M., & Ribeiro, I. P. (2016). Aspectos psicossociais do paciente renal crônico em terapia hemodialítica. *Revista SANARE*, Sobral. 15(1), 25-31.

Medina, M. M. L. (2016). La enfermedad renal crónica en Colombia: necesidades en salud y respuesta del sistema general de seguridad social en salud. *Revista gerencia y políticas de salud*. 15(30), 212-233.

Nascimento, M. E. B., Mantovani, M. F., & Oliveira, D. C. (2018). Cuidado, doença e saúde: representações sociais entre pessoas em tratamento dialítico. *Texto Contexto Enferm*. 27(1), e3290016.

Panzetti, T. M. N., Rosa, J. M., Espirito Santo, A. L. C., Silva, J. M. L., Vasconcelos, L. A., Maia, C. C., & Amp, Castilho, F. N. F. (2020). Qualidade de vida de pacientes submetidos à terapia hemodialítica: Revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 9(6), e185963581.

Perdomo, C. A. R., & Ruiz, M. C. S. (2018). La construcción social de la experiencia de vivir con una enfermedad renal crónica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 26, e3028.

Pereira, L. S., Pereira, R. G., & Silva, F. L. (2018). Assistência de enfermagem na adaptação de paciente em hemodiálise. *ReonFacema*. 4(4), 1310-16.

Rodríguez, L.A.P., Espín, P.E.S., Alvarado, L.J.L., & Contreras, N.C.L. (2019). Problemática de la insuficiencia renal: Aspectos Psicológicos. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*. 3(2): 1076-94.

Salimena, A. M. O., Costa, Y. C. N., Amorim, T. V., & Souza, R.,C.,M. (2018). Sentimentos da pessoa em hemodiálise: percepção da equipe de enfermagem. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 8, e2578.

Santos, B. P., Oliveira, V. A., Soares, M. C., & Schwartz, E. (2017). Doença renal crônica: relação dos pacientes com a hemodiálise. *ABCS Health Sci*. 42(1), 8-14.

Santos, J. L. G., Cunha, K. S., Adamy, E. K., Backes, M. T. S., Leite, J. L., & Sousa, F. G. M. (2018) Análise de dados: comparação entre as diferentes perspectivas metodológicas da Teoria Fundamentada nos Dados. *Rev Esc Enferm USP*. 52, e03303.

Serralde, E. C., & Antonio, G. C. (2017). Dimensiones de la satisfacción del paciente de los pacientes con insuficiencia renal crónica respecto a la calidad del cuidado de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 25(4), 271-278.

Silva, R. A. R., Souza, V. L., Oliveira, G. J. N., Silva, B. C. O., Rocha, C. C. T., & Holanda, J. R. R. (2016). Estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. *Revista Escola Anna Nery*. 20(1), 147-147.

Varela, Y. P., Hernández, K. S. P., Daza, K. D. R., Atencia, C. E. M., Tavera, M. L., & Quintero, L. V. S. (2015). Calidad de vida del adulto con insuficiencia renal crónica, una mirada bibliografica. *Revista Duazary*. 12(2), 157-163.

**Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

José Baudilio Belzárez Guedez –20%

Maria Ribeiro Lacerda – 20%

Jaqueline Dias do Nascimento – 20 %

Luana Tonin – 20%

Ana Paula Hermann – 10%

Maria de Fatima Mantovani – 10%